



## VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE VISITAS (EVV)

### DECLARACIÓN DE CUIDADORES CON CAMA ADENTRO

La ley federal CURES Siglo 21 exige que todas las agencias estatales de Medicaid implementen la verificación electrónica de visitas (EVV), un sistema basado en la web que asegura que las personas reciben sus servicios autorizados de Medicaid a través de la verificación de las visitas del Trabajador de apoyo personal (PSW) y la documentación de los horarios precisos de inicio y fin de los servicios. Las directrices federales permiten que los estados exceptúen a los cuidadores que viven en la misma vivienda que el miembro de Medicaid/cliente del programa que recibe servicios del requisito EVV.

Para acceder a la excepción de EVV para cuidadores con cama adentro de la División de Discapacidades de Desarrollo (DDD) del Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS), debe determinarse que el PSW financiado a través de la Dispensa de apoyo a niños y jóvenes o la Dispensa de adultos con discapacidades del desarrollo del DDD es un prestador de cuidado individual de un programa estatal de Dispensa de servicios de Medicaid basados en el hogar o en la comunidad como está definido en la [Notificación del IRS 2014-7](#), o cumplir con los requisitos de cuidador con cama adentro **en forma permanente** o durante un **período extenso de tiempo**, tal como lo establece el Departamento de Trabajo de EE. UU. ([Hoja informativa #79B: Trabajadores de servicio doméstico con cama adentro en virtud de la Ley de normas de trabajo justo](#)). A continuación se indican las definiciones de **en forma permanente** y **período extenso de tiempo**.

En Illinois, el Formulario de declaración de EVV de cuidadores con cama adentro del PSW es administrado por la agencia prestadora (Agencia PSW) o por la entidad de Servicios de gestión financiera (FMS), también conocida como ACES\$, a través de la recopilación del formulario de declaración firmada y **una revisión anual de la documentación respaldatoria de la residencia del cliente y el PSW**. Cualquier cambio de domicilio o cambio del estado debe ser rápidamente informado, dentro de los 5 días del cambio en el arreglo de vivienda, por parte del Empleador Registrado (EOR) a la agencia proveedora o a ACES\$ para asegurar que el Formulario de declaración de EVV de cuidadores con cama adentro sea actualizado y exacto.

La documentación aceptable de la residencia del cliente y el PSW (elijá una de las siguientes):

- Copia de la licencia de conducir del estado de Illinois, identificación estatal o identificación fotográfica;
- Inscripción del vehículo o tarjeta de registro de votante;
- Factura de servicios públicos u otra factura del hogar donde se indique el nombre y el domicilio del cliente;
- Domicilio en declaraciones federales o estatales del impuesto a la renta, o reembolsos;
- Extracto de cuenta bancario;
- Registros de Medicaid;
- Correo de proveedores de servicios médicos cuando la dirección esté claramente indicada;
- Tarjeta de Identificación de la Escuela (si la dirección está claramente indicada en la tarjeta de identificación);
- Otra documentación sujeta a la aprobación de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD).

Con la firma del Formulario de declaración de EVV de cuidadores con cama adentro, el cliente y su PSW declaran que cumplen con las definiciones de cama adentro establecidas por el Departamento de Trabajo de EE. UU. ([Hoja informativa #79B: Trabajadores de servicio doméstico con cama adentro en virtud de la Ley de normas de trabajo justo](#)):

- Un PSW es un prestador individual de cuidados que recibe pagos en virtud de un programa estatal de Medicaid calificado tal como lo define la [Notificación del IRS 2014-7](#) para cuidados brindados a un cliente que vive en el hogar del PSW.
- Un PSW vive en las instalaciones del cliente **en forma permanente** cuando el PSW vive, trabaja y duerme en las instalaciones del cliente los siete días de la semana y, en consecuencia, no tiene un hogar propio.
- Un PSW vive en las instalaciones del cliente durante un **período extenso de tiempo** cuando el PSW vive, trabaja y duerme en las instalaciones del cliente durante cinco días por semana (120 horas o más). Si un PSW pasa menos de 120 horas por semana trabajando y durmiendo en las instalaciones del cliente, pero constantemente pasa cinco días o noches consecutivas viviendo en las instalaciones, esto también constituye un período extenso de tiempo.
- Este formulario se utilizará para cancelar la exención del cuidador interno cuando el arreglo de vivienda entre el PSW y el cliente que ya no cumple con la definición de cuidador interno

