



EXECUTIVE OFFICE OF  
HEALTH AND HUMAN SERVICES

# Acuerdo del beneficiario de la exención por Lesión Cerebral Adquirida (ABI) o del Plan Seguir Adelante (MFP): Uso del intermediario fiscal para los servicios autodirigidos de la exención

Soy beneficiario de una de las siguientes exenciones de MassHealth:

- Lesión cerebral adquirida: Habilitación no residencial (ABI-N)
- Lesión cerebral adquirida con habilitación residencial (ABI-RH)
- Plan Seguir Adelante: Vida en la comunidad (MFP-CL)
- Plan Seguir Adelante: Apoyos residenciales (MFP-RS)

Elijo usar los servicios de la exención por Lesión Cerebral Adquirida (ABI) o del Plan Seguir Adelante (MFP).

Entiendo que debo tener autorización para los servicios autodirigidos de la exención ABI o MFP en mi plan de atención. Mi administrador de casos o coordinador de servicios de la exención ABI o MFP me ayuda a encontrar servicios que satisfagan mis necesidades.

## El proceso de contratación

Entiendo que

- Soy el empleador de mis asistentes de atención directa (DCW) y que debo contratar a mis propios DCW.
- Mi DCW debe tener por lo menos dieciséis (16) años.
- Mi DCW no puede ser ni mi cónyuge, ni un representante, ni un familiar legalmente responsable.
- MassHealth contrata a un intermediario fiscal (FI) que me ayuda con las tareas relacionadas con ser empleador.
- Debo firmar formularios que le permitan al FI actuar en mi nombre. Estos formularios me los dará el FI o mi administrador de casos o coordinador de servicios de la exención ABI o MFP.
- MassHealth y el FI no pueden pagarle a mi DCW si este se encuentra en la [Lista de MassHealth de proveedores suspendidos o excluidos](#) que mantiene la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o en cualquier otra lista de exclusión similar. El FI o mi administrador de casos o coordinador de servicios de la exención ABI o MFP puede brindarme más información al respecto.
- Antes de contratar a un DCW, debo completar y enviar todos los formularios requeridos para la contratación de nuevos empleados. Ni MassHealth ni el FI le pagarán a mi DCW antes de que se procese la documentación para la contratación de nuevos empleados y de que al DCW se le otorgue un Número Único de Identificación. El FI no podrá pagarle a mi DCW si la documentación no se ha completado y no se le ha enviado de acuerdo con sus instrucciones.
- Todos los DCW deben ser elegibles para trabajar en Estados Unidos conforme a la ley federal, y yo, como empleador(a) del DCW, delego en el FI, Tempus Unlimited, Inc., mi responsabilidad para que firme, en mi nombre, el *Memorando de entendimiento de E-Verify para empleadores que utilizan un agente empleador de E-Verify*. Tempus utilizará E-Verify para confirmar electrónicamente la elegibilidad de mi DCW para trabajar en Estados Unidos. Ni MassHealth ni el FI le pagarán a mi DCW si este no está autorizado a trabajar en Estados Unidos.
- El FI realiza una investigación de la Información del Registro de Delincuencia Criminal (CORI) en los futuros DCW. Los DCW están obligados a tener una CORI aprobada, tal como lo determina el FI de acuerdo con [101 CMR 15.09: Hallazgos de la Investigación CORI – Delitos sujetos a revisión](#). Esta norma es específica para los DCW en el programa de exenciones ABI o MFP, y es diferente del proceso para los PCA. No podré contratar a un DCW que no tenga una CORI aprobada.

## Pagos para mi asistente de atención directa

Entiendo que

- Las planillas semanales de horas trabajadas de mis DCW no deben tener más unidades que el número autorizado por mi administrador de casos o coordinador de servicios de la exención ABI o MFP para cada servicio autodirigido.
- Soy responsable de pagar por mi cuenta a mis DCW
  - si no tengo autorización de mi administrador de casos o coordinador de servicios de la exención ABI o si MFP, o
  - si no me quedan muchas unidades en la autorización de mi exención en los días en que trabajaron mis DCW, o
  - si no soy elegible para recibir MassHealth o no estoy inscrito en las exenciones ABI o MFP en los días en que trabajaron los DCW, o
  - si pido mi DCW que realice tareas que no están cubiertas ni permitidas por la exención.
- Debo hablar con mis DCW sobre las horas en las que están trabajando para otros beneficiarios de la exención o para consumidores de servicios de asistentes de cuidados personales (PCA).
- Los DCW no pueden trabajar más de 50 horas por semana en total entre todos los empleadores sin una autorización de horas extras. Debo trabajar con mi administrador de casos o coordinador de servicios para enviar una solicitud de autorización de horas extras si son necesarias.
- No programaré a mi DCW para que trabaje más del límite de horas semanales permitido por los Requisitos de horas extras del programa de exención o de PCA, tal como se estipula en [130 CMR 422.000: Servicios de Asistentes de Cuidados Personales](#), el Boletín n.º 25 para Proveedores de la exención HCBS y cualquier Boletín para Proveedores de la Exención HCBS posterior. Esto incluye las horas que trabajan para otros beneficiarios de la exención o para consumidores de servicios de PCA.
- Si no cumplo con estas normas, MassHealth y el FI no serán responsables de pagarle a mis DCW, y seré yo el/la responsable de pagarles de mis propios fondos.
  - Los salarios que se pagan a mis DCW que prestan servicios de la exención de cuidados personales están establecidos mediante un contrato colectivo de trabajo entre el Sindicato Internacional de Empleados de Servicios (Service Employees International Union) Local 1199 y el Consejo para la Calidad de la Fuerza Laboral de Asistencia en el Hogar de PCA (PCA Quality Home Care Workforce Council).
  - Los salarios que se pagan a mis DCW que prestan servicios de la exención de acompañante para adultos, quehaceres, ayudante de quehaceres domésticos, apoyo individual y habilitación comunitaria, y apoyo de pares están establecidos por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS).

