



September 9, 2021

PARA: Consumidores transfiriendo desde el FI de Stavros o del FI de Northeast Arc

DE: El Departamento de Intermediario Fiscal

ASUNTO: Paquetes de transferido del Intermediario Fiscal (FI)

Bienvenido al programa Intermediario Fiscal (FI por sus siglas en inglés) de Tempus Unlimited, Inc. Usted está recibiendo este paquete basado en la información provista por su FI actual que indica que usted está recibiendo servicios de atendente del cuidado personal (PCA por sus siglas en inglés). Para realizar la transición de su FI actual a Tempus, es necesario completar dos formularios. Son necesarios para garantizar una transición sin problemas y el procesamiento a tiempo de la nómina. La siguiente es una lista de los formularios y una breve descripción de su propósito:

2678 Designación de agente por parte del empleador: Este formulario le permitirá a Tempus Unlimited, Inc. presentar los formularios correspondientes al Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés) como agente del consumidor. Si es posible, el consumidor debe completar y firmar este formulario. Si el consumidor no puede firmar, un poder notarial o tutor legal puede hacerlo. En tal caso, también deberán aportarse los documentos que otorguen dichas facultades. Si el consumidor firma con una X, marque o selle la firma necesaria para que sea testigo de otra persona que no sea el PCA.

Consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida: Al completar y firmar este formulario, el Consumidor reconoce el consentimiento / no consentimiento con respecto a la divulgación de información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) y el permiso para dejar mensajes de voz detallados en su teléfono celular o de casa.

Tempus Unlimited, Inc aviso de prácticas de privacidad (NPP por sus siglas en inglés): El NPP describe cómo se puede usar o divulgar su información médica protegida (PHI) y cómo puede acceder a esta información. Este formulario es solo informativo y no necesita ser firmado ni devuelto por usted.

Por favor envíe los formularios completados a través de:

- Fax: 1-800-359-2884
- Correo: 600 Technology Center Drive, Stoughton, MA 02072

Favor de completar y devolver estos formularios no más tardar del 30 de Septiembre, 2021.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Tempus Unlimited, Inc. al número gratuito 1-877-479-7577 de lunes a viernes entre las 7:30 a.m. y las 4:30 p.m. Uno de nuestros especialistas en relaciones con el consumidor estará encantado de ayudarle.

La versión en español de este documento se puede encontrar en nuestra página de web tempusunlimited.org.

Form 2678 Employer/Payer Appointment of Agent

(Rev. August 2014) Department of the Treasury — Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0748

Use this form if you want to request approval to have an agent file returns and make deposits or payments of employment or other withholding taxes or if you want to revoke an existing appointment.

For IRS use:

- If you are an employer or payer who wants to request approval, complete Parts 1 and 2 and sign Part 2. Then give it to the agent. Have the agent complete Part 3 and sign it.

Note. This appointment is not effective until we approve your request. See the instructions for filing Form 2678 on page 3.

- If you are an employer, payer, or agent who wants to revoke an existing appointment, complete all three parts. In this case, only one signature is required.

Part 1: Why you are filing this form...

(Check one)

- You want to **appoint** an agent for tax reporting, depositing, and paying.
- You want to **revoke** an existing appointment.

Part 2: Employer or Payer Information: Complete this part if you want to appoint an agent or revoke an appointment.

1 Employer identification number (EIN)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 Employer's or payer's name
(not your trade name)

3 Trade name (if any)

4 Address

Number	Street	Suite or room number

City	State	ZIP code

Foreign country name	Foreign province/county	Foreign postal code

5 Forms for which you want to appoint an agent or revoke the agent's appointment to file. (Check all that apply.)

	For ALL employees/ payees/payments	For SOME employees/ payees/payments
--	---------------------------------------	--

Form 940, 940-PR (Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 941, 941-PR, 941-SS (Employer's QUARTERLY Federal Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 943, 943-PR (Employer's Annual Federal Tax Return for Agricultural Employees)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 944, 944(SP) (Employer's ANNUAL Federal Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 945 (Annual Return of Withheld Federal Income Tax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-1 (Employer's Annual Railroad Retirement Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-2 (Employee Representative's Quarterly Railroad Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Generally you cannot appoint an agent to report, deposit, and pay tax reported on Form 940, Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return, unless you are a home care service recipient.

- Check here if you are a home care service recipient, and you want to appoint the agent to report, deposit, and pay FUTA tax for you. See the instructions.

I am authorizing the IRS to disclose otherwise confidential tax information to the agent relating to the authority granted under this appointment, including disclosures required to process Form 2678. The agent may contract with a third party, such as a reporting agent or certified public accountant, to prepare or file the returns covered by this appointment, or to make any required deposits and payments. Such contract may authorize the IRS to disclose confidential tax information of the employer/payer and agent to such third party. If a third party fails to file the returns or make the deposits and payments, the agent and employer/payer remain liable.