Tenga en cuenta que falsificar o tergiversar información en el Formulario de declaración de EVV de cuidadores con cama adentro puede resultar en la expulsión del programa correspondiente (Servicios basados en el hogar, HBS), la desvinculación del PSW, el reembolso de pagos por parte del PSW y/o el caso podría ser elevado a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid de la policía del estado de Illinois (ISP - MFCU) para que investigue el fraude en profundidad. Asimismo, el cliente podría perder su derecho a autocontrolar los servicios y ser obligado a usar los servicios de un PSW basado en una agencia.

Como se indicó anteriormente, tenga en cuenta que enviar este formulario de certificación es un requisito anual para permanecer exento bajo la exención EVV Live-In Caregiver. Es responsabilidad del PSW y/o del empleador presentar anualmente el Formulario de declaración de exención del cuidador interno.



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

**Información del cliente y el trabajador de apoyo personal (PSW):**

Nombre del cliente:	
Número de identificación de beneficiario del cliente (número de Medicaid):	
Nombre del PSW	
Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN) del PSW:	
Dirección compartida:	

**Información de la agencia prestadora/proveedor de servicios de gestión financiera (FMS)**

Agencia prestadora / Nombre del proveedor FMS:	
Identificación del prestador de Medicaid:	

Para acceder a la exención de EVV para cuidadores con cama adentro, un cuidador directo debe cumplir cualquiera de las dos definiciones establecidas por el Departamento de Trabajo de EE. UU. ([Hoja informativa #79B: Trabajadores de servicio doméstico con cama adentro en virtud de la Ley de normas de trabajo justo](#)).

A continuación, seleccione el estado que sea aplicable al cuidador directo:

- Declaro que soy un prestador individual de cuidados que recibe pagos en virtud de un programa estatal de Medicaid calificado tal como lo define la [Notificación del IRS 2014-7](#) para cuidados brindados a un cliente que vive en el hogar del PSW.
- Con cama adentro en forma permanente:** Yo vivo en forma permanente en las mismas instalaciones que el cliente a quien le brindo los servicios, y vivo, trabajo y duermo en las instalaciones los siete días de la semana, y no tengo un hogar propio.
- Con cama adentro durante períodos extensos de tiempo:** Yo vivo en las mismas instalaciones que el cliente a quien le brindo los servicios durante un período extenso de tiempo, y vivo, trabajo y duermo en las instalaciones durante cinco días (120 horas) por semana como mínimo, **O** paso menos de 120 horas por semana trabajando y durmiendo en las instalaciones, pero constantemente paso cinco días o noches consecutivas viviendo en las instalaciones.
- Terminación:** Estoy cancelando mi Exención de Cuidado de Residente porque el arreglo de vivienda entre el cliente y yo ya no cumple con la definición de Cuidador de Residente.

Al firma este documento, declaro que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que falsificar información puede resultar en la expulsión del programa correspondiente, la desvinculación del PSW, el reembolso de pagos por parte del PSW y/o el caso podría ser elevado a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid de la policía del estado de Illinois (ISP - MFCU) para que investigue el fraude en profundidad. Asimismo, el cliente podría perder su derecho a autocontrolar los servicios y ser obligado a usar los servicios de un PSW basado en una agencia.

Una vez que este formulario esté completo, firmado y fechado, envíelo a su agencia de PSW/ACES\$ para su procesamiento y aprobación.

**Firmas y fechas:**

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