

EVV Device Voucher Request Form

MassHealth Personal Care Attendant (PCA) Program

IMPORTANT

Do NOT complete this form unless you need a device to use EVV

This form is for Consumers and Personal Care Attendants (PCAs) in the MassHealth PCA Program who are required to use Electronic Visit Verification (EVV).

Consumers and PCAs can use their own personal devices when using the EVV system. You do NOT need to complete this form if you plan to use your own device for EVV. This form is voluntary. **You should only complete this form if you are required to use EVV and do NOT have a device, or if you do not plan to use your own device for EVV.**

If you are exempt from EVV, do not complete this form.

Instructions

To use the EVV system, Consumers must have access to a device with a web browser, such as a computer, a tablet, or a smartphone. PCAs must have a smart device that can download the EVV mobile app, such as a tablet or a smartphone.

MassHealth expects that most Consumers and PCAs will want to use their own devices. However, you can submit this form if you do not have a device, or if you prefer not to use your device for EVV. This form is voluntary. **Do NOT complete this form if you plan to use your own device for EVV.**

If you complete this form and are eligible for a device voucher, you will receive one free smart device. MassHealth will NOT provide you with more than one device. If you lose or break your device, MassHealth will not replace it. The device will not come with a data plan. You will not be given a device if you are not eligible for the device voucher, or if you do not submit a complete form to Tempus FI.

If you choose to complete this form, please send it to Tempus FI for processing at:

- **Email:** MAFms@tempusunlimited.org
- **Fax:** 800-359-2884
- **Mail:** Tempus Unlimited, 600 Technology Center Drive, Stoughton, MA 02072

After your application is received, Tempus FI will place an order for a device that will be shipped to the address you provide on the form. You will receive this device in 2 weeks. If it has been more than 2 weeks since you submitted this form, please call Tempus FI at 800-359-2884 to get an update.

MassHealth PCA Program: EVV Device Voucher Request Form

By signing below, I attest to the following:

1. I am either a Consumer, Surrogate, or PCA in the MassHealth PCA program. Specifically, I am (check one):
 - ☐ A Consumer
 - ☐ A Surrogate
 - ☐ A PCA
2. I am not exempt from EVV.
 - a. This means that I am required to use EVV.
3. I am requesting a device for the purpose of using the EVV system in the MassHealth PCA program. My reason for requesting a device is (check one):
 - ☐ I do not own a device to use EVV.
 - ☐ I own a device, but prefer not to use it for EVV.
4. I have never received an EVV device from MassHealth or Tempus FI.
5. I will use this device to follow the rules of the MassHealth PCA program. I plan to continue to receive/provide PCA services after I receive this device. I will be the only person who uses this device for purposes of EVV.
6. I understand that if eligible, **I will only receive ONE device**. MassHealth will not provide me with a second device. If I break or lose my device, it will not be replaced by MassHealth or Tempus FI. The device will not come with a data, messaging, or voice plan, and I will not be able to choose which kind of device I receive.
7. I understand that the device I receive through the EVV Device Voucher program is mine. It is **NOT** owned by EOHHS, MassHealth, the PCA Quality Home Care Workforce Council, the Commonwealth of Massachusetts, the fiscal intermediary, or any other entity.
8. It is my responsibility to care for my device. This includes, but is not limited to, phone set up, installing updates, maintenance, repairs, etc. MassHealth and Tempus FI are not responsible for my device.
9. I understand that MassHealth and Tempus FI are not responsible for any device received through the EVV program. I understand that MassHealth and Tempus FI will not provide device support (such as technical support or mechanical support) for any device received through the EVV program.
10. I understand that the Executive Office of Health and Human Services (EOHHS) may take action if I request or obtain this device for a purpose other than its intent, which is to participate in the EVV program. Actions may include, but are not limited to sanctions, suspension, ending my participation in the MassHealth PCA Program, or a referral to a law enforcement agency.

PCA, Consumer, or Surrogate Signature

By signing below, I attest under the pains and penalties of perjury that all of the information in this form is true and accurate.

Printed Name of Consumer/PCA

Consumer/PCA ID#

Signature

Date Signed

Email address (will be used to provide shipping updates)

If my voucher application is accepted, my smart device should be shipped to the following address:

Address

City

State

Zip

Formulario de Solicitud de Voucher de Dispositivo EVV

Programa de Asistentes de Cuidado Personal (PCA) de MassHealth

IMPORTANTE

NO rellene este formulario a menos que necesite un dispositivo para usar EVV

Este formulario es para consumidores y asistentes de cuidado personal (PCA) del Programa de PCA de MassHealth que deben utilizar la Verificación Electrónica de Visita (EVV).

Los consumidores y PCA pueden usar sus dispositivos personales al usar el sistema EVV. NO es necesario que rellene este formulario si planea usar su propio dispositivo para EVV. Este formulario es voluntario. **Debe rellenar este formulario solo si se le exige usar EVV y NO posee un dispositivo o si no planea usar su propio dispositivo para EVV.**

Si está exento de EVV, no rellene este formulario.

