

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

Dirección de correo electrónico del Participante: \_\_\_\_\_

La entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) - Agente de apoyo son responsables de trabajar en colaboración para garantizar que:

1. El participante reciba los servicios dirigidos por el participante (PDS) necesarios.
2. El Participante reciba los apoyos necesarios de la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA)
3. Los PDS se proporcionan de acuerdo con los principios rectores de la dirección del participante, el Programa *Services My Way* y las reglas y requisitos de exención de EPD, fracción 1915 (c) de Medicaid y de acuerdo con el plan de servicio centrado en la persona aprobado y autorizado del Participante y el presupuesto de PDS.

¿Tendrá el Participante un Representante Autorizado que actúe como Empleador de Derecho Común de sus Empleados calificados Dirigidos por el Participante (PDW)?

Sí       No

Si la respuesta es "Sí", complete el *Formulario de designación de representante autorizado*.

## **I. Requerimientos**

**Para convertirme en un empleador de derecho común, yo, el participante/representante-empleador, entiendo:**

1. Que el Programa *Services My Way* me permite a mí (o a mi Representante Autorizado) ejercer autoridad para tomar decisiones sobre el PDS (es decir, apoyos comunitarios dirigidos por el participante (PDCS) y bienes y servicios dirigidos por el individuo) autorizados en mi plan de servicio y presupuesto de PDS, ambos centrados en la persona.
2. Que el Participante/Representante-Empleador elige y acepta la responsabilidad de autodirigir el PDS del Participante y, por lo tanto, es reconocido como el "Empleador de derecho común" de los PDW contratados para proporcionar el PDS del Participante.
3. Que la participación en este programa como Participante o Representante-Empleador depende de la inscripción del Participante en el Programa *Services My Way*. Si el Participante ya no está inscrito en la Exención de EPD párrafo 1915 (c) de Medicaid o en el Programa *Services My Way*, la participación del Participante/Representante-Empleador en el Programa *Services My Way* terminará.
4. El papel como "Empleador de derecho consuetudinario" de PDW y cómo trabajar con la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) bajo contrato con DHCF.



5. Que la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) realizará pagos en mi nombre, incluidos
  - a. Preparar y girar cheques de nómina del PDW,
  - b. Presentar y pagar las retenciones de impuestos federales y estatales sobre la renta y los impuestos del seguro de desempleo (por ejemplo, la retención del impuesto sobre la renta distrital y los impuestos del seguro de desempleo e impuestos federales de Medicare y Seguro Social (FICA) y los impuestos del seguro de desempleo (FUTA)
  - c. Pagar las primas del seguro de compensación para trabajadores y
  - d. Administrar tareas relacionadas y procesar y pagar facturas de proveedores de bienes y servicios dirigidos por individuos que son servicios autorizados de acuerdo con el plan centrado en la persona del Participante y el presupuesto de PDS.
6. El Participante/Representante-Empleador autoriza a la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) para enviar la información protegida sobre el estado de salud (PHI) electrónicamente o en papel a Omnicaid, el Agente fiscal de Medicaid para el Distrito de Columbia, con el fin de transmitir reclamaciones de servicios aprobados dirigidos por personas (servicios de apoyo comunitario dirigidos por el participante (PDCS) y bienes y servicios dirigidos por personas) que el participante recibe a través del programa. La entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) manejará la PHI de acuerdo con sus prácticas de privacidad publicadas y de acuerdo con los requisitos del Acuerdo de socio comercial (BAA) de DHCF.
7. Que el Participante/Representante-Empleador ha recibido y comprende la orientación, capacitación e información escrita que se me ha proporcionado con respecto al uso de PDS y apoyos proporcionados por la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) bajo la regulación de Medicaid §1915 (c) exención de EPD.
8. Que el programa *Services My Way* es un programa financiado por Medicaid. Si llegara a perder la elegibilidad para Medicaid, informaré al Programa *Services My Way* y a la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA), y no ordenaré a ningún PDW que trabaje o incurra en bienes o servicios dirigidos por personas a partir de la fecha en que pierda la elegibilidad para Medicaid.
9. Que si ya no puedo actuar como empleador de derecho consuetudinario, se me puede ayudar a seleccionar un representante autorizado o acceder a otro modelo de gestión de servicios y que cooperaré plenamente con cualquier plan de transición para satisfacer las necesidades descritas en mi plan de servicios centrado en la persona.
10. Que la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) establecerá y mantendrá los archivos actuales del Participante/Representante-Empleador Autorizado y PDW de manera segura y confidencial según lo requieran las reglas y regulaciones federales y distritales y el Participante/Representante-Empleador haga lo mismo, según sea necesario.
11. Que cualquier envío falso de hojas de asistencia de PDW o facturas de proveedores de bienes y servicios dirigidos por las personas en un intento de obtener un pago indebido puede remitirse a la Unidad de Control de Fraudes contra Medicaid de la Oficina del Inspector General de DC

Iniciales del participante \_\_\_\_\_



para su investigación como fraude contra Medicaid. El fraude a Medicaid es un delito grave y puede dar lugar a sanciones sustanciales y/o encarcelamiento.

