Imprimir Restablecer Guardar como

Descripción del trabajo

Adjunte su plan de servicio, plan de apoyo individual, lista de tareas o acuerdo de servicios para una explicación de los servicios.

Nombre del empleador o del representante: _____ Fecha: _____

Nombre del empleado: _____ Fecha: _____

Horas por semana: _____ Fecha de inicio: _____

Reglas y expectativas:

100-124756_SDS 4402AP (05/2024) Spanish

Responsabilidades laborales específicas:

Horario

Días:	Dom	Lun	Mar	Miér	Jue	Vie	Sáb
Horas:							

Firma del empleador o del representante

Fecha

Firma del empleado

Fecha

Imprimir Restablecer Guardar como

1-877-867-0077
https://www.oregon.gov/odhs/agency/pages/ohcc.aspx

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en otro formato que prefiera sin costo alguno. Comuníquese con la Comisión de Atención Domiciliaria de Oregon a O.HCC@odhsoha.oregon.gov o al 1-877-867-0077 (voz/mensaje de texto). Aceptamos llamadas de retransmisión.

100-124756_SDS 4402AP (05/2024) Spanish