Division of Health Improvement / Quality Management Bureau Medically Fragile Waiver Program - Billing Survey Tool

Agency/Region:	**Home Health Aid *(S9122) (Hourly)***
	Private Duty Nursing – RN *(T1002) (15 Mins.)*
Surveyor:	**Private Duty Nursing – LPN *(T1003) (15 Mins.)***
	Respite HHA *(S9122 U1) (Hourly)*
Date / Time:	**Respite PDN – RN *(T1002 U1) (15 Mins.)***
PARTICIPANT'S NAME & IDENTIFIER:	**Respite PDN – LPN *(T1003 U1) (15 Mins.)***
	SURVEYOR: ALL AREAS MUST BE DOCUMENTED IN UNITS (I.E. 15 MINUTES, HOURLY, MONTHLY, ETC.) AS REFELCTED IN REMITTANCE ADVICE
Document Service Code and Modifier (One Sheet per Service)	

Total Units Documented in Progress notes (*See Below)	***Units Billed By AGENCY (Verified by Remittance Form from Agency)***	**Total Units Documented in Progress notes** (*See Below)	***Units Billed By AGENCY (Verified by Remittance Form from Agency)***	**Total Units Documented in Progress notes** (*See Below)	***Units Billed By AGENCY (Verified by Remittance Form from Agency)***	***Surveyor Instruction:*** *Must document findings to include no time in/out; no signature; no service description, etc. Must include date of finding. This would not be met if there are any billing deficiencies for the given service.*
MONTH	MONTH 1	MONTH2	MONTH 2	MONTH 3	MONTH 3	
1)		1)		1)		
2)		2)		2)		
3)		3)		3)		
4)		4)		4)		
5)		5)		5)		
6)		6)		6)		
7)		7)		7)		
8)		8)		8)		
9)		9)		9)		
10)		10)		10)		
11)		11)		11)		
12)		12)		12)		
13)		13)		13)		
14)		14)		14)		
15)		15)		15)		
16)		16)		16)		
17)		17)		17)		
18)		18)		18)		
19)		19)		19)		
20)		20)		20)		
21)		21)		21)		
22)		22)		22)		
23)		23)		23)		
24)		24)		24)		
25)		25)		25)		
26)		26)		26)		
27)		27)		27)		
28)		28)		28)		
29)		29)		29)		
30)		30)		30)		
31)		31)		31)		