



## ACUERDO PARA SERVICIOS - SERVICIOS DE APOYO BASADOS EN EL HOGAR (HBS)

### Acuerdo Para Servicios

Este acuerdo es entre \_\_\_\_\_,  
de aquí en adelante conocido como "Individuo", y \_\_\_\_\_,  
de aquí en adelante conocido como el "Proveedor de Servicios".

### 1. TÉRMINO

Este Acuerdo de Servicios será efectivo desde \_\_\_\_\_ Fecha de Comienzo  
y el 30 de junio de 200 \_\_\_\_\_ (fecha final), o fecha final más temprana \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_.

### 2. PROVISIONES GENERALES

- A. El Proveedor de Servicios realizará servicios específicos para implementar el plan de servicios como se indica más adelante en la Sección 4, SERVICIOS Y PAGOS.
- B. El Proveedor de Servicios acepta todas las responsabilidades al ser proveedor de Medicaid como se especifica en el Acuerdo del Proveedor del Programa de Exención (Program Waiver) para participar en el Programa de Asistencia Médica de Illinois. Esto incluye entre otros requisitos, proveer servicios específicos, documentar la hora y la fecha cuando se proveyeron los servicios y documentar cómo los servicios aplican al plan de servicio individual.
- C. El Proveedor de Servicios proveerá servicios específicos y facturas de acuerdo con los requisitos de los programas de Medicaid en Illinois y Servicios de Apoyo Basados en el Hogar Para Adultos y Niños (*Adult and Children's Home Based Support Services - HBS*).
- D. El Individuo o Proveedor de Servicios puede, cada 30 días con aviso por escrito de su intención de hacerlo, terminar este acuerdo. Puede estar exento de este requisito debido a una causa, tales como acusaciones de abuso o negligencia, no hacer el trabajo, fraude, o rendimiento no satisfactorio. En tales casos, la cancelación puede ser inmediata.

### 3. CERTIFICACIÓN DEL CONTRIBUYENTE

Bajo pena de perjurio, el Proveedor de Servicio certifica que el nombre (como se indica arriba), el número de identificación federal del contribuyente (Taxpayer) y el siguiente estatus legal es correcto.

Número de Identificación Federal del Contribuyente: \_\_\_\_\_

Estatus Legal: (marque uno)

- Dueño único de propiedad
- Asociación
- Hospital exento de impuestos o Institución de cuidado extendido
- Corporación que provee o factura servicios de cuidado médico y / o de salud
- Corporación que NO provee o factura servicios de cuidado médico y / o de salud
- Entidad de Gobierno
- Propiedad o fideicomiso o fiduciario legal
- Corporación extranjera, asociación, propiedad o fideicomiso o fiduciario
- Otro \_\_\_\_\_



## ACUERDO PARA SERVICIOS - SERVICIOS DE APOYO BASADOS EN EL HOGAR (HBS)

### Acuerdo Para Servicios

#### SERVICIOS Y PAGOS

A. El Proveedor de Servicios está de acuerdo en proveer al Individuo nombrado arriba:

Tipo de Servicio	Código	Unidades Máximas Por Mes	Tarifa por Unidad	Costo Máximo Mensual
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

1. El Departamento a favor del individuo, pagará al Proveedor de Servicios por los servicios actuales provistos hasta el costo mensual máximo, como se indica en la parte A. arriba y el servicio mensual máximo del individuo.
2. El Proveedor de Servicios es responsable por los pagos de impuestos federales y del estado.
3. Los deberes y obligaciones del Departamento y los pagos del Departamento de cualquier dinero a continuación, dependen del registro en la exención (*waiver*) del individuo, y la aprobación del presupuesto ejecutivo del Departamento por la Asamblea General de Illinois y el gobernador del estado de Illinois.

#### 4. FIRMAS

Las siguientes firmas certifican que el Individuo y el Proveedor de Servicios nombrados arriba están de acuerdo con todas las provisiones indicadas en este Acuerdo de Servicios.

Firma del Individuo / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor de Servicios: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección del Proveedor: \_\_\_\_\_

Yo por este medio autorizo este Acuerdo de Servicios y verifico que está de acuerdo con el Plan de Servicios del Individuo.

Firma del Facilitador de Servicios de HBS: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

CC: Servicios Individual y Intercesor de Apoyo