12. Que debo cumplir con los impuestos federales y estatales, los seguros, el programa DHCF *Services My Way Program* y Medicaid §1915 (c) las reglas y requisitos de exención de EPD y los requisitos de la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA).
13. Si no debo cumplir con los requisitos federales, estatales o del Programa de *Services My Way* de DHCF, y las reglas y requisitos de la Exención de EPD §1915 (c) de Medicaid, seré referido para el proceso de Remediación, Capacitación y Terminación de DHCF.

**Para convertirse en un empleador de derecho consuetudinario, el participante/representante-empleador debe:**

1. Tener al menos 18 años de edad.
2. Participar en toda la orientación y capacitación requeridas.
3. Firmar todos los acuerdos requeridos con la DHCF y la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA).
4. Aceptar realizar todas las tareas descritas en el Formulario de designación de representante autorizado, si el empleador de derecho consuetudinario es el representante autorizado.
5. Aceptar trabajar con el administrador de casos de exención del Participante para desarrollar y revisar el plan de servicio centrado en la persona del Participante.
6. Acordar trabajar con el Agente de soporte del Participante para desarrollar, revisar y monitorear el presupuesto de PDS del participante, según sea necesario.

**Para convertirse en un empleador de derecho consuetudinario, el participante/representante-empleador debe asumir la responsabilidad total y legal de:**

1. Inscribirse en la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) y completar todos los trámites estatales, federales y requeridos por el programa que se encuentran en el *Paquete de inscripción del participante/representante -empleador autorizado y el Paquete de inscripción del proveedor de bienes y servicios dirigidos por el individuo, y de empleo del trabajador dirigido por el participante* con asistencia, según sea necesario, de la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA).
2. Reclutar, entrevistar, contratar y capacitar únicamente a PDW calificados. Asegurarse de que todos los PDW contratados cumplan con las calificaciones y reciban capacitación del empleador de derecho común y que el empleador de derecho común complete y firme la *Declaración de certificación de competencia de PDW* para cada PDW calificado contratado dentro de los 21 días posteriores a la contratación.

Iniciales del participante \_\_\_\_\_



## ACUERDO PARTICIPANTE/ EMPLEADOR-REPRESENTANTE

3. Validar y asegurarse de que los proveedores seleccionados para proporcionar bienes y servicios dirigidos por personas cumplan con los criterios descritos en la Exención EPD de Medicaid §1915 aprobada por el Distrito de Columbia.
4. Negociar la tarifa salarial para PDW dentro de los rangos salariales establecidos por la DHCF. Las tarifas salariales determinadas para los PDW deben desarrollarse de acuerdo con las reglas y regulaciones del Departamento de Trabajo de Estados Unidos y del Departamento de Servicios de Empleo de DC, incluida la Ley de Salario Digno de DC de 2006.
5. Determinar el horario de trabajo para los PDW del Participante de acuerdo con el plan de servicio centrado en la persona y el presupuesto del PDS aprobados por el Participante.
6. Determinar las tareas que realizarán los PDW del Participante, incluido cómo y cuándo se realizarán las tareas relacionadas con el servicio de acuerdo con el plan de servicio centrado en la persona del Participante y el presupuesto del PDS.
7. Orientar y capacitar a los PDW de los Participantes.
8. Desarrollar un Plan de PDW de respaldo de emergencia y designar un PDW de respaldo de emergencia para cubrir las horas de PDW cuando el PDW principal no pueda presentarse a trabajar por cualquier motivo.
  - a. Completar el *Formulario de designación de PDW de respaldo de emergencia* para cada PDW calificado que desee y pueda brindar cobertura cuando el PDW principal no pueda presentarse a trabajar por cualquier motivo. Este formulario debe ser completado y enviado a la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) y conservarlo en el archivo del Participante/Representante-empleador.
  - b. Monitorear el plan de PDW de respaldo de emergencia del participante y el personal para verificar su efectividad y actualizar el plan y las designaciones de PDW de respaldo de emergencia, según sea necesario.
9. Revisar, aprobar y firmar las hojas de reporte de horas laboradas de los PDW calificados y las solicitudes de pago de proveedores de bienes y servicios dirigidas por individuos de manera precisa y oportuna. A partir del 7 de diciembre de 2020, poseer o adquirir una dirección de correo electrónico válida y utilizar el sistema de verificación electrónica de visitas (EVV) del distrito con el fin de aprobar/validar el tiempo laborado por su(s) PDW(s).
10. Validar/Aprobar las horas laboradas en el sistema EVV del Distrito y enviar las solicitudes de pago del proveedor de bienes dirigidos por el individuo a la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) para su procesamiento y pago de acuerdo con el *Programa de día de pago y envío de la hoja de tiempo/EVV del PDW* y el *Programa de envío y pago de facturas de proveedores de bienes y servicios dirigidos por el individuo* y de acuerdo con los requisitos de día de pago del Departamento de Servicios de Empleo de DC.
11. Validar/Aprobar tiempo en el sistema EVV del Distrito y enviar solicitudes de pago de proveedores de bienes y servicios dirigidos individualmente solo para bienes y servicios

