

**DOCUMENTO DE FACTURACIÓN**  
Programa de apoyo a las personas con discapacidad y a las familias

Sólo para uso de oficina CFS-22 ID #:
--

Nombre del cliente:	# ID del cliente:	# de teléfono del cliente:	
Padre/tutor legal/conservador/representante autorizado: (Un solo nombre)	Dirección de correo electrónico del cliente:		
Dirección postal del cliente: ( <input type="checkbox"/> Marque si la dirección ha cambiado desde el último pago realizado)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Proveedor: (Nombre de la persona que presta el servicio)	Dirección de correo electrónico del proveedor:		
Dirección postal del proveedor: ( <input type="checkbox"/> Marque si la dirección ha cambiado desde el último pago realizado)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Beneficiario: (Nombre de la persona a pagar)	# ID del beneficiario: (# que figura en el último cheque o notificación de TEF)	Si se trata de un nuevo beneficiario, se requiere un # de la Seguridad Social o un # de ID fiscal:
La persona a pagar es el: (marque una) <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Conservador <input type="checkbox"/> Representante autorizado		

**INSTRUCCIONES: Presentar un Documento de Facturación por mes para cada proveedor. Las facturas deben presentarse dentro de los 60 días siguientes a la fecha del servicio.**

<b>SERVICIO AUTORIZADO REALIZADO:</b> Indique a continuación uno de los siguientes servicios: Cuidado personal    Millaje (para cuidados médicos) Limpieza de casa    Suministros médicos Transporte    Modificación de Vehículos, Equipos de Adaptación, Servicios Médicos/Terapéuticos	<b>FECHAS:</b> Indique la fecha del servicio por separado (incluya el mes, el día y el año)	<b>NÚMERO TOTAL DE:</b> Enumere el número de horas, días o millas de cada servicio (Especifique las horas, días o millas)	<b>COSTO:</b> Indique el importe que se cobra por hora, día o milla	<b>IMPORTE TOTAL:</b>
<b>TOTAL FACTURADO:</b>				

El Cliente/Padre/Tutor/Conservador/Representante autorizado debe verificar que esta facturación es correcta. **En el caso de las empresas, se requerirá un formulario W-9 si es un nuevo proveedor, tiene un cambio de dirección o un cambio de nombre. Cualquier persona que presente una reclamación falsa puede ser procesada por fraude.**

Firma del proveedor:	# de teléfono del proveedor:	Fecha: (en/antes de la firma del cliente)
Firma del cliente adulto/padre/tutor legal/conservador/representante autorizado:		Fecha: (en/después de la última fecha de servicio)

**Los documentos de facturación serán devueltos si el proveedor firma y fecha antes que el cliente/representante autorizado.**

Envíe el documento de facturación cumplimentado y firmado a [DHHS.DPFS@nebraska.gov](mailto:DHHS.DPFS@nebraska.gov) o al Departamento de Salud y Servicios Humanos  
 División de Servicios para Niños y Familias, Asistencia Económica SSW  
 P.O. Box 98933  
 Lincoln, NE 68509-8933

Véase el modelo de documento de facturación CFS-22 adjunto para conocer el detalle de la sección (Jane Care Receiver).

