

# Paquete de Revalidación

## IMPACT

Documentación de Revalidación Obligatoria	¿Quién lo firma?
<a href="#">IL488-1413: HSP Acuerdo de Proveedor</a>	Proveedor
<a href="#">IL488-2262: Acuerdo de Proveedor del Programa de Exención</a>	Proveedor
<a href="#">IL488-2263: Formulario de Inscripción de IP de IMPACT</a>	Proveedor
<a href="#">IL488-2252: Pólizas de Pago para Proveedores Individuales</a>	Proveedor y Cliente
Identificación con Foto Válida Emitida por el Gobierno – Ejemplo: Licencia de Conducir	Proveedor
Prueba de Verificación del Seguro Social – Ejemplo: Número de Seguro Social (SSN)	Proveedor

### **Instrucciones**

1. **Firme y feche todos los documentos.**
2. Devuelva los documentos completos a su oficina local antes de la fecha límite de revalidación.
3. Todos los documentos son requeridos para la revalidación.
4. El formulario IL488-2252 debe ser completado para cada cliente con el que el IP esté trabajando.



**PROGRAMA DE SERVICIOS EN EL HOGAR - ACUERDO DEL PROVEEDOR DE HSP**

**ACUERDO DEL PROVEEDOR DEL PROGRAMA DE SERVICIOS EN EL HOGAR (HSP 1413)  
PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA DE ILLINOIS**

Como un Proveedor Individual para el Programa de Servicios en el Hogar del Departamento de Servicios Humanos de Illinois, Yo acepto en inscribirme como un Proveedor del Programa de Exención de Medicaid para ser compensado por los servicios y cumplir con todas las condiciones contenidas dentro de este acuerdo.

Como un Proveedor del Programa de Exención de Medicaid, Estoy de acuerdo con:

- cumplir con todos los requisitos establecidos en los Reglamentos Sobre Pago al Proveedor Individual (IL488-2252), el Acuerdo del Proveedor Para el Programa de Exención (IL488-2262 Exención IMPACT), y el Formulario Para Inscripción del Proveedor Individual en el Sistema IMPACT (IL488-2263);
- no discriminar en la prestación de servicios basado por motivos de sexo, raza, color, origen de nacionalidad o discapacidad;
- cumplir con los requisitos del Ayudante Personal (PA), Ayudante de Enfermera/o Certificada/o (CNA), Enfermera/o Graduada/o (RN), y/o Enfermera/o Práctica/o con Licencia (LPN) como se establece en el 89 III. Código Administrativo 686.10, y/o en el 77 III. Código Administrativo 395;
- cumplir con el Sistema de Verificación de Visitas Electrónicas y de Registro de Horas Trabajadas (EVV) de HSP según lo encomendado por la Ley SMART 97-0689, Sección 5.5(f) y (g);
- ser exacto, completo y veraz en completar la HOJA DE HORAS DE LOS SERVICIOS EN EL HOGAR (IL488-2251), y firmando el formulario IL488-2251, yo acepto en ser totalmente responsable por la información que el formulario contiene (Cualquier facturación falsa o fraudulenta presentada, o cualquier encubrimiento de la información relevante para el pago de estas facturas pueden ser enjuiciados bajo las leyes estatales y federales correspondientes);
- mantener una copia de la HOJA DE HORAS DE LOS SERVICIOS EN EL HOGAR completada(IL488-2251), y cualquier otros archivos relacionados con la facturación de los servicios pagados por la División de Servicios de Rehabilitación (Estos archivos deben conservarse por lo menos tres (3) años a partir de la fecha en que el servicio fue facturado);
- notificar a IDHS-DRS si hay un sobrepago por cualquier servicio brindado y devolver cualquier sobre pago al Estado de Illinois.

Yo estoy de acuerdo que si la información brindada fuera incompleta, incorrecta o falsificada, puede ser motivo para mi terminación como un Proveedor de IDHS-DRS bajo el Programa de Servicios en el Hogar.

**Para ser completado por el Proveedor Individual**

Todos los espacios son requeridos y **se deben completar**. Por favor escriba claramente para evitar retrasos.

