

此表格是用於註冊同住服務提供者互動式語音受理 (IVR) 系統。在此選項下方，同住服務提供者會使用 IVR 系統，根據下列客戶名稱，輸入每日工作總時數。

1. 輸入客戶的名稱和 ProviderOne ID。
2. 輸入同住服務提供者的名稱和 ProviderOne ID。
3. 輸入同住服務提供者會在服務時間中撥打的電話號碼。這可以是手機或固定電話。
4. 同住服務提供者需簽署此表格並押上日期。

客戶名稱：_____ 客戶 ProviderOne ID：_____

同住服務提供者名稱：_____ IP ProviderOne ID：_____

電話號碼：_____ (在服務時間中撥打的電話號碼)

立約書

在下方簽名即代表我證明自己為上述客戶的同住服務提供者。上列電話號碼正確無誤。

同住服務提供者簽名

日期

請透過電子郵件或美國郵寄地址提交，如下所示：

電子郵件：

CDWAForms@ConsumerDirectCare.com

郵寄地址：

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

如需同住服務 IVR 使用方式的說明，請造訪我們的資源頁面：

www.ConsumerDirectWA.com/IP-Resources。

