

此表格用于交互式语音应答 (IVR) 系统注册。IVR 注册在客户名下。如果选择此选项，IP 将使用 IVR 电话系统，针对为以下客户提供的轮班工作签到和签退。多个 IP 可以针对同一客户使用 IVR。

1. 输入客户姓名和 ProviderOne ID。
2. 输入提供服务所在地的固定电话号码。
3. 输入该固定电话所在的实际地址。
4. 输入将使用该 IVR 每个 IP 的姓名和 ProviderOne ID。
5. 客户或授权代表在此表格上签名并注明日期。

客户姓名： _____	客户 ProviderOne ID： _____
固定电话号码： _____ (必须是提供服务所在地。)	
街道地址： _____ (提供服务所在实际地址。)	
城市： _____	州： _____ 邮编： _____
IP 姓名： _____	IP ProviderOne ID： _____
IP 姓名： _____	IP ProviderOne ID： _____
IP 姓名： _____	IP ProviderOne ID： _____

证明

通过在下方签名，我证明：显示的电话号码和实际地址是准确的。这些信息表示客户接受服务的所在地。

工整书写姓名

客户/授权代表签名

日期

请按照以下信息通过电子邮件或美国邮政服务提交：

电子邮件：

CDWAForms@ConsumerDirectCare.com

邮寄：

Consumer Direct Care Network Washington
3450 S. 344th Way, Suite 200
Federal Way, WA 98001

我们的资源页面 www.ConsumerDirectWA.com/IP-Resources
提供关于如何设置您的 PIN 和 IVR 的说明。