X Sign your name here

Print your name here

Print your title here

Date

Best daytime phone

Now give this form to the agent to complete. ➔

Part 3: Agent Information: If you will be an agent for an employer or payer, or want to revoke an appointment, complete this part.**6 Agent's employer identification number (EIN)**

□	□	–	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

7 Agent's name (not trade name)
8 Trade name (if any)
9 Address

Number Street Suite or room number

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

City State ZIP code

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Foreign country name Foreign province/county Foreign postal code

- Check here if the employer is a home care service recipient receiving home care services through a program administered by a federal, state, or local government agency.

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this form and any attachments, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.

X **Sign your name here**

Print your name here

Print your title here

Date

 / /

Best daytime phone



Consentimiento para el Uso y la Divulgación de Información Protegida de Salud

Por este medio le doy mi consentimiento a Tempus Unlimited, Inc. para utilizar y divulgar información protegida de salud (PHI) sobre mí para llevar a cabo facturaciones y reembolso de los servicios proporcionados por el programa de Intermediario Fiscal de Tempus Unlimited, Inc. Entiendo que Tempus Unlimited, Inc. y sus empleados pueden utilizar esta información para aprobar o negar hojas de tiempo y/o someter facturaciones para reembolso para la facturación y reembolso de otros programas. Tipos de PHI que podemos compartir podrían ser su número de identificación de MassHealth, otras identificaciones del seguro del pagador, documentación de admisión y alta para estadías de pacientes hospitalizados e información de su estadía en un centro de atención a largo plazo. Sólo utilizamos esta información para proporcionar documentación a MassHealth y a otros pagadores para el reembolso de los servicios del intermediario fiscal (FI por sus siglas en inglés). También utilizamos esta información para asegurarnos de que las hojas de tiempo trabajados no se envíen de manera fraudulenta y que estemos facturando a MassHealth por el trabajo realizado por el PCA o el trabajador a quien usted haya autorizado. También utilizamos esta información para la capacitación del personal y para realizar controles de calidad (monitoreando la necesidad, idoneidad y calidad de los servicios prestados).

Me han dado un Aviso de prácticas de privacidad que explica plenamente los usos y las divulgaciones que Tempus Unlimited, Inc. hará con mi información de salud. Entiendo y se me ha dado el derecho de revisar el *Aviso de Prácticas de Privacidad* antes de firmar este consentimiento. Tempus Unlimited, Inc. ha dado suficiente tiempo para poder revisar el *Aviso de Prácticas de Privacidad* y ha contestado cualquier pregunta la cual pude haber tenido a mi satisfacción.

Entiendo que no tengo que dar el consentimiento al uso o divulgación de mi información de salud para pago y operaciones de atención médica, pero si no consiento, Tempus Unlimited, Inc. tiene el derecho de denegar proveerme servicios de cuidado de salud a menos que la ley aplicable del estado o federal le requiera a Tempus Unlimited, Inc. facilitar esos servicios. Si Tempus Unlimited, Inc. está de acuerdo con mis restricciones pedidas, es obligado por el presente acuerdo.

La(s) siguiente(s) persona(s) tiene(n) mi consentimiento con respecto a mi información de salud. **Usted tiene mi permiso** para divulgarles información o **le estoy añadiendo acceso** a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Entiendo que tengo el derecho a objetar al uso y/o divulgación de mi información de salud a familiares. **Usted no tiene mi permiso** para divulgarles información a ellos o **le estoy revocando el acceso** de las siguientes personas:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Contraseña: Me gustaría añadirle una contraseña a mi cuenta. Información no será discutida por teléfono a menos que la siguiente contraseña sea usada:

Contraseña: _____ Fecha de vigencia: _____

Permiso para dejar mensajes de voz detallados en mi grabadora de mensajes en mi hogar o teléfono celular:

Si, usted tiene mi permiso

No, usted no tiene mi permiso

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito pero que la revocación no estará en efecto hasta el punto que Tempus Unlimited, Inc. ya haya tomado acción basada en mi consentimiento anterior. **Este consentimiento estará en efecto, de no ser revocado, hasta un mes luego de la fecha de terminación de su programa.**

**Firma del Consumidor/Delegado
Representante Legal o Personal**

Nombre impreso

Fecha



Aviso sobre las prácticas de privacidad

Agosto 2021

Este aviso describe como la Información de Salud Protegida sobre usted puede ser utilizada y divulgada y la manera en la que usted puede adquirir acceso a esta información. Por favor revise este aviso cuidadosamente.

Este aviso es provisto por parte de Tempus Unlimited, Inc., aquí nombrado como la Agencia.

PROPÓSITO: Este aviso sobre las prácticas de privacidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos u operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o requeridos por la ley. La información médica protegida es información que puede identificar al consumidor y que está relacionada con la salud física o mental del consumidor, ya sea pasada, presente o futura y podría incluir el nombre, la dirección, los números telefónicos y otra información identificativa.

Se nos requiere por ley darle este aviso a usted y mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.

