

# Consumer Agreement for Personal Care Attendant Program (PCA) Fiscal Intermediary (FI) Services

By signing this document, I acknowledge that I am a consumer of MassHealth-approved Personal Care Attendant Services (PCA Services) and understand that:

1. I am the employer of my PCA(s) and must hire my own PCA.
2. I may conduct a CORI and/or a SORI background check for my PCAs, and such requests will be processed by the fiscal intermediary (FI) on my behalf if I choose to do so.
3. My PCA must be at least sixteen (16) years of age.
4. MassHealth and the FI cannot pay my PCA if my PCA is on the List of Excluded Individuals and Entities (LEIE) maintained by the U.S. Department of Health and Human Services Office of Inspector General (OIG) or the MassHealth List of Suspended/Excluded Providers. The FI or my PCM agency can provide me with more information about this.
5. Wages paid to my PCA are established through a collective bargaining agreement (CBA) between the SEIU Local 1199 (the Union), which represents PCAs, and the PCA Quality Home Care Workforce Council (the Council), which represents PCA Consumers.
6. I must complete and submit all required new hire paperwork forms before hiring a PCA. I acknowledge that a PCA will not be paid by MassHealth or the FI before new hire paperwork is processed and the PCA is issued a Unique Identification Number (UID). I also understand that the FI will not be able to pay my PCA if the paperwork is not completed and submitted to the FI in accordance with the FI's instructions.
7. All PCAs must be eligible to work in the United States in accordance with federal law and I delegate my responsibility as the PCA employer to the FI, Tempus Unlimited, Inc., to sign the *E-Verify Memorandum of Understanding for Employers Using an E-Verify Employer Agent* on my behalf. I understand that Tempus will use E-Verify to electronically confirm my PCA's eligibility to work in the United States. I understand that MassHealth and the FI will not pay my PCA if my PCA is not authorized to work in the United States.
8. I am required to use Electronic Visit Verification (EVV) to review and approve my PCA's timesheet unless I have received an approved exemption.
9. I delegate my authority as the PCA employer to the FI to perform certain employer-required tasks on my behalf, as detailed below:
  - receive and process my PCA's activity forms or punches submitted using EVV;
  - deposit my PCA's paychecks directly into my PCA's bank account or to a debit card;
  - prepare and mail paper checks to me every two weeks for me to distribute to my PCA if my PCA has obtained a waiver of the direct deposit requirement;
  - make correct withholdings from my PCA's paychecks;
  - make deductions for PCA union dues and fees, in accordance with the CBA between the Council and the Union, and send these monies to the Union;
  - pay my federal, state, and local employment taxes on my behalf;
  - send all money withheld from my PCA's paychecks to the appropriate agencies;
  - pay my unemployment insurance taxes on my behalf;
  - purchase workers' compensation insurance in my name to cover my PCAs;
  - perform other employer-required tasks such as obtaining an employer identification number (EIN) and filling out, filing, and saving copies of other required employment forms;
  - send me summaries of my payrolls, and my tax filings; and
  - send me summaries (payroll cover sheets) that describe the number of PCA hours MassHealth authorized for me, the number of PCA hours I have used, and the number of PCA hours I have remaining on my prior authorization (PA). I understand that I can share this information with my PCA, so that my PCA and I know if

there are sufficient hours left on my PA to have my PCA work and get paid.

10. The FI will perform certain employer-required tasks on my behalf, **but I am responsible for:**
- notifying the FI when I hire a new PCA
  - notifying the FI if I move or if I know my PCA has moved
  - submitting a Termination Form to the FI when a PCA no longer works for me;
  - maintaining updated contact information for my PCA and informing the FI of any changes;
  - notifying the FI and my PCM agency when I am admitted to a nursing facility or other inpatient facility. I understand that MassHealth and the FI cannot pay for activity time performed by my PCA when I am in a nursing facility or other inpatient facility. I also understand that any payments made to my PCA for hours worked while I was in a nursing facility or inpatient facility are considered fraud and will be reported to the state Bureau of Special Investigations (BSI) for investigation, and may result in sanctions including termination of my PCA services;
  - informing my PCA that they will receive their payment electronically through direct deposit to their bank account or through a payroll debit card service offered by the FI. The FI will provide the forms needed for my PCA to request payment electronically;
  - informing my PCA that they may not share a bank account with me, my Surrogate, or my Administrative Proxy (AP);
  - ensuring my PCAs are aware of the federal requirement to use EVV for timesheet submission (unless approved for an EVV exemption) and that my PCA correctly completes, signs, and submits their EVV punches daily, or their activity forms (time sheets) bi-weekly that accurately reflect the days and hours my PCA worked for me;
  - approving my PCA's EVV punches or completed activity forms, and submitting to the FI each week, following the FI's instructions and in the timeframe required;
  - following the MassHealth regulations for the PCA Program. My PCM agency can provide me with a copy of these regulations.
11. I must have prior authorization (PA) for MassHealth PCA services and have sufficient units left on my PA before a PCA can be paid. I understand that I will be responsible for paying my PCA if I do not have prior authorization from MassHealth or if I do not have sufficient units left on my PA on the days my PCA worked.
12. I must adhere to the MassHealth PCA Program overtime rules as outlined in 130 CMR 422.418(A) and the maximum weekly hour limit rules as outlined in 130 CMR 422.413(K) and will not schedule my PCA to work more than the maximum weekly hour limit hours in total per week, including hours they work for other Consumers. I will contact my PCM to request an authorization if I need my PCA to work over 50 hours but no more than the maximum weekly hours allowed each week. I understand that if I violate this policy MassHealth and the FI are not responsible for paying my PCAs, and I will be responsible for paying PCAs from my own funds.
13. I may lose my eligibility for PCA services if I do not complete and return the required paperwork to the FI as instructed.
14. I must sign certain forms that will allow the FI to act on my behalf. I understand that my PCA cannot be paid until the forms, including the Consumer Agreement, are completed and returned to the FI. The FI will send me these forms.

