

# Asistente de Cuidados Personales (PCA)

## Acuerdo de servicios

### Instrucciones e información importante

- Todos los Asistentes de Cuidados Personales (PCA) del Programa de PCA de MassHealth deben leer, firmar y enviar este formulario a su empleador (el consumidor de servicios de PCA).
- El empleador del PCA (el consumidor de servicios de PCA) debe presentar este formulario al Intermediario Fiscal (FI), junto con todos los demás documentos requeridos por el FI y MassHealth.
- El PCA debe completar y enviar toda la documentación requerida antes de recibir su sueldo como participantes del Programa de PCA.
- MassHealth no cubre los servicios de PCA si:
  - El consumidor de servicios de PCA está en un centro hospitalario, tal como un hospital o un centro de enfermería especializada; o
  - Ya se utilizó todo el tiempo que autorizó MassHealth o fue insuficiente.
- **El PCA debe leer, firmar y enviar este contrato antes de recibir su sueldo como participante del Programa de PCA.**

### Acuerdo de servicios

#### Al firmar a continuación, acepto lo siguiente:

1. Yo entiendo que, como proveedor de servicios de PCA, debo cumplir con los requisitos de elegibilidad para proveedores de servicios de PCA estipulados en 130 CMR 422.404(A)(1) y conforme al campo profesional para proveedores de servicios de PCA estipulado en 130 CMR 422.404(B)(1) y 422.419(C).
2. **Yo entiendo que mi empleador es el consumidor de servicios de PCA. Mi empleador NO es MassHealth ni el Intermediario Fiscal (FI).** Mi empleador es responsable de contratar, despedir, capacitar y programar a los proveedores de servicios de PCA. Mi empleador puede elegir a otra persona (un representante o apoderado administrativo) para ayudarlo a administrar sus servicios de PCA. Yo debo notificar a mi empleador y al representante o apoderado administrativo (si lo hubiera), de cualquier cambio en mi situación que afectaría mi capacidad de realizar mis labores como proveedor de servicios de PCA.
3. Entiendo que yo debo proporcionar comprobantes de mi identidad a mi empleador para completar el formulario de Verificación de Elegibilidad de Empleo (Formulario I-9), que debe ser completado por todos los empleados como requisito del Departamento de Seguridad Nacional (DHS). (El FI debe entregar este formulario al empleador.)
4. Entiendo que debo cumplir con los reglamentos de MassHealth sobre la presentación de los Formularios de Actividades (también llamadas “planillas de horas trabajadas”), incluido el uso del sistema de Verificación Electrónica de Visitas (EVV), según lo especificado por MassHealth.
5. Entiendo que el FI procesará la nómina a nombre de mi empleador. Entiendo que debo inscribirme en Depósito Directo, pero que también puedo inscribirme con una tarjeta de débito para la nómina, a menos que yo haya solicitado una exención y la haya recibido para obtener mi salario con un cheque impreso (en papel) —si recibiera mi sueldo con cheques impresos, yo reconozco que el FI emitirá un cheque a mi nombre y lo enviará a mi empleador (el consumidor de servicios de PCA).

6. Entiendo que es mi obligación notificar inmediatamente al FI y a mi empleador (el consumidor de servicios de PCA) si cambiara mi información de contacto, como mi nombre, dirección, correo electrónico, número de teléfono y cualquier otra información. Yo debo proporcionar inmediatamente mi información de contacto actualizada a mi empleador (el consumidor de servicios de PCA) y al FI cada vez que cambie dicha información.
7. Entiendo que el Programa de PCA de MassHealth paga por los servicios de cuidados personales prestados por un PCA solamente cuando el proveedor de servicios de PCA brinda asistencia física con las actividades de la vida diaria (ADL) o las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) a un consumidor de servicios de PCA elegible que haya obtenido una autorización previa (PA) de MassHealth para dichos servicios de PCA. Los servicios de PCA deben prestarse conforme a la Autorización previa (PA) de consumidor de servicios de PCA, y también conforme a la evaluación o reevaluación autorizada de servicios de PCA, el acuerdo de servicios y los reglamentos de MassHealth estipulados en 130 CMR 422.410.
8. Entiendo que las ADL incluyen asistir físicamente al consumidor de servicios de PCA para trasladar el cuerpo, caminar, usar equipo médico, tomar medicamentos, bañarse e higiene personal, vestirse y desvestirse, ejercicios pasivos de rango de movimiento, comer e ir al baño. Entiendo que las IADL incluyen servicios en el hogar que son esenciales a las necesidades de servicios de PCA de consumidor, tales como: lavado de ropa, compras, limpieza, hacer comidas y ordenar, transporte a citas médicas; actividades tales como: mantenimiento de sillas de ruedas u otro equipo médico, realizar los trámites requeridos para recibir servicios de PCA; y otras actividades aprobadas por MassHealth que sean instrumentales a las necesidades de atención de salud del consumidor de servicios de PCA.
9. Entiendo que mi empleador (el consumidor de servicios de PCA) me informará de las tareas que requieran que yo brinde asistencia física.
10. Entiendo que yo debo cumplir con los topes de horas semanales cuando trabaja para uno o más consumidores. Los proveedores de servicios de PCA no pueden trabajar más de un total de 50 horas por semana, a menos que el/los consumidor/es de servicios de PCA para quien/es trabaje tengan la aprobación para las horas extra, conforme a 130 CMR 422.418(A).
11. Entiendo que podría estar sujeto a sanciones, tales como la suspensión o la terminación de la relación de trabajo como proveedor de servicios de PCA, por no cumplir con el reglamento del Programa de PCA de MassHealth PCA estipulado en 130 CMR 422.000, por ejemplo, no prestar los servicios cubiertos por el proveedor de servicios de PCA de MassHealth, reiteradas faltas de cumplimiento del trabajo dentro del tope de horas semanales o de las horas extra autorizadas, de los requisitos de elegibilidad del proveedor o de cualquier otro requisito del programa.
12. Entiendo que no puedo recibir salario como proveedor de servicios de PCA si soy el cónyuge, padre o madre (si el consumidor de servicios de PCA es un menor de edad), representante o apoderado administrativo, padre o madre de crianza, o si soy un pariente con responsabilidad legal del consumidor de servicios de PCA (como un pariente que sea el tutor legal).

