

**Nombre del Participante:** \_\_\_\_\_

**Representante autorizado** (si fuera aplicable): \_\_\_\_\_

Por la presente doy mi consentimiento para participar en el programa *Services My Way* del Departamento de Finanzas de la Atención Médica de Largo Plazo (DHCF, por sus siglas en inglés). Estoy de acuerdo con los siguientes términos y condiciones del programa *Services My Way* y acepto las responsabilidades involucradas en mi participación en el programa, como se detalla a continuación. Mi firma en este formulario indica que entiendo que:

### **PARTICIPACIÓN**

1. El programa *Services My Way* me ofrece opciones, el control y la oportunidad de administrar mis servicios dirigidos por el participante (PDS) (es decir, apoyos comunitarios dirigidos por el participante y bienes y servicios dirigidos por el individuo).
2. Mi participación en el programa *Services My Way* es completamente voluntaria.
3. Si decido dejar de participar en el programa *Services My Way*, podré hacer la transición al uso de los servicios tradicionales de asistentes de cuidado personal basados en agencias y no seré penalizado ni perderé ningún beneficio al que tenga derecho.
4. Si decido dejar de participar en el programa *Services My Way*, seré responsable de informar a mi Agente de soporte y al DHCF completando, firmando y enviando un Formulario de terminación voluntaria del participante.
5. Los apoyos comunitarios dirigidos por el participante (PDCS, por sus siglas en inglés) no se pueden proporcionar en un hospital, centro de enfermería, centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/ID, por sus siglas en inglés) o institución para enfermedades mentales (IMD, por sus siglas en inglés), o cualquier otro arreglo de vivienda que incluya personal Servicios de Asistencia de Cuidados (PCA) como servicio reembolsado.
6. Mi participación en el programa *Services My Way* sustituye la recepción servicios de asistencia de cuidados personales de una agencia de salud en el hogar y que mis servicios de asistencia de cuidados personales financiados por Medicaid con base en la agencia terminarán cuando me inscriba en el programa.
7. Una vez que empiece a recibir servicios a través del programa *Services My Way*, si continúo recibiendo recepción servicios de asistencia de cuidados personales de una agencia de salud en el hogar, seré responsable del pago de estos servicios.
8. El Programa *Services My Way* es un programa dirigido por el participante y debo poder autodirigir mi atención o designar a un representante autorizado para que actúe en mi nombre.
9. Puedo hacer a mi agente de apoyo u otro personal del programa *Services My Way* cualquier pregunta que tenga sobre el programa *Services My Way* y sobre mis derechos como participante del programa.



### **ELEGIBILIDAD DE MEDICAID**

10. El programa *Services My Way* es un programa financiado por Medicaid y si dejeo de ser elegible para Medicaid, entonces ya no seré elegible para participar en el programa *Services My Way*.
11. Mi empleado dirigido por el participante (PDW, por sus siglas en inglés) no puede seguir trabajando para mí a través del programa *Services My Way* si yo ya no soy elegible para Medicaid.
12. Medicaid no notificará al programa *Services My Way* ni a la entidad Proveedor F/EA FMS-Agente de Soporte si yo no soy elegible para Medicaid. Por lo tanto, soy responsable de informar a la entidad Proveedor F/EA FMS-Agente de soporte y asegurarme de que mis PDW no sigan funcionando si yo dejo de ser elegible para Medicaid.

### **RESPONSABILIDADES DEL PARTICIPANTE**

13. Mi PDW no puede seguir trabajando para mí si no completo, firmo y presento una Declaración de certificación de competencia de PDW a la entidad Proveedor F/EA FMS-Agente de soporte dentro de los veintinueve (21) días de contratación del PDW.
14. Recibiré una asignación mensual y desarrollaré un presupuesto de PDS con mi Agente de soporte para contratar PDW para proporcionar PDCS y comprar bienes y servicios dirigidos por el individuo relacionados con mis necesidades de cuidado personal y como se describe en mi exención de EPD Plan de servicio centrado en la persona (PCSP).
15. Reclutaré y contrataré PDW calificados para proporcionar mi PDCS y comprar bienes y servicios dirigidos por el individuo que mejor satisfagan mis necesidades, sujeto a la aprobación de DHCF, y que estén incluidos en mi presupuesto aprobado de PCSP y PDS.
16. Elegiré quién proporciona mi PDCS y yo o mi Representante autorizado seremos el empleador de derecho común de los PDW que contrate.
17. Yo soy el responsable de administrar mi presupuesto mensual de PDS, no mi agente de soporte.
18. Soy responsable de asegurarme de que los PDS que recibo (PDCS y bienes y servicios dirigidos por personas) sean los que figuran en mi presupuesto de ISP y PDS aprobado.
19. Todos los turnos de Verificación electrónica de visitas (EVV) del PDW y las facturas de los proveedores para bienes y servicios dirigidos por personas deben coincidir con lo que se aprobó en mi presupuesto de PCSP y PDS y cualquier actualización.
20. Si necesito ayuda con mi presupuesto de PDS mensual o cualquier informe que reciba sobre mi presupuesto de PDS, mi agente de soporte me brindará orientación.



