CONSUMER DIRECT CARE NETWORK

REGISTRO DE RESPUESTA DE VOZ INTERACTIVA

Nombre del consumidor	Nombre del Empleador de Registro (EOR)

Para registrarse para el sistema de Respuesta de Voz Interactiva (Interactive Voice Response, IVR), por favor llene el formulario que se encuentra a continuación. Bajo esta opción, mi ayudante utilizará el sistema IVR para marcar la hora de entrada y salida de los turnos que trabaje.

1. Introduzca el número de teléfono de la línea terrestre del lugar en que se prestarán los servicios;
2. Introduzca la dirección física en la que se encuentra la línea terrestre;
3. Marque la casilla para el Proveedor de Servicios del Consumidor; y
4. Firme y feche este formulario.

Número de teléfono de la línea terrestre: _____
(Debe ser el lugar en que se prestan los servicios)

Dirección de calle: _____
(Dirección física en la que se prestarán los servicios)

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código postal** _____

Correo Electrónico de EOR: _____

Certificación
Al firmar a continuación, certifico que el número telefónico y la dirección física indicados anteriormente son correctos y que este es el lugar en el que el consumidor recibe servicios.

_____ _____
Firma del Empleador de Referencia *Fecha*

Envíe sus cambios por correo electrónico, fax o apartado postal. Como se muestra a continuación:

Coreo Electrónico:
InfoCDVA@ConsumerDirectCare.com

Fax: 1-877-747-7764

Correo:
Consumer Direct Care Network Virginia
Virginia Consumer-Directed Services Program
300 Arboretum Place, Suite 410
Richmond, VA **23236**