---

Consumer Signature

---

Consumer Printed Name

---

Consumer ID

---

Date

---

---

Legal Guardian Signature

---

Legal Guardian Printed Name

---

Date

# Acuerdo del Consumidor para los Servicios de Intermediario Fiscal (FI) en el Programa de Asistente de Cuidados Personales (PCA)

Al firmar este documento, reconozco que soy consumidor(a) de los servicios de Asistente de Cuidados Personales (PCA) que MassHealth ha aprobado y entiendo que:

1. Soy el(la) empleador(a) de mis PCA y debo contratar a mis propios PCA.
2. Puedo realizar una verificación de antecedentes CORI o SORI de mis PCA y dichas solicitudes serán procesadas por el intermediario fiscal (FI) en mi nombre si yo así lo decido.
3. Mi PCA debe tener por lo menos dieciséis (16) años de edad.
4. MassHealth y el FI no pueden pagarle a mi PCA si mi PCA se encuentra en la Lista de Personas y Entidades Excluidas (LEIE) que mantiene la Oficina del Inspector General (OIG) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. o en la Lista de Proveedores Suspendidos o Excluidos de MassHealth. El FI o mi agencia de PCM pueden brindarme más información sobre esto.
5. Los salarios que se le paguen a mi PCA se establecen mediante un contrato colectivo de trabajo (CBA) entre el SEIU Local 1199 (el Sindicato), que representa a los PCA, y el Consejo para la Calidad de la Fuerza Laboral de Asistencia en el Hogar de PCA (el Consejo), que representa a los Consumidores de PCA.
6. Antes de contratar un PCA, debo completar y entregar todos los formularios para la contratación de nuevos empleados que correspondan. Reconozco que ni MassHealth ni el FI le pagarán a un PCA antes de que la documentación para la contratación de nuevos empleados sea procesada y de que al PCA se le otorgue un Número Único de Identificación (UID). También entiendo que el FI no podrá pagarle a mi PCA si yo no he completado la documentación y no se la he entregado de acuerdo con sus instrucciones.
7. Todos los PCA deben ser elegibles para trabajar en Estados Unidos conforme a la ley federal y yo, como empleador(a) del PCA, delego mi obligación en el FI, Tempus Unlimited, Inc., para que firme, en mi nombre, el *Memorando de Entendimiento de E-Verify para Empleadores que Utilizan un Agente Empleador de E-Verify*. Entiendo que Tempus utilizará E-Verify para confirmar electrónicamente la elegibilidad de mi PCA para trabajar en Estados Unidos. Entiendo que ni MassHealth ni el FI le pagarán a mi PCA si mi PCA no está autorizado a trabajar en Estados Unidos.
8. Es mi obligación utilizar la Verificación Electrónica de Visitas (EVV) para revisar y aprobar la planilla de horas trabajadas de mi PCA, a menos que haya recibido una exención aprobada.
9. Como empleador(a) del PCA, delego mi autoridad en el FI para que realice, en mi nombre, determinadas tareas obligatorias de los empleadores, según el siguiente detalle:
  - recibir y procesar los formularios de actividades de mi PCA o las presentaciones entregadas utilizando la EVV;
  - depositar los cheques de pago de mi PCA directamente en la cuenta bancaria o en una tarjeta de débito de mi PCA;
  - preparar cheques impresos y enviármelos por correo postal cada dos semanas para que yo se los entregue a mi PCA, si mi PCA ha obtenido una exención del requisito de depósito directo;
  - hacer las retenciones exactas de los cheques de pago de mis PCA;
  - hacer las deducciones por cuotas y tarifas del sindicato del PCA de conformidad con el CBA entre el Consejo y el Sindicato, y enviar esas cantidades de dinero al Sindicato;
  - pagar en mi nombre mis impuestos federales, estatales y locales como empleador(a);
  - enviar a las agencias correspondientes todo el dinero retenido de los cheques de pago de mis PCA;
  - pagar en mi nombre mis impuestos del seguro de desempleo;