Por favor seleccione el tipo de servicio que se ha brindado: (seleccione todos los que se aplican)

(PA)

(CNA)

(RN)

(LPN)

Ayudante Personal

Ayudante de Enfermera/o Certificada/o

Enfermera/o Graduada/o

Enfermera/o Práctica/o con Licencia

Nombre Completo en Letras de Imprenta:  
(Como aparece en la Identificación) \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor Individual: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Cliente de HSP: \_\_\_\_\_

**Para ser completado por la Oficina Regional de HSP**

Todos los espacios son requeridos y **se deben completar**. Por favor escriba claramente para evitar retrasos.

Número del Distrito de HSP del Cliente: \_\_\_\_\_

Número del Caso de HSP del Cliente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Ubicación de la Oficina de HSP: \_\_\_\_\_

Nombre en Letras de Imprenta del Personal de HSP: \_\_\_\_\_

Título de Trabajo del Personal de HSP: \_\_\_\_\_

Firma del Personal de HSP: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## ACUERDO DEL PROVEEDOR PARA EL PROGRAMA DE EXENCIÓN

### Aviso Para Inscripción a los Proveedores del Programa Exención de Medicaid en el Sistema IMPACT

Illinois implementó un nuevo sistema electrónico para la inscripción de los proveedores en julio del 2015. El nuevo sistema basado en la web conocido como Programa Tecnología Avanzada en Nube de Medicaid de Illinois (IMPACT). IMPACT será utilizado por todos los proveedores del Programa de Exención de Medicaid que tienen negocios con Illinois. Se requiere que todo los proveedores individuales que buscan ofrecer servicios en el Programa de Exención de Medicaid de la División Servicios de Rehabilitación de DHS (DHS-DRS), se inscriban en IMPACT. DHS inscribirá a los proveedores individuales en el sistema IMPACT. Para poder completar la inscripción, DHS obtendrá la información necesaria del proveedor individual. El proveedor individual al firmar el Acuerdo de Proveedor del Programa de Exención está de acuerdo con los términos y condiciones del acuerdo de la Asociación Comercial en el Sistema de Inscripción de Proveedores IMPACT. Puede encontrar la versión completa de los Términos y Condiciones de Inscripción del Proveedor en IMPACT en [http://www.illinois.gov/hfs/impact/Documents/PE\\_Terms\\_Conditions.pdf](http://www.illinois.gov/hfs/impact/Documents/PE_Terms_Conditions.pdf).

### ACUERDO DEL PROVEEDOR DEL PROGRAMA DE EXENCIÓN

CONSIDERANDO \_\_\_\_\_, de aquí en adelante, "Proveedor", está inscrito con el Departamento  
(Imprima el nombre legal completo)

Cuidado de Salud y Servicios Para Familias, de aquí en adelante, "HFS", como un proveedor elegible del Programa de Asistencia Médica; y

CONSIDERANDO, que el proveedor se inscribe con la División de Servicios de Rehabilitación (DHS-DRS) (de aquí en adelante, "Agencia de Exención) del Departamento de Servicios Humanos, como proveedor en la Exención para personas con discapacidades, personas con Lesiones Cerebrales, y o Personas con VIH/SIDA.

CONSIDERANDO, que el Proveedor desee presentar reclamaciones por los servicios prestados a los clientes de Cuidado de Salud y Servicios de Familia elegibles por medio de la Agencia de Exención. El proveedor está de acuerdo para permitir que la Agencia de Exención actúe en su nombre para inscribir al Proveedor como Proveedor en el Programa de Asistencia Médica de Illinois. Bajo pena de perjurio, el proveedor certifica que la información proporcionada para completar la inscripción, es correcta. La Agencia de Exención tendrá la autoridad para completar la solicitud electrónica mediante el sistema Programa Tecnología Avanzada en Nube Medicaid de Illinois (IMPACT). La Agencia de Exención mantendrá registros de inscripción del proveedor en IMPACT incluyendo, pero no se limita a, la actualizar la información, realizar cambios en la inscripción del proveedor y revalidar la información de inscripción. La Agencia de Exención tendrá la autoridad legal para ejecutar los términos y condiciones del acuerdo de la Asociación Comercial en el Sistema de Inscripción de Proveedores IMPACT.