Instrucciones

Para usar el sistema EVV, los consumidores deben tener acceso a un dispositivo con un navegador web, como una computadora, tableta o teléfono inteligente. Los PCA deben tener un dispositivo inteligente que pueda descargar la aplicación móvil de EVV, como una tableta o teléfono inteligente.

MassHealth espera que la mayoría de los consumidores y PCA estén dispuestos a usar sus propios dispositivos. Sin embargo, puede enviar este formulario si no tiene un dispositivo o si prefiere no usar su propio dispositivo para EVV. Este formulario es voluntario. **NO rellene este formulario si planea usar su propio dispositivo para EVV.**

Si rellena este formulario y es elegible para un voucher de dispositivo, recibirá un dispositivo inteligente gratuito. MassHealth NO le entregará más de un dispositivo. Si se pierde o daña su dispositivo, MassHealth no lo reemplazará. El dispositivo no incluirá un plan de datos. No recibirá un dispositivo si no es elegible para el voucher de dispositivo o si no envía un formulario completo a Tempus FI.

Si elige rellenar este formulario, envíelo a Tempus FI para su procesamiento por:

- **Correo electrónico:** MAfms@tempusunlimited.org
- **Fax:** 800-359-2884
- **Correo:** Tempus Unlimited, 600 Technology Center Drive, Stoughton, MA 02072

Después de recibir su solicitud, Tempus FI realizará el pedido del dispositivo, que se enviará a la dirección que proporcionó en el formulario. Recibirá este dispositivo en 2 semanas. Si transcurren más de 2 semanas después de haber enviado este formulario, llame a Tempus FI al 800-359-2884 para obtener información actualizada.

Programa de PCA de MassHealth: Formulario de Solicitud de Voucher de Dispositivo EVV

Al firmar a continuación, confirmo lo siguiente:

11. Soy consumidor, suplente o PCA del Programa de PCA de MassHealth. Específicamente, soy (marque una opción):
 - ☐ Consumidor
 - ☐ Suplente
 - ☐ PCA
12. No estoy exento/a de EVV.
 - a. Esto significa que estoy en la obligación de usar EVV.
13. Estoy solicitando un dispositivo para el propósito de usar el sistema EVV en el Programa de PCA de MassHealth. El motivo para solicitar un dispositivo es (marque una opción):
 - ☐ No poseo un dispositivo en el que usar EVV.
 - ☐ Poseo un dispositivo, pero prefiero no usarlo para EVV.
14. Nunca he recibido un dispositivo EVV de parte de MassHealth o Tempus FI.
15. Utilizaré este dispositivo para acatar las reglas del Programa de PCA de MassHealth. Planeo continuar recibiendo/proporcionando servicios de PCA luego de recibir este dispositivo. Seré la única persona que use este dispositivo para fines de EVV.
16. Entiendo que si soy elegible, **solo recibiré UN dispositivo**. MassHealth no me proporcionará un segundo dispositivo. Si se daña o se pierde mi dispositivo, ni MassHealth ni Tempus FI lo reemplazarán. El dispositivo no vendrá con un plan de datos, mensajes o voz, y no podré elegir la clase de dispositivo que recibiré.
17. Entiendo que el dispositivo que reciba a través del programa de vouchers de dispositivos EVV es de mi propiedad. Este **NO** es propiedad de EOHHS, MassHealth, el Consejo de la Fuerza Laboral de Asistentes de Cuidado Personal, la Mancomunidad de Massachusetts, el intermediario fiscal ni ninguna otra entidad.
18. Es mi responsabilidad cuidar del dispositivo. Esto incluye, entre otras cosas, la configuración del teléfono, la instalación de actualizaciones, el mantenimiento, las reparaciones, etc. MassHealth y Tempus FI no son responsables de mi dispositivo.
19. Entiendo que MassHealth y Tempus FI no son responsables de los dispositivos recibidos mediante el programa de EVV. Entiendo que MassHealth y Tempus FI no ofrecerán soporte (como soporte técnico o mecánico) a los dispositivos recibidos a través del programa de EVV.
20. Entiendo que la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHSS) podría emprender acciones si solicito u obtengo este dispositivo para un fin distinto al previsto, que es participar en el programa de EVV. Las acciones podrían incluir, a modo de ejemplo, sanciones, suspensión, fin de mi participación en el Programa de PCA de MassHealth o una remisión a un organismo policial.

Firma de PCA, consumidor o suplente

Al firmar a continuación, declaro bajo pena de perjurio que toda la información contenida en este formulario es verdadera y exacta.

Nombre en letra de imprenta del consumidor/PCA

N.º de ID del consumidor/PCA

Firma

Fecha de la firma

Dirección de correo electrónico (Se usará esta dirección de correo electrónico para proporcionar los detalles del envío)

Si mi solicitud de voucher es aceptada, mi dispositivo inteligente deberá enviarse a la siguiente dirección:

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal