

Programa de Asistente de Cuidados Personales (PCA)

Acuerdo del Proveedor de Servicios de PCA

Instrucciones e información importante

1. Antes de poder empezar a proveer servicios de PCA, todos los Asistentes de Cuidados Personales (PCA) del Programa de PCA de MassHealth deben leer y firmar este formulario y enviárselo a su Consumidor empleador.
2. El empleador de PCA (el Consumidor empleador) debe entregar este formulario al intermediario fiscal (FI), junto con todos los demás documentos que requieran el FI y MassHealth.
3. Antes de poder recibir el pago por proveer sus servicios como parte del Programa de PCA, los Proveedores de servicios de PCA deben completar todos los documentos de contratación de nuevos empleados y obtener un Número Único de Identificación (ID).
4. Los Proveedores de servicios de PCA deben ser elegibles para trabajar en Estados Unidos como PCA y ni MassHealth ni el FI les pagarán si no están autorizados para trabajar en Estados Unidos.
5. MassHealth no cubre los servicios de PCA si:
 - El Consumidor empleador está en un centro hospitalario, tal como un hospital o un centro de enfermería;
 - El Consumidor empleador está inscrito en un programa de cuidado temporal para adultos o de cuidado grupal temporal para adultos;
 - El Consumidor empleador no tiene una autorización previa (PA) de servicios de PCA;
 - El PCA está prestando un servicio no cubierto, conforme se estipula en 130 CMR 422.412;
 - El PCA está prestando otros servicios que MassHealth cubre;
 - Ya se agotó la cantidad de horas que MassHealth había autorizado; o
 - El PCA trabaja más del límite máximo de horas semanales según lo estipulado en 130 CMR 422.413(K).

El PCA debe leer, firmar y enviar este acuerdo antes de trabajar y de recibir su sueldo como participante del Programa de PCA.

Al firmar a continuación, entiendo que:

1. Como Proveedor de servicios de PCA de MassHealth, debo cumplir con los requisitos de elegibilidad para proveedores de servicios de PCA estipulados en 130 CMR 422.404(A)(1) y con lo estipulado en 130 CMR 422.404(B)(1) y 422.419(C) sobre la gama de servicios provistos por los proveedores de servicios de PCA.
2. **Mi empleador(a) es el Consumidor empleador. Mi empleador(a) NO son MassHealth, ni la Agencia de Supervisión de Cuidados Personales (PCM) ni el Intermediario Fiscal (FI).**
3. Mi Consumidor 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 que lo ayude a administrar sus servicios de cuidados personales. Debo notificarles a mi empleador y al representante o apoderado administrativo (si los hubiera), cualquier cambio en mi situación que pueda afectar mi capacidad de realizar mis labores como Proveedor de servicios de PCA.
4. Un Consumidor empleador no puede contratar, MassHealth no puede autorizar y el FI no puede pagarle a un PCA que se encuentre 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.