- adquirir en mi nombre el seguro de compensación por riesgo laboral (*workers' compensation*) para cubrir a mis PCA;
  - realizar otras tareas obligatorias de los empleadores, tales como obtener un número de identificación del empleador (EIN) y completar, presentar y guardar copias de los demás formularios de empleo requeridos;
  - enviarme resúmenes de mis nóminas y mis presentaciones de impuestos, y
  - enviarme resúmenes (portadas de la nómina) que describan la cantidad de horas de servicio de PCA que MassHealth me ha autorizado, la cantidad de horas de servicio de PCA que he utilizado y la cantidad de horas de servicio de PCA que todavía me quedan en mi autorización previa (PA). Entiendo que puedo compartir esta información con mi PCA, de modo que ambos sepamos si quedan horas suficientes en mi PA para que mi PCA trabaje y cobre.
10. El FI realizará en mi nombre determinadas tareas obligatorias de los empleadores, **pero es mi obligación:**
- notificarle al FI cuando yo contrate a un PCA nuevo;
  - notificarle al FI si me mudo o si sé que mi PCA se ha mudado;
  - entregarle al FI un Formulario de Terminación de la Relación Laboral cuando un PCA deje de trabajar para mí;
  - mantener actualizados los datos de contratación de mi PCA e informarle al FI cualquier cambio que se produzca;
  - notificarles al FI y a mi agencia de PCM cuando sea yo admitido(a) en un centro de enfermería u otro centro hospitalario. Entiendo que ni MassHealth ni el FI pueden pagarle a mi PCA ningún tiempo de desempeño de actividades mientras yo permanezca en un centro de enfermería u otro centro hospitalario. Entiendo también que todo pago efectuado a mi PCA por horas trabajadas durante mi permanencia en un centro de enfermería o centro hospitalario será considerado fraude e informado a la Agencia de Investigaciones Especiales (BSI) estatal para que lo investigue, y que de su resultado pueden derivar sanciones incluida la cancelación de mis servicios de PCA;
  - informarle a mi PCA que recibirá sus pagos de manera electrónica mediante depósito directo en su cuenta bancaria o mediante un servicio de tarjeta de débito de nómina ofrecido por el FI. El FI proporcionará los formularios necesarios para que mi PCA solicite los pagos de manera electrónica;
  - informarle a mi PCA que no puede compartir una cuenta bancaria conmigo, con mi Representante ni con mi Apoderado administrativo (AP);
  - asegurarme de que mi PCA conozca el requisito federal de utilizar la EVV para entregar planillas (a menos que le hayan aprobado una exención de EVV) y que mi PCA complete correctamente, firme y entregue su presentación de EVV a diario o su formulario de actividades (planilla de horas trabajadas) cada dos semanas, donde se reflejen con exactitud los días y las horas que mi PCA trabajó para mí;
  - aprobar las presentaciones a la EVV o los formularios de actividades completos de mi PCA y entregárselos al FI cada semana siguiendo sus instrucciones y en los plazos establecidos;
  - cumplir con el reglamento de MassHealth para el Programa de PCA. Mi agencia de PCM puede proveerme con una copia de este reglamento.
11. Antes de que un PCA pueda cobrar, debo tener una autorización previa (PA) de servicios de PCA de MassHealth y tener unidades suficientes en mi PA. Entiendo que seré responsable de pagarle a mi PCA si no tengo la autorización previa de MassHealth o si no tengo unidades suficientes en mi PA en los días que mi PCA trabajó.
12. Debo cumplir con los requisitos sobre horas extras de los PCA de MassHealth según lo estipulado en 130 CMR 422.418(A), y con las normas sobre el límite máximo de horas semanales según lo estipulado en 130 CMR 422.413(K), y no programaré a mi PCA para que trabaje más del límite máximo de horas semanales incluidas las horas que trabaje para otros consumidores. Me comunicaré con mi agencia de PCM para solicitar una autorización si necesito que mi PCA trabaje más de 50 horas, pero no más del máximo límite de horas semanales. Entiendo que, si no cumplo con esta norma, MassHealth y el FI no serán responsables de pagarle a mi PCA y que seré yo el(la) responsable de pagarle de mis propios fondos.
13. Puedo perder mi elegibilidad para recibir servicios de PCA si no completo la documentación requerida y se la envío al FI conforme a lo indicado.

14. Debo firmar determinados formularios que le permitirán al FI actuar en mi nombre. Entiendo que mi PCA no podrá cobrar hasta que los formularios, incluido el Acuerdo del Consumidor, se completen y se envíen al FI. El FI me enviará estos formularios.

---

Firma del Consumidor	Nombre del Consumidor en letra de imprenta	ID del Consumidor	Fecha
----------------------	---	-------------------	-------

---

Firma del Tutor legal	Nombre del Tutor legal en letra de imprenta	Fecha
-----------------------	--	-------