

Эта форма используется для регистрации интерактивного автоответчика (IVR). Для клиента регистрируется одна система IVR. При выборе этого варианта IP будут отчитываться о времени начала и окончания рабочих смен с помощью системы IVR для указанного ниже клиента. Несколько IP могут использовать одну и ту же систему IVR для одного общего клиента.

1. Введите имя клиента и ProviderOne ID.
2. Введите номер городского телефона в доме, где будут оказываться услуги.
3. Введите название улицы и номер дома, где расположен городской телефон.
4. Введите имя и ProviderOne ID каждого IP, который будет пользоваться системой IVR.
5. Дату и подпись ставит клиент или его уполномоченный представитель.

Имя клиента: _____	ProviderOne ID клиента: _____	
Номер городского телефона: _____ <i>(Должен находиться в доме, где будут оказываться услуги.)</i>		
Улица и номер дома: _____ <i>(Фактический адрес, по которому будут оказываться услуги.)</i>		
Город: _____	Штат: _____	Почтовый индекс: _____
Имя IP: _____	ProviderOne ID IP: _____	
Имя IP: _____	ProviderOne ID IP: _____	
Имя IP: _____	ProviderOne ID IP: _____	

Подтверждение

Этой подписью я подтверждаю, что приведенные выше номер городского телефона и фактический адрес указаны точно. Они соответствуют адресу, по которому клиенту оказываются услуги.

Расшифровка подписи

Подпись клиента или уполномоченного представителя

Дата

Форму следует отправить по электронному или почтовому адресу, указанному ниже.

Адрес электронной почты:

CDWAForms@ConsumerDirectCare.com

Почтовый адрес:

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

Инструкция по настройке PIN-кода и использованию IVR доступна на странице ресурсов по адресу:
www.ConsumerDirectWA.com/IP-Resources.