21. Recibiré un informe mensual de gastos presupuestarios de PDS de la entidad Proveedor F / EA FMS-Agente de Soporte que informará el monto total de mi presupuesto de PDS y los gastos que se hayan realizado en el mes del informe y el año hasta la fecha y el saldo restante. Usaré este informe para administrar mi presupuesto de PDS.
22. No debo gastar en exceso mi presupuesto anual de PDS.
23. Si gasto en exceso mi presupuesto de PDS anual relacionado con los PDCS proporcionados por mis PDW, tendré que reembolsar a la entidad Proveedor F / EA FMS-Agente de soporte el monto del excedente pagado a mi (s) PDW (s).
24. Si gastara de más mi presupuesto anual de PDS relacionado con bienes y servicios dirigidos por personas, o comprara un bien o servicio no aprobado en mi presupuesto de PDS, seré responsable de pagar el costo de las compras no permitidas y / o el costo de las cantidades aprobadas.

#### **RESPONSABILIDADES DE LA ENTIDAD PROVEEDOR F / EA FMS-AGENTE DE SOPORTE**

25. La entidad Proveedor F / EA FMS-Agente de Soporte procesará y desembolsará los cheques de nómina a mis PDW en mi nombre.
26. Estoy obligado por ley a pagar impuestos relacionados con el empleador por los PDW que contrate. Mi presupuesto mensual de PDS se utilizará, en parte, para pagar los impuestos relacionados con el empleador. Utilizaré a la entidad Proveedor F / EA FMS-Agente de Soporte para ayudarme a pagar estos impuestos relacionados con el empleador.
27. Podré obtener ayuda de mi Agente de soporte para asegurarme de que mi presupuesto mensual de PDS se esté utilizando correctamente y que yo, o mi Representante autorizado, nos desempeñemos como un empleador eficaz de derecho común.

#### **ELEGIBILIDAD para OTROS PROGRAMAS DE ASISTENCIA**

28. Ni mis beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) ni mi Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) se verán afectados por mi participación en el programa *Services My Way*.
29. Mi presupuesto mensual de PDS no se contará como ingreso ni como recurso para la elegibilidad de SSI o SNAP durante mi participación en el programa *Services My Way*.
30. Puedo dejar de participar voluntariamente en el programa *Services My Way* en cualquier momento. Esta decisión no afectará mis beneficios de SSI y SNAP. Sin embargo, si tengo fondos presupuestarios de PDS mensuales no gastados, se devolverán al Distrito.
31. Mi participación en el programa *Services My Way* no afectará mi elegibilidad para la vivienda si vivo en un complejo de viviendas subsidiadas o recibo asistencia para el alquiler.



32. Mi participación en el programa *Services My Way* no afectará mi elegibilidad para recibir servicios de otras agencias de salud y servicios humanos del Distrito de Columbia.
33. Los fondos de mi presupuesto mensual de PDS pueden contarse como ingresos o activos para la elegibilidad del programa de préstamos para educación postsecundaria durante mi participación en el programa *Services My Way*. Estos programas de préstamos incluyen: el Programa Federal de Préstamos Perkins, el Programa Federal de Trabajo y Estudio, el Programa Federal de Subvenciones para Oportunidades de Educación Suplementaria, el Programa Federal de Préstamos para la Educación de la Familia (FFEL) y el Programa Federal de Subvenciones Pell. Entiendo que es mi responsabilidad consultar con mi oficial de préstamos para saber si mi elegibilidad para préstamos de educación postsecundaria se verá afectada por mi participación en el programa *Services My Way*.

### **TERMINACIÓN DEL PROGRAMA**

34. Si hago un mal uso de mi presupuesto mensual de PDS, seré referido al Protocolo de Remediación, Capacitación y Terminación del Participante del DHCF y es posible que sea transferido involuntariamente de regreso a los servicios tradicionales de asistencia de cuidado personal de la agencia. Mi caso puede ser remitido a la Unidad de Control de Fraudes contra Medicaid de la Oficina del Inspector General de DC para su investigación. El fraude a Medicaid es un delito grave y puede dar lugar a sanciones sustanciales y/o encarcelamiento.
35. Si no cumplo con las reglas y requisitos federales, DC, *Services My Way* y Medicaid, fracción 1915 (c) sobre la exención de EPD, seré referido al Protocolo de Remediación, Capacitación y Terminación del Participante de DHCF y puedo ser transferido involuntariamente a los servicios tradicionales de asistencia de cuidado personal basados en agencias.
36. Si decido que el programa *Services My Way* no es adecuado para mí, puedo volver a recibir los servicios tradicionales de asistencia de cuidado personal de la agencia sin penalización ni pérdida de los beneficios a los que de otro modo tengo derecho.

Acepto cumplir con las pautas, directivas y procedimientos emitidos por el programa *Services My Way* y proporcionar la información que solicite la entidad Proveedor F / EA FMS-Agente de soporte, mi agente de soporte y/o el Departamento de financiamiento de la atención médica.

\_\_\_\_\_  
*Firma del participante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del representante autorizado/tutor legal  
(poder notarial, si corresponde)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

