

Ayudante de atención individual

Formulario para la firma

MassHealth

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
Executive Office of Health and Human Services

Nombre del intermediario fiscal (FI, por sus siglas en inglés): Tempus Unlimited, Inc.

- Todos los Ayudantes de atención individual (PCA, por sus siglas en inglés) contratados por un usuario de PCA deberán llenar y firmar este formulario y entregárselo a su empleador (el usuario de PCA).
- El empleador de PCA (el usuario de PCA) deberá enviarle este formulario al intermediario fiscal, junto con toda la documentación adicional que exijan el intermediario y MassHealth.
- El FI no podrá realizarle pagos a un PCA hasta que se haya recibido toda la documentación requerida y esta esté completa.
- MassHealth y el FI no podrán pagarle a un PCA por trabajar:
 - cuando el usuario de PCA esté internado en un hospital o centro de enfermería; o
 - cuando la cantidad de tiempo que MassHealth haya autorizado se haya agotado o no sea suficiente.
- El PCA deberá leer el resto de este formulario y firmar en el espacio siguiente antes de recibir pagos del IF.

Estoy de acuerdo en aceptar el puesto de ayudante de atención individual (PCA, por sus siglas en inglés) para
(nombre del usuario de PCA).

Entiendo que mi empleador es el usuario de PCA. Mi empleador está a cargo de contratar, despedir, capacitar y elaborar los horarios de los PCA. Mi empleador puede escoger a otra persona (un sustituto) que le ayude a manejar los servicios de PCA. Debo notificarles a mi empleador y al sustituto (si lo hubiera) cualquier cambio en mi situación que afecte mi capacidad para desempeñar mis labores de PCA. Debo llenar y entregarle a mi empleador o al sustituto Formularios de actividad (planillas de control de horas) exactos tan pronto como pueda. El FI procesará los pagos que deba realizarme mi empleador. Mi empleador tendrá la responsabilidad de entregarme el cheque (a menos que yo haya solicitado que mi cheque se deposite directamente en mi cuenta bancaria). Tendré que proporcionarle a mi empleador prueba de mi identidad para llenar el Formulario de verificación de cumplimiento de los requisitos de empleo (Formulario I-9), que el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security) requiere a todos los empleados. (El FI le entregará a mi empleador este formulario.)

Entiendo que el programa PCA de MassHealth solamente paga por los servicios de atención individual que preste un PCA cuando éste proporcione asistencia física para realizar actividades de la vida diaria (ADLs, por sus siglas en inglés) o actividades instrumentales de la vida diaria (IADLs, por sus siglas en inglés) a un usuario de PCA elegible que haya obtenido autorización previa de MassHealth para recibir servicios de PCA. Los servicios de PCA deberán prestarse de conformidad con la evaluación o reevaluación autorizada del usuario de PCA, con el contrato de servicios y las regulaciones de MassHealth en 130 CMR 422.410.

Entiendo que las ADLs comprenden asistir físicamente al usuario con las actividades cotidianas comprende ayudarlo a trasladarse, a caminar, a utilizar aparatos médicos, a tomar medicamentos, a bañarse y arreglarse, a vestirse y desvestirse, a realizar ejercicios pasivos para mejorar la amplitud de movimientos, a comer y a ir al baño. Entiendo que las IADLs comprenden servicios domésticos esenciales para la atención del usuario, tales como lavar la ropa, hacer las compras, mantener la casa ordenada, preparar las comidas y recoger los platos, llevarlo a citas médicas, realizar el mantenimiento de sillas de ruedas u otros equipos médicos, llenar los documentos requeridos para recibir los servicios de atención individual y otras actividades que MassHealth haya aprobado por ser instrumentales para satisfacer las necesidades relativas al cuidado de la salud del usuario de PCA. Entiendo que mi empleador (el usuario de PCA) me informará en cuáles de estos servicios se requiere que yo le preste asistencia física.

Entiendo que no me podrán pagar como un PCA si soy el cónyuge, el padre/la madre (si el usuario de PCA es un hijo menor de edad), el sustituto, el padre/la madre de crianza o el pariente legalmente responsable del usuario de PCA.

La siguiente es mi relación con mi empleador (el usuario de PCA). (Por favor marque una opción.)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hijo adulto (de 18 años o más) del afiliado | <input type="checkbox"/> Nuera del afiliado | <input type="checkbox"/> Yerno del afiliado |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre del afiliado adulto (18 años o más) | <input type="checkbox"/> Otro pariente (describa) | <input type="checkbox"/> No soy pariente (describa) |

Certifico bajo los castigos y penas de perjurio que la información que contiene este formulario para la firma y toda declaración adjunta que yo haya suministrado, han sido revisadas y firmadas por mí y son verdaderas, exactas y completas a mi mejor entender. También certifico que entiendo mis deberes, derechos y responsabilidades como PCA y que toda la información que he proporcionado a mi empleador (el usuario de PCA), al intermediario fiscal, a la agencia de administración de atención individual o a MassHealth es verdadera y exacta a mi mejor entender. Entiendo que yo podría ser objeto de sanciones de carácter civil o de denuncia penal por cualquier falsificación, omisión u ocultación de cualquier hecho fundamental incluido en este documento.

Nombre del PCA en imprenta: _____ Firma del PCA y fecha: _____

Firma del PCA: _____



Aplicación Para Depósito Directo

Nombre del PCA: _____ **Número telefónico del PCA:** _____

del Consumidor: _____ **Nombre del Consumidor:** _____

Por la presente le autorizo a Tempus Unlimited (en Adelante “empresa”) el derecho de depositar cualquier cantidad que sea debida a mi iniciando entradas de crédito a mi cuenta en una institución financiera (en adelante “banco”) en expediente con mi Intermediario fiscal actual. Además, le autorizo al banco aceptar y acreditar cualquier entrada de crédito indicada por la compañía a mi cuenta. En el evento que la compañía deposite fondos a mi cuenta erróneamente, autorizo a la compañía a debitar mi cuenta por una cantidad que no exceda la cantidad original del crédito erróneo. Esta autorización es de permanecer en fuerza complete y en efecto hasta que la compañía y el banco haya recibido un aviso por escrito de mi parte sobre su terminación en tal tiempo y de tal manera que le provea oportunidad a la compañía y al banco tiempo reasonable para poder actuar con lo pedido.

Firma del PCA: _____ **Fecha:** _____