POR LO TANTO, el proveedor está de acuerdo con las siguientes estipulaciones

1. El proveedor, en forma continua, debe cumplir con todas las disposiciones actuales y futuras como se establece en los manuales del programa que aplican / acuerdos con la Agencia Administrativa de Exención apropiada, Asistencia Médica de Illinois o Agencia de Exención, como corresponda, deberán notificar al proveedor de los cambios en los reglamentos 30 días antes de la fecha efectiva del cambio, a menos que haya una emergencia, según se define en la Ley de Procedimientos Administrativos, o el cambio es para cumplir con la ley o reglamentos del Estado o federales.
2. El proveedor deberá, en forma continua, cumplir con las normas de concesión de licencias o certificación que aplican contenidas en las leyes o regulaciones estatales.
3. El proveedor deberá cumplir con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley para Americanos con Discapacidades de 1990 y los reglamentos publicados en virtud del mismo que prohíben discriminación por sexo, raza, color, origen nacional o discapacidad.
4. El proveedor deberá, en forma continua, cumplir con las normas federales indicadas en el Título XIX de la Ley Seguro Social y también con todas las leyes y reglamentos federales y estatales que aplican.
5. El proveedor facturará a la Agencia de Exención por los servicios de Asistencia Médica cubiertos; la Agencia de Exención arreglará para pagar por los servicios cubiertos por Asistencia Médica de Illinois, como se indica en la Ley del Seguro Social Sección 1902 (a) (27) y (a) (32).
6. El pago al proveedor en virtud de este acuerdo constituirá el pago completo. Cualquier pago de otros orígenes recibidos por el proveedor se indicará como un crédito y se deducirán de los cobros del proveedor.
7. El proveedor será plenamente responsable de la veracidad, exactitud e integridad de todas los reclamos de pagos presentados por vía electrónica o en papel. Además, el proveedor se compromete a revisar, estampará la firma original, conservará en sus archivos la certificación de la facturación. Cualquier reclamación o reclamaciones falsas o fraudulentas cualquier hecho material que se oculta puede ser procesado bajo las leyes federales y estatales que aplican.
8. El proveedor deberá mantener todos los registros necesarios para revelar completamente la naturaleza y el alcance de los servicios prestados a los particulares en los artículos V, VI y VII del Código de ayudas públicas. El proveedor mantendrá dichos registros durante no menos de seis (6) años a partir de la fecha de servicio o como lo requieran las leyes federales y estatales, lo que sea más largo, y se presente estos registros de acuerdo con la solicitud cuando así lo solicite Asistencia Médica de Illinois, la Agencia de Exención o sus designados. Si se inicia una auditoría de asistencia médica de Illinois o la Agencia de Exención, el proveedor deberá conservar todos los registros originales hasta que la auditoría se ha completado y todos los asuntos de auditoría se resuelvan, incluso si el período de retención se extiende más allá del tiempo necesario.

(Continúe en la siguiente página)



**ACUERDO DEL PROVEEDOR PARA EL PROGRAMA DE EXENCIÓN**

(Acuerdo del Programa de Exención - Continuación)

9. Si no es un practicante, el proveedor deberá cumplir con las regulaciones federales que requieren revelar la apropiación y el control que se encuentra en 42 CFR parte 455, Subparte B.
10. El proveedor deberá agotar todas las otras fuentes de reembolso como lo requiere reglamento del programa de asistencia médica antes de solicitar reembolso de Asistencia Médica de Illinois.
11. El Proveedor será totalmente responsable de todo pago en exceso a Asistencia Médica de Illinois y la Agencia de Exención que puedan derivarse de la facturación del proveedor a Asistencia Médica de Illinois y la Agencia de Exención. El proveedor será responsable de notificar sin demora a la Asistencia Médica de Illinois y Agencia de Exención de todo pago en exceso de los cuales el proveedor tenga conocimiento. La Asistencia Médica de Illinois y la Agencia de Exención recuperarán los pagos en exceso por compensación, acreditando contra futuras facturaciones o exigiendo la devolución directa a la Asistencia Médica de Illinois y la Agencia de Exención.
12. No ha habido una transferencia prohibida en el interés del propietario o el proveedor, por un pariente que su participación en el programa ha sido terminada o prohibida de acuerdo a 305 ILCS 5/124.25.
13. El proveedor deberá suministrar al Programa de Asistencia Médica de Illinois o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (de aquí en adelante, "HHS") cuando lo piden, la información relacionada con las transacciones comerciales de acuerdo con 42CFR 455.105 párrafo (b). El proveedor se compromete a presentar, dentro de los 35 días después de la fecha que se solicita dicha información relacionada con transacciones comerciales, de acuerdo a 42 CFR 455.105 párrafo (b). El Proveedor se compromete a presentar, dentro de los 35 días después de la fecha de dicha solicitud hecha por el programa de Asistencia Médica de Illinois o HHS, información completa acerca de: (1) la propiedad de cualquier subcontratista con el que el proveedor ha tenido transacciones comerciales que suman más de \$ 25.000 durante el periodo de 12 meses que terminan en la fecha de la solicitud; y (2) las transacciones comerciales significativas entre el proveedor y cualquier proveedor de propiedad total o significativa entre el proveedor y sus subcontratistas, durante el período de 5 años que terminan en la fecha de la solicitud.
14. Falsificar a sabiendas u ocultar deliberadamente información sobre la solicitud de inscripción de proveedores y / o del Acuerdo de Participación, puede ser causa para la terminación de la participación en el Programa de Asistencia Médica de Illinois.
15. El Proveedor, si es un proveedor del Programa Servicios del Hogar, por las definiciones y los requisitos del 89 III Código Administrativo de la Parte 686, deberá mantener el cumplimiento de las partes aplicables del Anexo D más recientemente actualizado al acuerdo de subvención del Departamento de Servicios Humanos - (disponible en <http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=29741>).
16. El Proveedor (si es un hospital, asilo de ancianos, cuidados paliativos, proveedor de cuidados de salud en el hogar o proveedor de servicios de cuidados personales) deberá cumplir con los requisitos federales, que se encuentran en 42 CFR Parte 489, Subparte I, en relación con mantener el reglamento escrito y proveer información escrita a los pacientes sobre instrucciones anticipadas.

