iLIFE
Choice. With Confidence.

Programa IRIS
Formulario para correcciones de EVV

Escanee aquí para presentar este formulario en línea.

Instrucciones:
1. El trabajador contratado por el participante debe completar toda la información y firmar al pie del formulario.
2. El trabajador contratado por el participante debe presentar este formulario usando el código QR de arriba* antes de la fecha de vencimiento de la hoja de asistencia.
   **Importante: Si no puede presentar el formulario en línea, envíelo por correo postal o por fax a iLIFE usando la información al pie de esta página.*

Tenga en cuenta lo siguiente: Este formulario solo debe completarse si necesita corregir registro de la EVV, y solo es necesario para los códigos de servicio listados abajo. Los trabajadores que usan la verificación fija de visitas (FVV) deben completar este formulario para presentar la EVV mientras esperan la llegada del dispositivo de FVV o si este está fuera de servicio.

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del participante:
Nombre del trabajador contratado por el participante (PHW):
N.º de PHW:
Inicio del período de pago (MM/DD/AAAA):
Fin del período de pago (MM/DD/AAAA):

INFORMACIÓN DE LA VISITA *Hay más espacio en la parte de atrás.*

Fecha	Hora de inicio (con A. M./P. M.)	Hora de finalización (con A. M./P. M.)	Código de servicio*	Código de motivo

CÓDIGOS DE MOTIVO

Motivo	Código
Error del cuidador *El trabajador que contrató el participante escribió el cliente o servicio equivocado*	CE
Problema con el dispositivo móvil *El dispositivo móvil no está funcionando correctamente, se pierde señal, etc.*	MDI
Problema telefónico *La verificación telefónica de visitas (TVV) no reconoce la visita, no permite registro de entrada o salida, etc.*	TI
Servicio fuera de la vivienda *El servicio que se prestó fuera de la dirección registrada.*	SOH
Falta en el sistema *Un registro de entrada o salida no se registró y falta en el sistema.*	MS
Otro use este código para cualquier excepción del dispositivo de FVV	O

CÓDIGOS DE SERVICIO

Código de servicio	Descripción
T1019	PC/15 min
S5125	SHC/15 min
S5126	SHC/día
COMBO	PC y SHC

Firma del trabajador: _____ **Fecha:** _____

P.O. Box 91760
Milwaukee, WI 53209

Teléfono: 888-800-5599
Fax: 414-937-2034

Correo electrónico: IRIS.EVV@iLIFE.org
Sitio web: www.iLIFE.org

iLIFE
Choice. With Confidence.

Programa IRIS
Formulario para correcciones de EVV

Si presentará los dos lados de este formulario, rellene todos los campos de la sección "Información básica" y firme abajo.

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombre del participante:	N.º de PHW:
Nombre del trabajador contratado por el participante (PHW):	
Inicio del período de pago (MM/DD/AAAA):	Fin del período de pago (MM/DD/AAAA):

INFORMACIÓN DE LA VISITA

Fecha	Hora de inicio (con A. M./P. M.)	Hora de finalización (con A. M./P. M.)	Código de servicio*	Código de motivo

Firma del trabajador: _____ **Fecha:** _____

P.O. Box 91760
Milwaukee, WI 53209

Teléfono: 888-800-5599
Fax: 414-937-2034

Correo electrónico: IRIS.EVV@iLIFE.org
Sitio web: www.iLIFE.org