



VERIFICACIÓN DE VISTAS ELECTRÓNICA - (EVV) DECLARACIÓN JURADA DE CUIDADOR RESIDENTE

La Ley Federal 21st Century CURES Act requiere que todas las agencias estatales de Medicaid implementen la Verificación Electrónica de Visitas (EVV), un sistema basado en la web que garantiza que las personas reciban sus servicios autorizados de Medicaid verificando las visitas del Trabajador de Apoyo Personal (PSW) y documentando el momento preciso en que comienzan y terminan los servicios. La orientación federal permite a los estados eximir a los cuidadores que viven en el mismo hogar que el miembro de Medicaid/cliente del programa que recibe servicios del requisito EVV.

Para ser elegible para la exención de Cuidador Residente EVV de IDHS-DDD, un Trabajador de Apoyo Personal (PSW) financiado a través de la Exención de Apoyo para Niños y Jóvenes Adultos de IDHS-DDD o la Exención para Adultos con Discapacidades del Desarrollo de IDHS-DDD debe ser determinado como un proveedor de atención individual bajo un programa de exención estatal de Medicaid para Servicios en el Hogar y la Comunidad definido en la [Notificación del IRS 2014-7](#), o cumplir con los requisitos de cuidador residente, ya sea permanentemente o por un período prolongado, según lo establecido en el Departamento de Trabajo de EE. UU. ([Hoja informativa #79B: Trabajadores de Servicio Doméstico Residentes bajo la Ley de Normas Justas de Trabajo](#)). Las definiciones de permanentemente y período prolongado se proporcionan a continuación.

En Illinois, el Formulario de Declaración Jurada de Cuidador Residente EVV de un PSW es administrado por la agencia proveedora (Agencia PSW) o la entidad de Servicios de Administración Financiera (FMS), también conocida como ACES\$, mediante la recopilación del formulario de declaración jurada firmado y mediante una revisión anual de la documentación que respalda la residencia del cliente y del PSW. Un cambio de dirección o un cambio en el estado de convivencia debe ser reportado de inmediato, dentro de los 5 días posteriores al cambio en el arreglo de vivienda, por el Empleador de Registro (EOR) a la agencia proveedora o a ACES\$ para garantizar que el Formulario de Declaración Jurada de Estado de Convivencia EVV esté actualizado y sea preciso.

Documentación aceptable de la residencia del cliente y del PSW (Elija una de las siguientes):

- Copia de la licencia de conducir actual del estado de IL, identificación del estado o identificación con foto;
- Registro de vehículo o tarjeta de registro de votante;
- Factura de servicios públicos u otro recibo de hogar que muestre el nombre y la dirección del cliente;
- Dirección en las declaraciones de impuestos federales o estatales o reembolsos;
- Extracto bancario;
- Registros de Medicaid;
- Correo de proveedores de servicios médicos cuando la dirección esté claramente indicada;
- Tarjeta de Identificación escolar (si la dirección está claramente indicada en la tarjeta de identificación);
- Otros documentos, previa aprobación de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).

Al firmar el Formulario de Declaración Jurada de Cuidador Residente EVV adjunto, el Empleador de Registro (EOR) y el PSW del cliente están declarando que cumplen con cualquiera de las definiciones de residente establecidas por el Departamento de Trabajo de EE. UU. ([Hoja informativa #79B: Trabajadores de Servicio Doméstico Residentes bajo la Ley de Normas Justas de Trabajo](#)).

- Un PSW es un proveedor de atención individual que recibe pagos bajo un programa estatal de Medicaid calificado según lo definido para proveer atención en la [Notificación del IRS 2014-7d](#) a un cliente que vive en el hogar del PSW.
- Un PSW reside permanentemente en las instalaciones del cliente cuando el PSW vive, trabaja y duerme en las instalaciones del cliente los siete días de la semana y, por lo tanto, no tiene hogar propio
- Un PSW reside en las instalaciones del cliente por un período prolongado cuando el PSW vive, trabaja y duerme en las instalaciones del cliente durante cinco días a la semana (120 horas o más). Si un PSW pasa menos de 120 horas por semana trabajando y durmiendo en las instalaciones del cliente, pero pasa consistentemente cinco días o noches consecutivos residiendo en las instalaciones, esto también constituye un período prolongado.
- Este formulario se utilizará para terminar la exención de Cuidador Residente cuando el arreglo de convivencia entre el PSW y el cliente ya no cumple con la definición de Cuidador Residente.