Debemos cumplir con este Aviso, pero nos reservamos el derecho de cambiar las prácticas de privacidad descritas en él. Se puede obtener una versión actualizada de este Aviso en la página de web de la agencia, www.tempusunlimited.org, y estará publicado en nuestras oficinas. También puede solicitar una copia actualizada enviando una solicitud por escrito al Departamento de Cumplimiento de la Agencia, 600 Technology Center Drive, Stoughton, MA 02072.

Entendemos que la información médica sobre usted y sobre su salud es personal y confidencial y estamos comprometidos a proteger la confidencialidad de su información de salud protegida. Hemos creado un registro sobre el cuidado y los servicios que usted recibe a través de la agencia. Necesitamos este registro para poder proveer servicios y para poder cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos utilizar y divulgar su información. También le describimos sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos para utilizar y divulgar su información médica protegida.

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede someter una queja a nosotros o al Secretario de la Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos en la página de web <http://www.hhs.gov/>. Para someter una queja ante nosotros, puede enviar una carta a la agencia describiendo la violación al Departamento de Cumplimiento 600 Technology Center Drive, Stoughton, MA 02072. También puede someter una queja a través de correo electrónico dirigido a Grievance@TempusUnlimited.org.

No habrá represalias por someter una queja.

QUIENES SEGUIRÁN ESTE AVISO: Este aviso describe las prácticas de la agencia, los profesionales de la salud, los empleados, los voluntarios y otras personas que trabajan en cualquiera de los programas de Tempus Unlimited, Inc. en los que usted posiblemente participe.

Sus derechos de privacidad:

Usted tiene los siguientes derechos en relación a su información de salud protegida y puede:

- Obtener una copia impresa actualizada de este Aviso.
- Inspeccionar u obtener una copia de los documentos creados por la agencia. Su solicitud para obtener una copia de estos documentos tiene que ser sometida por escrito o en un formato que nos permita verificar al solicitante como el consumidor o guardián u otra persona designada.
- Solicitar que modifiquemos su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) si usted cree que la información está incompleta o incorrecta.

- Obtener un registro de ciertas divulgaciones de información médica protegida.
- Obtendremos su permiso por escrito para que los usos y divulgaciones de su información de salud protegida se le envíe a través de medios alternativos o en localizaciones alternativas.
- Obtendremos su permiso por escrito para que los usos y divulgaciones de su información de salud protegida que no sea cubierta por el aviso o permitido a través de la ley. Usted puede cancelar este permiso excepto en la medida en que el uso o la divulgación ya haya ocurrido. Este pedido para ser cancelado tiene que ser sometido por escrito o en un formato que nos permita verificar al solicitante como el consumidor o guardián u otra persona designada.

Nuestras responsabilidades:

Se nos requiere por ley mantener la privacidad y la seguridad de su información médica protegida y cumplir con los términos de este aviso. Le dejaremos saber prontamente si ocurre algún incidente que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información. Debemos de seguir los deberes y prácticas de privacidad que se describen en este aviso y darle una copia a usted. No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que usted nos diga que podemos. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Le solicitaremos que envíe esa solicitud por escrito. Ofreceremos una adaptación para documentar su solicitud si es necesario.

Ejemplos de usos y divulgaciones:

Utilizaremos su información médica protegida para brindar servicios.

- Salud pública: Podemos compartir su información médica protegida con agencias de salud pública que están encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades y que sea requerido por la ley.
- Enfermedad contagiosa: Podemos divulgar su información médica protegida a alguna persona que pueda haber estado expuesta a alguna enfermedad contagiosa o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar la enfermedad o condición, como alguna enfermedad que requiera aislamiento, si así lo autoriza la ley.
- Ejecución de la ley: Debemos divulgar su información médica protegida para fines de la ejecución de la ley, según sea requerido por la ley.
- Según lo exija la ley: Debemos divulgar su información médica protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.
- Supervisión de la salud: Debemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de la salud para las actividades autorizadas por la ley, tales como investigaciones e inspecciones. Las agencias de supervisión son aquellas que supervisan el sistema de salud, los programas de beneficios del gobierno como Medicaid, y otros programas regulatorios gubernamentales.
- Abuso o negligencia: Debemos divulgar su información médica protegida a las autoridades gubernamentales que están autorizadas por la ley para recibir informes sobre sospechas de abuso o de negligencia.
- Procedimientos legales: Podemos divulgar su información médica protegida en durante el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo o en respuesta a una orden judicial, citación, solicitud de proposición u otro proceso legal.
- Requerimiento de usos y divulgaciones: Debemos hacer divulgaciones cuando así lo requiera el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos para investigar o determinar nuestro cumplimiento con las Regulaciones de Privacidad de HIPAA.
- Para evitar daños: Podemos utilizar y divulgar información sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad o la salud o seguridad del público o de otra persona.
- Para funciones gubernamentales específicas: Podemos divulgar información médica protegida de veteranos en ciertas situaciones. Podemos divulgar su información médica protegida para actividades de seguridad nacional requeridas por la ley.