Iniciales del participante \_\_\_\_\_



## ACUERDO PARTICIPANTE/ EMPLEADOR-REPRESENTANTE

aprobados en el plan de servicio centrado en la persona del Participante y el presupuesto de PDS.

- a. Entender que si el Participante / Representante-Empleador gasta en exceso el presupuesto anual de PDS del Participante relacionado con los servicios de apoyo comunitario dirigidos por el participante (PDCS) proporcionados por los PDW, el Participante/Representante-Empleador debe reembolsar a la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) por el monto del excedente.
  - b. Entender que si el Participante/Representante-Empleador gasta en exceso el presupuesto anual de PDS del Participante relacionado con bienes y servicios dirigidos por el individuo, o compra un bien o servicio no aprobado en el presupuesto de PDS del Participante, el Participante/Representante-Empleador será responsable de pagar el costo de las compras no permitidas y/o el costo sobre los montos aprobados.
12. Gestionar las tareas del día a día realizadas por PDWs contratados por el Participante/Representante-Empleador.
  13. Despedir a los PDW contratados por el Participante/Representante-Empleador por una causa justa y notificar inmediatamente al agente de soporte sobre el despido completando y enviando el *Formulario de Cambio/Cancelación de Información del PDW*.
  14. Realizar un seguimiento de la utilización de PDCS de acuerdo con mi ISP autorizado de exención y presupuesto de PDS y comunicar a la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA) cualquier pregunta.
  15. Notificar a mi Agente de soporte de cualquier cambio que pueda requerir un cambio en el plan de servicio centrado en la persona del Participante y el presupuesto de PDS. Cualquier cambio necesario en el plan de servicio centrado en la persona del Participante y en el presupuesto del PDS también debe informarse al administrador de casos de exención del Participante y al agente de apoyo.
  16. Notificar al Agente de soporte de FMS del proveedor intermediario de servicios financieros y laborales cuando sospeche o tenga conocimiento de cualquier problema de fraude a Medicaid o abuso financiero relacionado con el uso de los fondos presupuestarios del PDS del Participante.
  17. Cooperar con el agente de apoyo del participante y el administrador de casos de exención para realizar el monitoreo del servicio con la frecuencia mínima indicada en la exención de Medicaid §1915 (c) EPD.
  18. Informar los incidentes a mi agente de soporte de acuerdo con los requisitos de la DHCF.
  19. Responder a las encuestas sobre mi satisfacción con la recepción de los servicios de PDS y a la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA).
  20. Participar en toda la orientación y capacitación requeridas ofrecidas por DHCF y su designado.

Iniciales del participante \_\_\_\_\_



21. No hacer que se realice trabajo y esperar el pago a través del Programa *Services My Way* para PDW y proveedores de bienes y servicios dirigidos por individuos antes de que se haya completado toda la documentación requerida, incluida cualquier verificación de antecedentes.
22. Enviar la Declaración de certificación de competencia de PDW dentro de los 21 días posteriores a la contratación de un PDW.
23. Recibir, leer y comprender la siguiente información:
  - a. El plan de servicio centrado en la persona del Participante y el presupuesto de PDS; y
  - b. La Guía del participante de DHCF.

### **Certificación**

Al firmar a continuación, doy fe, como Participante/Representante-Empleador, que he leído en su totalidad este Acuerdo de Participante/Representante-Empleador, rubriqué cada página y comprendo la información incluida en este Acuerdo.

Entiendo que debo firmar y devolver este Acuerdo (y conservar una copia para mis registros personales) como condición para participar en el Programa *Services My Way* y que no puedo completar la inscripción en el Programa hasta que este Acuerdo se complete y se devuelva a la entidad intermediaria de soporte para el servicio de gestión financiera (FMS) de los agentes proveedores de servicios fiscales/laborales (F/EA). Además, al firmar a continuación, certifico que entiendo lo que se me exige y acepto cumplir con sus términos y condiciones.

Además, entiendo y acepto que la violación de cualquiera de los términos y/o condiciones de este Acuerdo puede resultar en la terminación de este acuerdo y mi participación en el Programa *Services My Way* de DHCF.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Participante*

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

\_\_\_\_\_  
*Firma del Representante autorizado (si aplica)*

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

\_\_\_\_\_  
*Firma del Agente de soporte*

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