- 1) Complete el **nombre del cliente, el # de ID del cliente, el número de teléfono, el nombre del padre/tutor legal/tutor/representante autorizado, la dirección de correo electrónico del cliente y la dirección postal** (para la persona con necesidades especiales y el receptor de la atención).
- 2) Complete el **nombre del proveedor, la dirección de correo electrónico y la dirección postal** (la persona que presta los servicios de DPFS).
  - o Si DHHS paga a más de un proveedor por cliente al mes, utilice un documento de facturación distinto para cada uno Proveedor.
- 3) Complete el **nombre y el # de ID del beneficiario** de la persona a la que se le paga. Los números de ID del beneficiario aparecen en los talones de cheques de DHHS y en las notificaciones electrónicas de fondos.
  - o Si se trata de un nuevo proveedor o de una nueva persona a la que hay que pagar, indique el # de la Seguridad Social o el # de ID federal en la casilla correspondiente.
  - o El Depósito Directo/Transferencia Electrónica de Fondos da lugar a un pago más rápido por parte del DHHS.
  - o Los formularios incompletos o mal cumplimentados deberán ser devueltos por el DHHS para su corrección y supondrán un retraso en el pago.
- 4) Marque la casilla que indica a quién debe pagar el DHHS. Si no se marca ninguna casilla, el documento de facturación se devolverá sin pagar.
- 5) Servicio autorizado realizado.
  - A) **Servicio realizado.** Escriba el nombre del servicio(s) autorizado(s) realizado(s). o Los servicios deben coincidir con la carta de aprobación del cliente del DPFS.
  - B) Introduzca el **mes, el día y el año** de cada servicio prestado. Sólo un día por línea.
    - o Adjunte una hoja adicional si es necesario. Asegúrese de incluir el nombre y la ID del cliente en la hoja adicional.
  - C) Debe introducir el **número total de horas o días** para cada fecha de servicio.
  - D) Introduzca el **importe que se cobra por hora, día o kilómetro.**
    - o El pago del kilometraje requiere un formulario de reembolso del kilometraje médico del DPFS cumplimentado en el momento en que se autorizó el servicio.
  - E) **Importe total** de cada línea.
  - F) **Totaliza la factura.**
- 6) En la parte inferior del formulario deben figurar dos firmas y la fecha. Se requiere la firma tanto del Cliente adulto / Padre / Tutor Legal / Tutor / o Representante Autorizado como del Proveedor. Las firmas verifican la exactitud del documento de facturación.
  - o Debe incluirse el número de teléfono del proveedor
  - o **No se efectuará el pago si el Proveedor firma y fecha el formulario después del Cliente/Representante Autorizado.**
  - o Cualquier persona que presente una reclamación falsa puede ser procesada por fraude.

7) Envíe el documento de facturación por vía electrónica al correo electrónico designado para el sistema de pago del departamento en [dhhs.cfs22@nebraska.gov](mailto:dhhs.cfs22@nebraska.gov) (*pago más rápido que el sistema de correo de EE.UU.*)

O envíelo por correo a

Jan Drewel, SSW

Disabled Person's & Family Support Program

P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933

- o Utilice un documento de facturación distinto para cada mes. Presentar al DHHS.
- o Los beneficiarios o proveedores deben presentar los documentos de facturación, y los recibos si se requieren, en un plazo de 60 días naturales a partir del último día del mes en que se prestó el servicio, o no se pagará el documento de facturación.

Los documentos de facturación pueden presentarse cualquier día del mes después de la prestación de los servicios.

- o La primera semana del mes se recibe el mayor volumen.
- o El revisor de pagos se encarga de pagar las facturas de varios programas.
- o Para agilizar los pagos elegibles, en lugar de llamar al personal del Programa, envíe las preguntas sobre la facturación a través del correo electrónico del Sistema de Pagos del Departamento designado en [dhhs.cfs22@nebraska.gov](mailto:dhhs.cfs22@nebraska.gov).
- o La política del programa impide que el personal del programa compruebe el estado de los pagos a menos que hayan pasado al menos tres (3) semanas desde que se presentó un documento de facturación.

Si tiene preguntas, póngase en contacto con Jan Drewel, Programa DPFS, Trabajador de Servicios Sociales en el (402) 471-9188 o (844) 807-1197 o [dhhs.dpfs@nebraska.gov](mailto:dhhs.dpfs@nebraska.gov).

Si está interesado en convertirse en un proveedor de la Red de Respiro Lifespan, llame a un Coordinador de la Red de Respiro en su área al 1-866-RESPITE (1-866-737-7483) para convertirse en un proveedor de la Red de Respiro Lifespan de Nebraska. También puede visitar el sitio web apoyado por el DHHS "Nebraska Resource and Referral System" en [www.respite.ne.gov](http://www.respite.ne.gov) or <https://nrrs.ne.gov/respitesearch>. Puede buscar fácilmente recursos de proveedores de respiro o DPFS y servicios de apoyo en todo Nebraska en el sitio web.



