



Area Office on Aging of Northwestern Ohio Levy Self-Directed Care Program

Return toll-free WITHOUT COVERSHEET
by fax or mail
Fax: 1-866-862-6862
Mail: 5416 Baseline RD. Suite 200
Mesa, AZ 85206

Care Provider (FIRST NAME)

Care Provider (LAST NAME)

Care Provider Worker ID

Participant (FIRST NAME)

Participant (LAST NAME)

Participant ID

SERVICE DATE	MM/DD/YYYY	CHECK IN TIME	CHECK OUT TIME
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	<input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM

SERVICE		
P	C	S

*** I certify that the time worked as shown is true and accurate during the days and hours indicated**

Caregiver Provider Signature _____

Date _____

Participant/Representative (Sign) _____

Date _____