## Responsabilidades del intermediario fiscal

Entiendo que el FI

- Recibirá y procesará las planillas de horas trabajadas o los horarios de trabajo de mis DCW que se envíen utilizando la EVV.
- Hará pagos de nómina a mis DCW en mi nombre.
- Hará las retenciones correctas de los cheques de pago de mis DCW.
- Cuando corresponda, hará las deducciones por cuotas y tarifas del sindicato del PCA y enviará dichas cantidades al sindicato.
- Enviaré a las agencias correspondientes el dinero retenido de los cheques de pago de mis DCW.
- Pagaré por mí los impuestos federales, estatales y locales sobre la nómina.

- Pagaré por mí las tasas del seguro de desempleo.
- Adquiriré en mi nombre el seguro de compensación por riesgo laboral (*workers' compensation*) para cubrir a mis DCW.
- Obtendrá números de identificación del empleador (EIN).
- Completaré, presentaré y guardaré copias de los formularios de empleo requeridos.
- Me enviaré resúmenes de mis nóminas y mis presentaciones de impuestos.
- Me enviaré resúmenes (carátulas de la nómina) que describan el número de horas que se me autorizan para cada servicio autodirigido de la exención en la aprobación de mi exención, el número de horas que he usado para cada servicio y el número de horas que quedan en la aprobación de mi exención. Entiendo que puedo compartir esta información con mi DCW para que ambos sepamos si quedan suficientes horas en la aprobación de mi exención para que trabaje y reciba un pago.

## Mis responsabilidades como empleador de mis DCW

Entiendo que el FI realizará ciertas tareas relacionadas con ser empleador, pero que yo debo

- Completar toda la documentación solicitada por el FI. Entiendo que el FI no podrá pagar a mis DCW si no completé la documentación y no se la envié siguiendo sus instrucciones.
- Notificar al FI cada vez que contrate a un DCW o finalice la relación laboral, cada vez que me mude y cada vez que mis DCW se muden.
- Notificar al FI y a mi administrador de casos o coordinador de servicios de la exención ABI o MFP cuando sea admitido en un hospital, un centro de enfermería u otro centro hospitalario.
  - Entiendo que MassHealth y el FI no podrán pagar a mis DCW cuando yo esté en un hospital, un centro de enfermería u otro centro hospitalario.
  - Entiendo que cualquier pago hecho mientras esté en dichos establecimientos puede verse sujeto a alguna decisión tomada por MassHealth, que puede incluir la cancelación de mis servicios autodirigidos de la exención u otras sanciones, y puede causar la notificación a la Agencia de Investigaciones Especiales (BSI) o a la División de Fraude contra Medicaid de la Oficina del Fiscal General (MFD), o a ambas, para investigar casos de fraude.
- Notificar a mis DCW que recibirán sus pagos de manera electrónica mediante un depósito directo en su cuenta bancaria o mediante un servicio de tarjeta de débito ofrecido por el FI. El FI puede proporcionar los formularios necesarios para que mis DCW procesen los pagos electrónicamente.
- Informarle a mi DCW que no puede compartir una cuenta bancaria conmigo ni con mi representante.
- Asegurarme de que, cada semana, mis DCW firmen y completen sus planillas de horas trabajadas.
- Asegurarme de que cada planilla de horas trabajadas de mis DCW muestre los días y las horas correctos que han trabajado y el servicio prestado correcto.
- Enviar al FI las planillas de horas trabajadas de mis DCW, siguiendo las instrucciones del FI y en el plazo provisto por el FI.
- Usar el sistema de Verificación Electrónica de Visitas (EVV) en lugar de papel u otras planillas de horas trabajadas, tal como lo estipula MassHealth, a menos que mi DCW y yo calificemos para una exención de la EVV.
- Asegurarme de que mis DCW estén informados del requisito federal de utilizar la EVV para entregar planillas (a menos que estén aprobados para una exención de la EVV) y de que mi DCW complete, firme y envíe correctamente sus horas trabajadas de una forma que refleje con exactitud los días y las horas que mi DCW trabajó para mí.

*(Continúa en la página siguiente)*

 Firma del beneficiario de la exención \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario de la exención en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del beneficiario de la exención \_\_\_\_\_

ID del beneficiario de la exención (asignada por el FI) \_\_\_\_\_

O BIEN

 Firma del tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del tutor legal \_\_\_\_\_