



VERIFICATION OF SERVICES FORM
FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE SERVICIOS

CLIENT / CLIENTE _____

CLINICIAN/ TERAPEUTA _____

PARENT/GUARDIAN/ SCHOOL EMPLOYEE /CLIENT (IF OVER 18) (PADRE/TUTOR/EMPLEADO DE LA ESCUELA/CLIENTE (MAS DE 18 ANOS)):

By signing, you acknowledge that you or your child participated in services as described. **Do not sign a blank entry.** Al firmar, usted reconoce que usted o su hijo participó en servicios como se describe anteriormente. **Por favor no firme de una entrada en blanco**

DATE/FECHA ____ / ____ / ____

IN-SCHOOL

IN-HOME

START TIME/ HORA DE INICIO ____ : ____ AM | PM

END TIME/ HORA DE FINALIZACION ____ : ____ AM | PM

Name / Nombre: _____

Title/ Titulo: _____

Signature / Firma: _____

DATE/FECHA ____ / ____ / ____

IN-SCHOOL

IN-HOME

START TIME/ HORA DE INICIO ____ : ____ AM | PM

END TIME/ HORA DE FINALIZACION ____ : ____ AM | PM

Name / Nombre: _____

Title/ Titulo: _____

Signature / Firma: _____

DATE/FECHA ____ / ____ / ____

IN-SCHOOL

IN-HOME

START TIME/ HORA DE INICIO ____ : ____ AM | PM

END TIME/ HORA DE FINALIZACION ____ : ____ AM | PM

Name / Nombre: _____

Title/ Titulo: _____

Signature / Firma: _____

DATE/FECHA ____ / ____ / ____

IN-SCHOOL

IN-HOME

START TIME/ HORA DE INICIO ____ : ____ AM | PM

END TIME/ HORA DE FINALIZACION ____ : ____ AM | PM

Name / Nombre: _____

Title/ Titulo: _____

Signature / Firma: _____