La siguiente firma certifica que el proveedor acepta todas las disposiciones como se indican en el Acuerdo del Proveedor del Programa de Exención para la participación en el programa Asistencia Médica de Illinois.

Nombre del Proveedor (Imprima Nombre Legal Completo): \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos del Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Identificador Nacional del Proveedor (NPI): (Sólo aplica a CNA, LPN, y RN) \_\_\_\_\_

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Nota:** Este formulario solo aplica a los proveedores individuales que prestan servicio bajo Programa Servicios en el Hogar de la División Servicios de Rehabilitación.



Estado de Illinois  
 Departamento de Servicios Humanos  
 División de Servicios de Rehabilitación - Programa de Servicios en el Hogar  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDOR INDIVIDUAL IMPACT**

(Solo para uso de Oficina)

**Instrucciones para completar este formulario**

**Los Asistentes Personales, CNA, LPN, RN deben:**

1. Sección A: Responder todas las preguntas.
2. Sección B: Responder todas las preguntas
3. Sección C: Responder todas las preguntas si es un LPN o RN.
  - o Proporcionar un numero de licencia valido para demostrar que esta certificado.
  - o Proporcionar NPI (Identificador Nacional del Proveedor) para estar registrado en el sistema IMPACT.
  - o Si no tiene un NPI, obtengalo en: <https://nppes.cms.hhs.gov>
  - o Utilice los codigos de taxonomia a continuacion sequen su especialidad.
    - **LPN** : 164W00000X      **RN** : 163W00000X
4. Sección D: Responder todas las preguntas
  - o Si no esta seguro de como responder alguna de las preguntas, por favor responda **con N?A en los comentarios.**
5. **Firme en la parte inferior de todas las páginas.**

**A: Información del Proveedor Individual (Escriba de manera clara)**

Nombre:	Apellido:	
Últimos cuatro dígitos del NSS:	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:	Correo Electronico /Email:	
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Telefono de Casa:	Telefono movil:	

**B. Informacion del proveedor**

<b>Tipo de Proveedor:</b> PA <input type="checkbox"/> CNA <input type="checkbox"/> LPN <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/>	<b>Genero al Nacer:</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	<b>Identidad de Genero:</b> Homb <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Non-binary <input type="checkbox"/> Genero No-Conforme <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero No Responder <input type="checkbox"/>
<b>Preferencia de Comunicacion:</b> Tel. Movil <input type="checkbox"/> Tel. de casa <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> TTY <input type="checkbox"/> Video Llamada <input type="checkbox"/>	<b>Preferencia de Pronombre:</b> El/suyo <input type="checkbox"/> Ella/suya <input type="checkbox"/> Ellos/Ellas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> <input type="text"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/>	<b>Preferencia de Idioma:</b> Ingles <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> <input type="text"/>
		<b>Preferencias de correo:</b> Braille <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/>

