



**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: _____