5. Mis documentos de contratación de nuevos empleados deben estar completos y procesados antes de que se me otorgue un Número de Identificación de PCA (PCA ID) y antes de poder recibir un sueldo como participante del Programa de PCA.
6. Debo ser elegible para trabajar en Estados Unidos, debo completar el Formulario I-9 de Verificación de Elegibilidad de Empleo y proporcionarle a mi Consumidor empleador copias de una forma de identificación válida con fotografía y documentos de autorización para el empleo. Los documentos mencionados deben probar que estoy autorizado(a) para trabajar en Estados Unidos, tal como lo exige el Departamento de Seguridad Nacional (DHS). Entiendo que el Intermediario Fiscal (FI) confirmará mi elegibilidad para el empleo utilizando E-Verify en nombre de mi Consumidor empleador. Entiendo que no me pagarán si no estoy autorizado(a) para trabajar en Estados Unidos.
7. Debo tener por lo menos dieciséis (16) años de edad.
8. MassHealth y el FI no pueden pagarme si me encuentro en la Lista de Personas y Entidades Excluidas (LEIE) que mantiene la Oficina del Inspector General (OIG) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o en la Lista de Proveedores Suspendidos o Excluidos de MassHealth.
9. Mi Consumidor empleador tiene derecho a solicitar una verificación de antecedentes de CORI o SORI como condición para emplearme y tomará la decisión de contratarme o no de acuerdo con la información que obtenga.
10. Mi Consumidor empleador determina la cantidad de horas que se me programan para trabajar cada semana. Entiendo que la cantidad de horas de trabajo que se me programen pueden ser menos que el total de horas previstas en la autorización previa (PA) de mi Consumidor empleador.
11. Mis salarios se establecen mediante un contrato colectivo de trabajo (CBA) entre 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, y el SEIU Local 1199 (el Sindicato), que representa a los PCA.
12. No seré elegible para recibir ningún pago diferencial, incluidos la tarifa por antigüedad o los diferenciales por cubrir necesidades de atención compleja, hasta que haya completado la *Orientación para el Nuevo PCA* (NHO) o que me hayan eximido del requisito de la NHO.
13. Debo cumplir con el reglamento de MassHealth y los requisitos federales respecto de la presentación de los Formularios de Actividades (también llamados “planillas de horas trabajadas”), incluida la utilización del sistema de Verificación Electrónica de Visitas (EVV), conforme lo exigen la ley federal y MassHealth.
14. El FI procesará la nómina por mi Consumidor empleador. Entiendo que debo inscribirme en Depósito Directo o que tengo la opción de inscribirme en una tarjeta de débito de nómina, a menos que haya solicitado y recibido una exención de este requisito. Si me van a pagar con cheques impresos, acepto que el FI emita los cheques a mi nombre y se los envíe a mi Consumidor empleador.
15. Es mi obligación notificarle inmediatamente al FI y a mi Consumidor empleador si llegara a cambiar cualquiera de mis datos de contacto, tales como mi nombre, dirección, correo electrónico, número de teléfono u otra información. Debo proporcionar inmediatamente mis datos de contacto actualizados a mi Consumidor empleador y al FI cada vez que cambie dicha información.
16. El Programa de PCA de MassHealth paga los servicios de cuidados personales que presta 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 empleador que sea elegible para recibir servicios de PCA y que haya obtenido una autorización previa (PA) de MassHealth para recibir servicios de PCA. Los servicios de PCA deben prestarse de

conformidad con lo estipulado en 130 CMR 422.410 del reglamento de MassHealth, con la autorización previa del consumidor empleador de servicios de PCA, así como también con la evaluación o reevaluación del PCA autorizada y con el acuerdo de servicios.

17. Mi Consumidor empleador me informará cuáles de las tareas detalladas en la autorización previa requieren mi asistencia física.
18. Entiendo que las ADL pueden incluir que se le preste asistencia física al Consumidor empleador de servicios de PCA para trasladarse, caminar, usar equipo médico, tomar medicamentos, bañarse y su higiene personal, vestirse y desvestirse, hacer ejercicios de rango de movimiento pasivo, comer e ir al baño. Entiendo que las IADL pueden incluir servicios en el hogar que son esenciales para cubrir las necesidades de atención del consumidor de servicios de PCA, tales como lavar la ropa, hacer compras, quehaceres domésticos, preparar la comida y limpieza, transporte a citas médicas, actividades como el mantenimiento de sillas de ruedas u otro equipo médico, completar la documentación requerida para recibir servicios de PCA y otras actividades aprobadas por MassHealth como esenciales para cubrir las necesidades de atención de la salud del consumidor de servicios de PCA.
19. Entiendo que debo cumplir con los límites de horas semanales del Programa de PCA, el cual limita la cantidad de horas que puedo trabajar por semana según el límite máximo de horas semanales estipulado en 130 CMR 422.413(K) sumando el total de todos los Consumidores empleadores para los que trabajo.
20. Entiendo que, si trabajo horas extras, debo cumplir con los requisitos del Programa de PCA sobre las horas extras y no puedo trabajar más de 50 horas en total por semana entre todos mis Consumidores empleadores sin tener una autorización de horas extras, y que por ninguna razón puedo trabajar más del límite máximo de horas semanales estipulado sumando el total de todos mis empleadores. Debo informarles a mis Consumidores empleadores cuando trabaje horas adicionales para otro Consumidor empleador, y todos mis Consumidores empleadores deben obtener una autorización para que un PCA trabaje más de 50 horas (pero sin exceder el límite máximo de horas semanales).
21. Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones, tales como la suspensión o la terminación de la relación laboral como Proveedor de servicios de PCA, por no cumplir con lo estipulado en 130 CMR 422.000 del reglamento del Programa de PCA de MassHealth; por ejemplo, no prestar los servicios cubiertos por el Programa de PCA de MassHealth, reiteradas faltas por incumplimiento del requisito de trabajar dentro del límite de horas semanales o de las horas extras autorizadas, de los requisitos de elegibilidad del proveedor o de cualquier otro requisito del programa.
22. Entiendo que no puedo recibir un sueldo como Proveedor de servicios de PCA si soy cónyuge, padre o madre (si quien recibe mis servicios de PCA es un menor de edad), representante o apoderado administrativo, padre o madre de crianza o pariente con responsabilidad legal (incluido un pariente que sea el tutor legal) del Consumidor empleador de los servicios de PCA.