**C: Informacion del LPN/RN**

Numero de Licencia (solo LPN/RN):	NPI (solo LPN/RN):	Notas adicionales:(si las hay)
-----------------------------------	--------------------	--------------------------------

**Firme abajo**

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Estado de Illinois  
 Departamento de Servicios Humanos  
 División de Servicios de Rehabilitación - Programa de Servicios en el Hogar  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDOR INDIVIDUAL IMPACT**

**D: Questionnaire for PA/CNA/LPN/RN (If you're unsure of how to respond, please comment N/A)**

	PREGUNTA	SI	NO	COMENTARIOS
1.	Si es un proveedor de fuera del estado que proporcionó atención de emergencia a un participante de Medicaid de Illinois, puede solicitar una inscripción retroactiva desde la fecha en que se prestaron los servicios. Si es así, ingrese la fecha solicitada para ser considerada en el campo de comentarios. Las solicitudes de inscripción deben presentarse dentro de los 45 días posteriores a la fecha del servicio para ser consideradas para una fecha de inscripción retroactiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	¿Desea poner una fecha de finalización para su inscripción? Si es así, ¿qué fecha?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	¿Actualmente está excluido de algún programa de Illinois o de otro estado? Si es así, indique el estado de exclusión y el programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	¿Actualmente está excluido de algún programa federal? Si es así, indique el programa y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	¿Alguna vez ha tenido una condena penal? Si es así, indique el tipo de condena y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	¿Alguna vez ha tenido una sentencia bajo alguna ley de reclamaciones falsas? Si es así, indique la sentencia y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	¿Ha sido certificado o recertificado por Medicare en el último año? Si es así, indique la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	¿Ha sido certificado por el programa de Medicaid de otro estado? Si es así, indique cada estado y la fecha de certificación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	¿Alguna vez ha tenido una exclusión o inhabilitación de un programa? Si es así, indique el programa y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	¿Alguna vez ha tenido una sanción monetaria civil? Si es así, indique el tipo de sanción y la fecha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	¿Es usted propietario del 5% o más en otras entidades reembolsables por Medicaid y/o Medicare? Si es así, proporcione los detalles en el paso "Agregar Detalles de Propiedad".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	¿Ha tenido algún acuerdo, sentencia o liquidación por mala práctica? Si es así, indique el monto en dólares y las fechas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	¿Es usted un APN (Anestesiólogo RN Certificado, Partera de Enfermería, Enfermero Clínico Especializado, NP) o un Analista de Comportamiento Certificado por la Junta o Técnico de Comportamiento Registrado empleado fuera de un BHC y tiene un Acuerdo de Colaboración? Si es así, proporcione el NPI(s) del proveedor colaborador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	¿Está inscrito en el Programa de Vacunas para Niños (VFC) y tiene una especialidad/subespecialidad distinta a OB, GYN, OB/GYN? Si es así, proporcione la fecha de inscripción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	¿Tiene seguro de responsabilidad profesional? Si es así, proporcione el nombre de su aseguradora y el límite de cobertura de la póliza por cada incidente y en total.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	Si se está inscribiendo como farmacéutico, ¿ha completado un programa de capacitación acreditado por ACPE relacionado con la iniciación, dispensación o administración de medicamentos, pruebas de laboratorio, evaluaciones, derivaciones y consultas para el VIH? Si es así, ingrese la fecha en que completó la capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17.	Si se está inscribiendo como farmacéutico, ¿ha completado un programa de capacitación acreditado por ACPE relacionado con la autoevaluación de riesgos del paciente, evaluación del paciente, consejería y educación sobre anticonceptivos, y dispensación de anticonceptivos hormonales? Si es así, ingrese la fecha en que completó la capacitación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## REGLAMENTOS SOBRE PAGOS A PROVEEDORES INDIVIDUALES

Los clientes del Programa Servicios en el Hogar (Home Services Program - HSP) y proveedores individuales tienen la responsabilidad de completar con exactitud y firmar todas las hojas de asistencia del proveedor individual. Para completar las hojas de asistencia se requiere que ambas partes firmen y verifiquen que la información contenida es correcta. Si al completar estos documentos se comete fraude, dará lugar a una investigación formal por parte del Grupo de Trabajo de Medicaid (Medicaid Task Force), con posible proceso judicial por la Policía del Estado de Illinois (ISP). Este documento provee información importante para completar la hoja de asistencia.

