



DIRECTOS

Nombre del Participante		Inicio del Periodo de Nómina	
Nombre del Empleador/ Representante Autorizado		Fin del Periodo Nómina	
Nombre del Profesional de Cuidados Directos		Fecha de Entrega	

El Empleador/Representante Autorizado y el Trabajador certifican que la información contenida en este reporte de horas refleja verdadera y correctamente los servicios prestados. El Empleador/Representante Autorizado y el Trabajador comprenden que el pago por los servicios está sujeto a impuestos de nóminas.

Firma del Empleador/Representante Autorizado: _____ Fecha: _____