# BILLING DOCUMENT

## Disabled Persons and Family Support Program

Sólo para uso de oficina  
CFS-22 ID #:

Nombre del cliente: Jane Care Reciever	# ID del cliente: Requerido	# de teléfono del cliente: (000) 000-0000	
1) Padre/tutor legal/conservador/representante autorizado: (Un solo nombre) Nombre proporcionado en la solicitud del programa		Dirección de correo electrónico del cliente: email@proveedor.com	
Dirección postal del cliente: ( <input type="checkbox"/> Marque si la dirección ha cambiado desde el último pago realizado) 112 Mail Street	Ciudad: Mi ciudad	Estado: NE	Código Postal: 00000-0000

2) Proveedor: (Nombre de la persona que presta el servicio) Rhonda Cuidadora	Dirección de correo electrónico del proveedor: email@proveedor.com		
Dirección postal del proveedor: ( <input type="checkbox"/> Marque si la dirección ha cambiado desde el último pago realizado) P.O. Box 000	Ciudad: Mi ciudad	Estado: NE	Código Postal: 00000-0000

3) Beneficiario: (Nombre de la persona a pagar) Decisión del cliente y del proveedor	# ID del beneficiario: (# que figura en el último cheque o notificación de TEF) Requerido	Si se trata de un nuevo beneficiario, se requiere un # de la Seguridad Social o un # de ID fiscal: Sólo rellenar si es la primera vez que se paga
---	--	--

4) La persona a pagar es el: (marque una) <input checked="" type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Cliente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Conservador <input type="checkbox"/> Representante autorizado
--

**INSTRUCCIONES: Presentar un Documento de Facturación por mes para cada proveedor. Las facturas deben presentarse dentro de los 60 días siguientes a la fecha del servicio.**

5) <b>SERVICIO AUTORIZADO REALIZADO:</b> Indique a continuación uno de los siguientes servicios: Cuidado personal   Millaje (para cuidados médicos) Limpieza de casa   Suministros médicos	<b>FECHAS:</b> Indique la fecha del servicio por separado (incluya el mes, el día y el año)	<b>NÚMERO TOTAL DE:</b> Enumere el número de horas, días o millas de cada servicio (Especifique las horas, días o millas)	<b>COSTO:</b> Indique el importe que se cobra por hora, día o milla	<b>IMPORTE TOTAL:</b>
A)	B)	C)	D)	E)
Cuidado personal	01-02-2021	4 horas	\$10	\$40
	04-02-2021	3.5 horas	\$10	\$35
	08-02-2021	4 horas	\$10	\$40
Limpieza de la casa	21-02-2021	1.5 horas	\$10	\$15
Sólo para uso de la oficina. Autorizado por:			Sólo para uso de la oficina. Fecha autorizada:	
			<b>F) TOTAL FACTURADO: \$130</b>	

El Cliente/Padre/Tutor/Conservador/Representante autorizado debe verificar que esta facturación es correcta. **En el caso de las empresas, se requerirá un formulario W-9 si es un nuevo proveedor, tiene un cambio de dirección o un cambio de nombre. Cualquier persona que presente una reclamación falsa puede ser procesada por fraude.**

6) Firma del proveedor: Requerido	# de teléfono del proveedor: Requerido	Fecha: (en/antes de la firma del cliente) Requerido
Firma del cliente adulto/padre/tutor legal/conservador/representante autorizado: Requerido		Fecha: (en/después de la última fecha de servicio) Requerido

**Los documentos de facturación serán devueltos si el proveedor firma y fecha antes que el cliente/representante autorizado.**

7) Envíe el documento de facturación cumplimentado y firmado a DHHS.DPFS@nebraska.gov o al Departamento de Salud y Servicios Humanos  
División de Servicios para Niños y Familias, Asistencia Económica SSW  
P.O. Box 98933  
Lincoln, NE 68509-8933