Se requiere que cada proveedor individual tenga un paquete de empleo en el expediente de cada cliente que le emplea con los servicios requeridos en el hogar.

El número de Seguro Social del proveedor individual se verificará. Se informará a aquellos que tengan un número de Seguro Social sin verificar que no pueden comenzar a trabajar o seguir trabajando como un proveedor individual.

Solamente puede pagarse a los proveedores individuales por las horas que trabajaron para el cliente por medio del Plan de Servicio del HSP. Si se factura por horas que no se trabajaron eso constituye fraude al Medicaid. Los Proveedores Individuales deben usar el Sistema de Verificación Electrónica y Control de Visitas Electrónicas (EVV) de HSP según lo ordenado por SMART Act 97-0689, Sección 5.5 (f) y (g).

Los servicios que se proporcionan en el hogar son para los clientes que tienen un Plan de Servicio de HSP. Los servicios para los miembros de la familia, huéspedes, animales, etc., no serán reembolsados.

El Plan de Servicio indica cuántos días al mes el cliente requiere tareas específicas. Los horarios de trabajo deberán seguir el Plan de Servicio, que puede incluir horas para tareas diarias tales como cuidado personal, higiene, preparación de alimentos, etc. Sin embargo, existe cierta flexibilidad en las horas facturadas por día, como ocasiones en las que el cliente necesita que su proveedor individual modifique sus horas.

- Un ejemplo de una hoja de asistencia que no ha sido completada adecuadamente sería cuando el proveedor individual factura el total de horas disponibles durante un sólo período de pago del mes.

Las horas trabajadas en exceso del Plan de Servicio HSP no serán autorizadas sin la autorización previa del consejero del cliente. Se requiere que el proveedor individual realice sólo aquellas tareas que se indican en el Plan de Servicio y dentro del plazo de tiempo aprobado.

Al Proveedor individual sólo se le puede pagar por horas y tareas realizadas en el hogar del cliente

- La tarea fuera del hogar solo se aprobará si el cliente no tiene las facilidades adecuadas en la hogar, Los ejemplos incluyen: Proveedor individual que usa un servicio de lavandería si el cliente no tiene lavadora y secadora, banco y compra de comida.
- En ningún caso, el Proveedor Individual puede ser autorizado por horas y tareas que se realizaron en el hogar del Proveedor Individual. Ejemplos de tareas prohibidas dentro de la casa del proveedor individual incluyen: lavar la ropa, preparar la comida del cliente o la supervisión del cliente.

Las horas trabajadas en exceso de diez y seis horas en un periodo de veinticuatro hora no serán autorizadas sin la aprobación del consejero del cliente Esta limitación los dieciséis años horas no se aplica a los proveedores individuales que proporcionan servicios de respiro.

Los proveedores individuales no pueden trabajar si el cliente se encuentra fuera del hogar, por ejemplo, si se encuentra en un asilo, está hospitalizado, está de vacaciones, etc. Sin embargo, hay algunas excepciones que se permiten, tales como con consentimiento previo y si cumple con los reglamentos. Por favor comuníquese con el consejero para resolver cualquier duda antes de arriesgar que no se le pague por el servicio.

Está estrictamente prohibido para el transporte de un cliente en el automóvil individual del proveedor u otro modo de transporte **MIENTRAS REALIZA CUALQUIER DEBER COMO PROVEEDOR INDIVIDUAL**. Los clientes deben buscar y asegurar medios alternativos de transporte, como el uso de los recursos de la familia o el transporte público. Cualquier manejo por parte de un proveedor individual es bajo su propio riesgo.

Los proveedores individuales no se les permite subcontratar. La subcontratación es la práctica de dejar que otra persona trabaje en su lugar, poniendo el tiempo en su hoja de horas y luego pagándolas usted mismo.. Esto no sólo es una práctica ilegal sino que también causa problemas con la retención de fondos para el Seguro Social. A cada proveedor individual se le pagará sólo por servicios que él o ella proporcionó directamente al cliente.