Tenga en cuenta que falsificar o tergiversar información en el Formulario de Declaración Jurada de Cuidador Residente EVV puede resultar en la desafiliación del programa correspondiente (Servicios en el Hogar - HBS), la terminación del empleo del PSW, la Recuperación del pago del PSW y/o el caso podría ser entregado a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid de la Policía Estatal de Illinois (ISP - MFCU) para una mayor investigación por fraude. Además, el cliente podría perder su derecho a autodirigir servicios y se le podría requerir que utilice servicios de PSW basados en agencia.



**VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE VISITAS (EVV)
DECLARACIÓN DE CUIDADORES CON CAMA ADENTRO**

Como se indicó anteriormente, tenga en cuenta que presentar este formulario de declaración jurada es un requisito anual para permanecer exento bajo la exención de Cuidador RESidente EVV. Es responsabilidad del PSW y/o del empleador presentar el Formulario de Declaración Jurada de Exención Cuidador Residente anualmente.

Información del cliente y del trabajador de Apoyo Personal (PSW):

Nombre del cliente:	
Número de Identificación del Cliente (número de Medicaid):	
Nombre del PSW	
Últimos Cuatro Dígitos del Número de Seguro Social (SSN) del PSW:	
Dirección Compartida:	

Información del Proveedor de la Agencia/Servicios de Administración Financiera (FMS)

Nombre de la Agencia proveedora / Vendedor de Servicios de Administración Financiera (FMS):	
ID del Proveedor de Medicaid:	

Para ser elegible para la exención de Cuidador Residente EVV de IDHS-DDD, un cuidador directo debe cumplir con alguna de las definiciones establecidas en el Departamento de Trabajo de EE. UU. ([Hoja informativa #79B: Trabajadores de Servicio Doméstico Residentes bajo la Ley de Normas Justas de Trabajo](#)).

Seleccione el estado a continuación que corresponda al cuidador directo:

- Declaro que soy un proveedor de atención individual que recibe pagos bajo un programa estatal de Medicaid calificado según lo definido en la [Notificación del IRS 2014-7](#) para la atención que brindo a un cliente que vive en el hogar del PSW.
- Residencia Permanente:** Resido permanentemente en las mismas instalaciones que el cliente a quien presto servicios al vivir, trabajar y dormir en las instalaciones los siete días de la semana, y no tengo hogar propio.
- Residencia Permanente:** Resido permanentemente en las mismas instalaciones que el cliente a quien presto servicios por un periodo prolongado al vivir, trabajar y dormir en las instalaciones durante al menos cinco días (120 horas) por semana, O paso menos de 120 horas por semana trabajando y durmiendo en las instalaciones, pero paso consistentemente cinco días consecutivos o noches residiendo en las instalaciones.
- Terminación:** Estoy terminando mi Exención de Cuidado Residente porque el arreglo de convivencia entre el cliente yo y el cliente ya no cumple con la definición de Cuidador Residente.

Al firmar este documento, afirmo que, según mi leal conocimiento y entender, la información en este formulario es verdadera y precisa. Entiendo que falsificar información puede resultar en la desafiliación del programa correspondiente, la terminación del empleo del PSW, la recuperación de pagos del PSW y/o el caso podría ser entregado a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid de la Policía Estatal de Illinois (ISP - MFCU) para una investigación adicional por fraude. Además, el cliente podría perder su derecho a servicios de autodirección y se le podría requerir que utilice servicios de PSW basado en agencia.

Una vez que este formulario esté completado, firmado y fechado, entréguelo a su Agencia PSW/ACCESS para su procesamiento y aprobación

Firmas y fechas:

FIRMAS	FECHAS
PSW:	Fecha:
Empleador de Registro (EOR):	Fecha:
PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:	Fecha Efectiva: