



# Acuerdo de servicios del asistente de atención directa para la autodirección en las Exenciones por Lesión Cerebral Adquirida (ABI) o del Plan Seguir Adelante (MFP)

Este acuerdo es para el asistente de atención directa (DCW) contratado por un beneficiario de la exención. Por favor, lea y firme este formulario, y envíelo a su empleador (el beneficiario de la exención).

## Instrucciones e información importante

---

- Su empleador (el beneficiario de la exención) debe presentar este formulario al Intermediario Fiscal (FI), junto con los demás documentos requeridos por el FI y MassHealth.
- El FI no puede pagarle hasta que se reciba y se complete toda la documentación requerida.
- MassHealth y el FI no pueden pagarle por trabajar cuando:
  - el beneficiario de la exención esté internado en un centro de atención, como un hospital o un centro de enfermería; o
  - cuando se haya utilizado o sea insuficiente la cantidad de tiempo que autorizó por semana el administrador de casos del beneficiario de la exención.

**Usted debe leer, firmar y enviar este acuerdo antes de recibir su sueldo como participante del programa de exención.**

## Acuerdo de servicios

---

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

1. Entiendo que, como asistente de atención directa (DCW) y proveedor de los servicios cubiertos por MassHealth, debo cumplir con los requisitos de elegibilidad del proveedor estipulados en 130 CMR 630.404 y con el alcance de los servicios estipulados en 130 CMR 630.000: *Exención de Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS)* según corresponda a los servicios de la exención que presto.
2. **Entiendo que mi empleador es el beneficiario de la exención. Mi empleador NO es MassHealth ni el Intermediario Fiscal (FI).** Mi empleador es responsable de contratarme, despedirme, capacitarme y programar mis servicios, y también aplicable a otros DCW. Mi empleador puede elegir a otra persona (un representante) para que lo ayude a administrar sus servicios autodirigidos. Debo notificar a mi empleador y al representante (si lo hubiera) de cualquier cambio en mi situación que afectaría mi capacidad de realizar mis labores como DCW.
3. Entiendo que debo proporcionar comprobantes de mi identidad a mi empleador para completar el formulario de Verificación de Elegibilidad de Empleo (Formulario I-9), que el Departamento de Seguridad Nacional (DHS) requiere que completen todos los empleados. (El FI debe entregar este formulario al empleador.)
4. Entiendo que debo completar y proporcionar Formularios de actividades de la Exención (planillas de horas trabajadas) a mi empleador o al FI lo antes que pueda, incluido mediante el use del sistema de Verificación Electrónica de Visitas (EVV) para la prestación de servicios, tal como lo especifica MassHealth.

5. Entiendo que el FI procesará la nómina en nombre de mi empleador (el beneficiario de la exención). Entiendo que debo inscribirme en depósito directo, pero que también puedo inscribirme en una tarjeta de débito de nómina, a menos que haya solicitado y recibido la aprobación para obtener mi pago con un cheque impreso. Si me pagan con un cheque impreso, reconozco que el FI emitirá un cheque a mi nombre y lo enviará a mi empleador (el beneficiario de la exención).
6. Entiendo que es mi obligación notificar inmediatamente al FI y a mi empleador (el beneficiario de la exención) si hubiera cambios en mi información de contacto, como mi nombre, dirección, correo electrónico, número de teléfono y cualquier otra información. Debo proporcionar inmediatamente mi información de contacto actualizada a mi empleador (el beneficiario de la exención) y al FI cada vez que cambie dicha información.
7. Entiendo que el programa de exenciones de MassHealth paga por los servicios autodirigidos prestados por un asistente de atención directa (DCW) solo cuando el DCW preste servicios a un beneficiario de la exención elegible que haya obtenido la autorización para la exención de parte de su administrador de casos para servicios autodirigidos. Los servicios autodirigidos deben ser prestados de acuerdo con la autorización del beneficiario de la exención, el acuerdo de servicios y el reglamento de MassHealth estipulado en 130 CMR 630.400.
8. Entiendo que mi empleador (el beneficiario de la exención) me dirá qué tareas necesita que le brinde, de acuerdo con la autorización de la exención.
9. Entiendo que no me pueden pagar como DCW si soy el cónyuge, el representante o el familiar legalmente responsable del beneficiario de la exención.
10. 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. Entiendo que determinadas relaciones entre mi empleador (el beneficiario de la exención) 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.
11. Entiendo que los DCW que prestan servicios de cuidados personales de exención a los beneficiarios de la exención de Vida en la comunidad del Plan Seguir Adelante (MFP-CL) forman parte de la Unidad de Negociación Colectiva de los Asistentes de Cuidados Personales, representados por el Sindicato de Asistentes de Cuidados Personales.
12. Entiendo que si presto servicios de cuidados personales de exención a los beneficiarios de la exención MFP-CL, debo tomar la Orientación para el Nuevo PCA si no la he completado anteriormente como DCW o PCA, y que recibiré pago por asistir a la Orientación para el Nuevo PCA. Entiendo que si no completo la Orientación para el Nuevo PCA, esto puede afectar mi tarifa de pago por prestar servicios de cuidados personales de exención a los beneficiarios de la exención MFP-CL.

**Al prestar servicios de DCW a mi empleador (el beneficiario de la exención), acepto lo siguiente:**

13. Si mi empleador tuviera una instrucción anticipada respecto a la prestación de cuidados en caso de que quedara incapacitado, acepto respetar los términos de dicha instrucción anticipada, a menos que, por una cuestión de conciencia, no la pueda poner en práctica. Acepto no condicionar la prestación de cuidados ni discriminar a mi empleador si la persona haya o no puesto en práctica una instrucción anticipada. Entiendo que no se me exige que preste servicios de cuidados que contradigan una instrucción anticipada.

14. Acepto mantener todos los registros que sean necesarios para demostrar el alcance de los servicios que presto a mi empleador (el beneficiario de la exención), entre ellos los formularios de actividades (también llamados “planillas de horas trabajadas”).
15. Acepto proporcionar a la agencia de Medicaid, el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o la Unidad de Control de Fraude contra Medicaid del Estado, si se me solicita, copia de los registros que estén en mi poder y de toda la información referida a los pagos que reclamé por los servicios de DCW prestados a mi empleador.

**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), indico, a continuación, otra entidad proveedora de servicios a MassHealth de la cual soy propietario o tengo el control. Una “entidad proveedora de servicios a MassHealth” podría incluir a todo tipo de proveedor inscrito en MassHealth, como una agencia de cuidados a domicilio (HHA), una agencia de cuidado temporal para adultos (AFC) u otro tipo de proveedor. Por favor, complete esta información en las páginas 3 y 4, a continuación.
17. Si MassHealth lo requiriera, acepto brindar información sobre transacciones comerciales de conformidad con 42 CFR 455.105.
18. Conforme al estatuto estatal M.G.L. c.118E, § 36 y a los requisitos federales estipulados en 42 CFR 455.106, al firmar este formulario, declaro que no he sido condenado por delitos penales relacionados con mi participación en ningún programa de Medicare, Medicaid o el programa de servicios del Título XX.
19. Entiendo que determinadas relaciones entre mi empleador (el beneficiario de la exención) y yo podrían afectar mi estado de exención de impuestos. Entiendo que todo 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 estos requisitos.

## Información y declaración del proveedor

---

### Por favor, marque una opción:

La siguiente opción describe mi relación con mi empleador (el beneficiario de la exención).

Por favor, marque SOLO una.

- ☐ No estoy relacionado con mi empleador-beneficiario de la exención.
  - ☐ Soy el(la) hijo(a) adulto(a) (mayor de 18 años) de mi empleador-beneficiario de la exención.
  - ☐ Soy la nuera o el yerno de mi empleador-beneficiario de la exención.
  - ☐ Soy el padre o la madre de mi empleador-beneficiario de la exención adulto (mayor de 18 años).
  - ☐ Estoy relacionado con mi empleador-beneficiario de la exención de una manera diferente (por favor, explíquelo):
- 

### Por favor, marque una opción:

Conforme a 42 CFR 455.104(a)(3), indico, a continuación, otra entidad proveedora de servicios a MassHealth de la cual soy propietario o tengo el control. Una “entidad proveedora de servicios a MassHealth” podría incluir a todo tipo de proveedor inscrito en MassHealth, como una agencia de cuidados a domicilio (HHA), una agencia de cuidado temporal para adultos (AFC) u otro tipo de proveedor. Por favor, marque una opción:

- ☐ NO soy el propietario ni tengo el control de otra entidad proveedora de servicios a MassHealth.
- ☐ SÍ soy el propietario o tengo el control de otra entidad proveedora de servicios a MassHealth.

La información sobre tal entidad o entidades es la siguiente:

---

### Por favor, marque la siguiente casilla para demostrar su entendimiento acerca del requisito de la Orientación para el Nuevo PCA:

- ☐ Entiendo que si presto cuidados personales de exención a los beneficiarios de la exención MFP-CL, debo tomar la Orientación para el Nuevo PCA si no la he completado anteriormente como DCW o PCA, y que recibiré pago por asistir a la Orientación para el Nuevo PCA. Entiendo que si no completo la Orientación para el Nuevo PCA, esto puede afectar mi tarifa de pago.

### Por favor, complete la siguiente información y declare:

Certifico bajo pena de perjurio que la información indicada en el presente formulario de firma, como toda otra declaración aquí incluida, ha sido revisada y firmada por mí, y es verdadera, precisa y completa según mi leal saber y entender. Certifico también que entiendo mis deberes, derechos y responsabilidades como DCW y que toda la información que he provisto a mi empleador (el beneficiario de la exención), al intermediario fiscal (FI), a la agencia de coordinación de casos o a MassHealth es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones civiles o juicios penales por todo tipo de falsificación, omisión o encubrimiento de hechos materiales contenidos en el presente.

Declaro como cierta toda la información anterior y estoy de acuerdo en aceptar el puesto de asistente de atención directa (DCW) para \_\_\_\_\_

(Nombre en letra de imprenta del beneficiario de la exención)

Firma del DCW \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta del DCW \_\_\_\_\_

Correo electrónico del DCW \_\_\_\_\_ Fecha de la firma \_\_\_\_\_

---