Al proveerle los servicios de PCA que cubre MassHealth a mi empleador (el Consumidor de servicios de PCA), entiendo y acepto lo siguiente:

23. Si mi empleador tuviera una instrucción anticipada respecto a la prestación de atención en caso de que quedara incapacitado, acepto respetar los términos de dicha instrucción anticipada, a menos que, por una cuestión de conciencia, no la pudiera poner en práctica. Acepto no condicionar la prestación de cuidados ni discriminar a mi empleador según si la persona haya o no puesto en práctica una instrucción anticipada. Entiendo que no estoy obligado(a) a prestar servicios de cuidados que contradigan una instrucción anticipada.
24. Acepto mantener todos los archivos que sean necesarios para demostrar el alcance de los servicios que le proveo a mi Consumidor empleador, incluidos los Formularios de Actividades (también llamados “planillas de horas trabajadas”) y acepto proporcionarles, a su solicitud, copias de los

archivos que estén en mi poder y de toda la información respecto a los pagos que yo reclamare por prestar servicios de PCA a mi Consumidor empleador, a la agencia de Medicaid, al secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. o a la unidad de control 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:

25. Conforme a 42 CFR 455.104(a)(3), detallo a continuación toda 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 cualquier 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 a continuación en la Página 3.
26. Si MassHealth lo requiriera, acepto proveer información sobre las transacciones comerciales conforme a 42 CFR 455.105.
27. Conforme al estatuto estatal M.G.L. c.118E, § 36 y a los requisitos federales 42 CFR 455.106, al firmar este formulario, declaro que no he sido condenado(a) por delitos penales con mi participación en cualquier programa de Medicare, Medicaid ni los programas de servicios del Título XX.
28. Entiendo que determinadas relaciones entre mi Consumidor empleador 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 ni MassHealth ni el FI pueden cambiar dichos requisitos.

Información y declaración del proveedor

Por favor, marque una opción:

Las siguientes opciones describen mi relación laboral con mi empleador (el Consumidor de servicios de PCA). Seleccione solo una opción:	
☐	No tengo parentesco con mi Consumidor empleador
☐	Soy hijo o hija de mi Consumidor empleador
☐	Soy el padre o la madre de mi Consumidor empleador
☐	Tengo otro tipo de parentesco con mi Consumidor empleador (por favor, explique):

Por favor, marque una opción:

Conforme a 42 CFR 455.104(a)(3), detallo a continuación toda 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 cualquier 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 propietario(a) ni tengo el control de ninguna otra entidad proveedora de servicios a MassHealth.
- ☐ SÍ soy propietario(a) o tengo el control de otra entidad proveedora de servicios a MassHealth. La información sobre dicha(s) entidad(es) es la siguiente:

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. También certifico que entiendo mis deberes, derechos y obligaciones como PCA y que toda la información que he provisto a mi empleador (el Consumidor de servicios de PCA), al intermediario fiscal (FI), a la agencia de supervisión de cuidados personales (PCM) o a MassHealth es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones civiles o juicios penales por cualquier falsificación, omisión o encubrimiento de los hechos materiales contenidos en el presente documento.

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

Nombre del Consumidor en letra de imprenta: _____

Firma del Proveedor de servicios de PCA: _____

Nombre del Proveedor de servicios de PCA en letra de imprenta: _____

Fecha de la firma: _____