**Al proveer servicios de PCA cubiertos por MassHealth a mi empleador (el consumidor de servicios de PCA), yo acepto lo siguiente:**

13. Si mi empleador tuviera una instrucción anticipada respecto a la prestación de atención en caso de que quedara incapacitado, yo estoy de acuerdo en respetar los términos de dicha instrucción anticipada, a menos que, por una cuestión de conciencia, yo no pueda poner en práctica una instrucción anticipada. Acepto no condicionar la prestación de atención ni discriminar a mi empleador según si la persona haya puesto en práctica la instrucción anticipada o no. Entiendo que no se me exige que brinde cuidados que contradigan una instrucción anticipada.
14. Acepto mantener todos los expedientes que sean necesarios para comprobar el alcance de los servicios que yo preste a mi empleador (el consumidor de servicios de PCA), como los Formularios de actividades (también llamados “planillas de horas trabajadas”).
15. Si así lo solicitaran, acepto proporcionar las copias de los expedientes que estén en mi poder y de toda la información respecto a los pagos que yo reclame por prestar servicios de PCA a mi empleador, a la agencia de Medicaid, al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o a la unidad controladora estatal de Fraude contra Medicaid.

**Acepto cumplir con los requisitos de divulgación de información estipulados en 42 CFR Parte 455, Subparte B, según lo siguiente:**

16. Conforme a 42 CFR 455.104(a)(3), a continuación, indico de qué otra entidad, que provea servicios a MassHealth, soy propietario o ejerzo el control. Una "entidad proveedora de MassHealth" podría incluir a cualquier tipo de proveedor inscrito en MassHealth, como una Agencia de cuidados a domicilio (HHA), una agencia de Cuidado temporal para adultos (AFC) o cualquier otro tipo de proveedores. Por favor, complete esta información en la Página 3, a continuación.
17. Si MassHealth lo requiriera, acepto proveer información sobre las transacciones comerciales conforme a 42 CFR 455.105.
18. Conforme a los estatutos del estado M.G.L. c.118E, § 36 y a los requisitos federales 42 CFR 455.106, al firmar este formulario, declaro que yo no he sido condenado por delitos penales por participar en ninguno de los programas de Medicare, Medicaid ni los programas de servicios del Título XX.
19. Entiendo que determinadas relaciones entre mi empleador (el consumidor de servicios de PCA) y yo podrían afectar mi estado de exención de impuestos. Entiendo que cualquier estado de exención de impuestos que derive de mi relación con mi empleador es obligatorio, conforme a los correspondientes requisitos impositivos federales y estatales. Entiendo que se exige que el FI cumpla con todos los requisitos federales y estatales respecto a la retención de impuestos, y que el FI no puede cambiar dichos requisitos.

## **Información y declaración del proveedor**

Por favor marque una opción:

<b>Las siguientes opciones describen mi relación laboral con mi empleador (el consumidor de servicios de PCA). Por favor marque SOLO una opción:</b>
<input type="radio"/> Yo <u>no</u> estoy relacionado ni emparentado con mi consumidor empleador
<input type="radio"/> Yo soy el hijo o la hija del consumidor empleador
<input type="radio"/> Yo soy la nuera o el yerno de mi consumidor empleador
<input type="radio"/> Yo soy el padre o la madre de mi consumidor empleador
<input type="radio"/> Yo estoy relacionado/a con mi consumidor de otra manera (por favor explique):

Por favor marque una opción:

Conforme a 42 CFR 455.104(a)(3), a continuación, indico de qué otra entidad, que provea servicios a MassHealth, soy propietario o ejerzo el control. Una "entidad proveedora de MassHealth" podría incluir a cualquier tipo de proveedor inscrito en MassHealth, como una Agencia de cuidados a domicilio (HHA), una agencia de Cuidado temporal para adultos (AFC) o cualquier otro tipo de proveedores. Por favor marque una opción:

- Yo NO soy propietario ni ejerzo el control de ninguna otra entidad que provee servicios a MassHealth
- Yo SÍ soy propietario o ejerzo el control de otra entidad que provee servicios a MassHealth. La información sobre tales entidades es la siguiente:

---

Por favor, complete y declare sobre la siguiente información:

Yo certifico bajo pena de perjurio que la información indicada en el presente formulario de firma, como toda declaración aquí incluida, es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender, y que ha sido revisada y firmada por mí. También certifico que entiendo mis deberes, derechos y responsabilidades como PCA y que toda la información que he provisto a mi empleador (el consumidor de servicios de PCA), al intermediario fiscal, a la agencia de supervisión de cuidados personales (PCM) o a MassHealth es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que podría estar sujeto a sanciones civiles o juicios penales por cualquier falsificación, omisión o encubrimiento de hechos materiales contenidos en el presente.

Doy fe de toda la información anterior y acepto el puesto de proveedor de servicios de asistente de cuidados personales (PCA) para:

---

*(Escriba en imprenta el nombre del consumidor de servicios de PCA)*

**Firma del proveedor de servicios de PCA:** \_\_\_\_\_

**Nombre en imprenta del proveedor de servicios de PCA:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la firma:** \_\_\_\_\_