DEPARTMENT OF AGING & ADULT SERVICES

The Designated Area Agency on Aging

COUNTY OF SAN BERNARDINO
HUMAN SERVICES

MAIL TO / *ENVIAR A:*

- ☐ 536 E. Virginia Way
  Barstow, CA 92311
- ☐ 9445 Fairway View Pl., #110
  Rancho Cucamonga, CA 91730
- ☐ 1300 Bailey Avenue
  Needles, CA 92363
- ☐ 686 East Mill Street
  San Bernardino, CA 92415-0009
- ☐ 17270 Bear Valley Rd, Suite 108
  Victorville, CA 92359
- ☐ 56357 Pima Trail
  Yucca Valley, CA 92284

TDD – Telephone Services for the Hearing Impaired
TDD – Servicios Telefónicos para los que tienen dificultad de oír
(909) 252-4703 05/10

In-Home Supportive Services – Timesheet Replacement Request

Servicios de Casa y Cuidado Personal – Solicitud de Reemplazo del Reporte de Horas Trabajadas

To request a replacement timesheet, provide the following information and submit the completed form to the appropriate IHSS office. The request will be processed and a replacement timesheet will be mailed to the address indicated on this form.

Para solicitar un reemplazo del Reporte de Horas Trabajadas, proporcione la siguiente información y presente la forma completa al oficial apropiado de IHSS. La solicitud será procesada y un Reporte de Horas Trabajadas será enviada a la dirección indicada en este formulario.

Provider Name:
Nombre del Proveedor: _____

Provider Address:
Dirección del Proveedor: _____

_____

Provider Phone Number:
Número de Teléfono del Proveedor _____

Provider Number:
Número del Proveedor _____

Client Name:
Nombre del Cliente _____

Replacement Timesheet Pay Period:
Periodo de Pago del Reemplazo del Reporte de Horas Trabajadas _____

Replacement Timesheet Request Reason:
La Razón por la cual está Solicitando un Reemplazo del Reporte de Horas Trabajadas:

☐ Lost / *Lo Perdió*
☐ Torn or Damaged / *Esta Desgarrado o Dañado*
☐ Not Received / *No la Recibió*
☐ Other (please explain): _____
Otra (por favor explique): _____

Comments / *Comentarios:* _____

_____

Provider Signature:
Firma del Proveedor: _____

Date Submitted:
Fecha Presentada: _____

County Use Only

DAAS Staff Name: _____ **Date Processed**: _____

IHSS TSR 8 (E/S) (03/13)