

Эта форма используется для регистрации интерактивного автоответчика (IVR) поставщика услуг с совместным проживанием. При выборе этого варианта поставщики услуг с совместным проживанием будут вводить общее количество отработанных за день часов с помощью системы IVR для указанного ниже клиента.

1. Введите имя клиента и ProviderOne ID.
2. Введите имя и ProviderOne ID поставщика услуг с совместным проживанием.
3. Введите телефонный номер, который поставщик услуг с совместным проживанием будет использовать для отчета об отработанных часах. Это может быть сотовый или городской телефон.
4. Дату и подпись ставит поставщик услуг с совместным проживанием.

<b>Имя клиента:</b> _____	<b>ProviderOne ID клиента:</b> _____
<b>Имя поставщика услуг с совместным проживанием:</b> _____	
<b>ProviderOne ID IP:</b> _____	
<b>Номер телефона:</b> _____ (телефон, используемый для отчета об отработанных часах)	

**Подтверждение**

Этой подписью я подтверждаю, что являюсь поставщиком услуг с совместным проживанием для указанного выше клиента. Приведенный выше номер телефона указан точно.

\_\_\_\_\_  
*Подпись Индивидуального поставщика услуг*

\_\_\_\_\_  
*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. 344<sup>th</sup> Way, Suite 200  
Federal Way, WA 98001

Инструкция по использованию IVR при совместном проживании с клиентом доступна на странице ресурсов по адресу: [www.ConsumerDirectWA.com/IP-Resources](http://www.ConsumerDirectWA.com/IP-Resources).