Es en contra de las reglas administrativas para los familiares legalmente responsable para servir como proveedor individual para los clientes de HSP.. Esto incluye la pareja o esposo(a) que trabaja para su esposo(a) con discapacidades, niños menores de 18 años que trabajan para sus padres con discapacidades; o un padre, madre, padrastro, madrastra o padre adoptivo que trabaja como proveedor individual de su hijo con discapacidades menor de 18 años. Los proveedores individuales y clientes pueden solicitar una aclaración en cualquier momento que haya una preguntas o preocupación acerca de este asunto.



## REGLAMENTOS SOBRE PAGOS A PROVEEDORES INDIVIDUALES

Los proveedores individuales no pueden cobrar al HSP por las mismas horas trabajadas cuando tiene otro empleo. Esto incluye trabajar para otros clientes de HSP o como proveedor de cuidado de niños pagado por medio del Departamento de Servicios Humanos. Esto constituye un fraude y será procesado legalmente por la ley como tal.

Los clientes nunca deben pre-muestra las hojas de tiempo y se espera que revisar la exactitud de las fechas y horas trabajado antes de presentar la hoja de tiempos en el último día de la ventana de la nómina. Las hojas de tiempos enviadas con horas que aún no han sido trabajadas serán devueltas al cliente y podrían retrasar los pagos del proveedor individual.

Los proveedores individuales no están obligados a tener su cheque de nómina co-firmado por el cliente, incluso si el cheque es enviado por correo a la dirección del cliente

Los proveedores individuales no firmarán las hojas de asistencia en nombre del cliente, a menos que sea el representante autorizado, apoderado o sea el tutor legal. Los clientes nunca deberán firmar la hoja de asistencia, en nombre del proveedor individual.

Los proveedores individuales y clientes deberán presentar las facturas a tiempo con el fin de asegurar el pago firmarán las hojas de asistencia recibidas cinco (5) días hábiles después de la fecha de finalización del servicio probablemente retrasen el pago. El fracaso reiterado de un proveedor individual para cumplir con este requisito se considerará como evidencia de la incapacidad del cliente para cooperar con HSP debido a la falta de supervisión adecuada el proveedor individual.

Los Proveedores Individuales pueden obtener verificaciones de empleo del Estado de Illinois La información es limitada, pero incluye: los ingresos brutos para cada período de pago durante el tiempo solicitado, la tasa de pago por hora, salario total ganado durante los últimos doce meses, el número de seguro social, dirección, ciudad, estado, y el código postal. Todas las solicitudes de verificación de empleo deben solicitarse por escrito. La oficina local proporcionará la dirección donde la solicitud puede enviarse por fax o por correo.

Los proveedores individuales deberán usar la línea gratuita de Información para Proveedores llamando al 1-800-804-3833 siempre y cuando, se necesite información relacionada a los cheques. Este sistema puede verificar que la información de facturación se haya recibido y el pago se haya procesado, incluyendo la fecha que se espera reciba el cheque. Las llamadas telefónicas a las oficinas locales durante los ciclos de pago potencialmente pueden retrasar pagos a los proveedores individuales debido al volumen de registro de datos que el personal tiene que someter.

Los Asistentes Personales (AP) están cubiertos por el sindicato o unión por negociación colectiva por medio del Sindicato Internacional para Empleados de Servicios (SEIU) Cuidado de Salud de Illinois / Indiana (según dispuesto por el Acuerdo de Negociación Colectiva de SEIU con el Estado de Illinois). Durante cada período de pago, se tomará una deducción del salario del AP para cubrir uno de los siguientes: (1) costos de membresía para afiliarse al SEIU o (2) una deducción justa "fair share deduction" si el AP no se afilia al SEIU. Las cuotas de afiliación, participación justa y máxima cantidad de cuotas mensuales se publican en la sección de Información para los proveedores de servicios de rehabilitación en la página "Para Proveedores" en [www.dhs.state.il.us](http://www.dhs.state.il.us). Si tiene preguntas sobre esta reglamentación, comuníquese con SEIU al 1-866-933-7348.

Se recomienda a los clientes y a los proveedores individuales que se comuniquen con la oficina HSP local para hablar sobre cualquier pregunta sobre facturación o preocupación antes de presentar las hojas de asistencia para pagos. Este paso adicional promoverá pagos precisos y oportunos al Proveedor Individual.

Yo confirmo que la información indicada arriba ha sido revisada y se entiende.

\_\_\_\_\_  
 Nombre impreso y firma del cliente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Nombre impreso y firma del proveedor individual

\_\_\_\_\_  
 Fecha