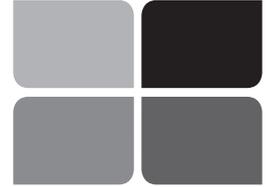


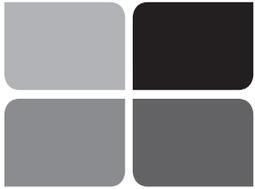
IHSS

Guía de orientación para proveedores



Programa de
Servicios de Apoyo
en el Hogar





Bienvenidos

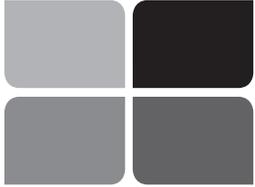
En nombre del Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services), queremos darle las gracias por su buena voluntad de servir como proveedor de cuidado. Su trabajo no es fácil, pero sirve para que las personas mayores, las personas ciegas y las personas con discapacidades, tanto adultas como menores de edad, puedan vivir en sus propios hogares sin peligro.

Esta Guía de Orientación para Proveedores le dará información básica sobre el Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar y una mejor comprensión de lo que espera el programa de usted. Si después de leer esta guía tiene alguna pregunta, debe comunicarse con el personal de Servicios Sociales de su condado o con un representante de Autoridad Pública.

Contenido

Introducción	3
Servicios	4
Requisitos	8
Registro de horas trabajadas	11
Fraude	18





Introducción

Descripción del programa de IHSS

El programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) brinda servicios a personas mayores de 65 años de edad, personas ciegas y personas con discapacidades. La meta de este programa es permitir que las personas se queden viviendo en sus propios hogares sin peligro y que puedan evitar la necesidad de recibir atención fuera del hogar.

En la actualidad, el programa de IHSS ayuda a pagar por el cuidado en el hogar de unas 450,000 personas por mes en todo el estado, y alrededor de 350,000 proveedores tienen un papel importante en su cuidado. Se calcula que la cantidad de personas que va a necesitar servicios y el costo de brindar dichos servicios va a aumentar significativamente en los próximos años. Sin los servicios de IHSS y los proveedores es posible que los consumidores no puedan permanecer en sus propios hogares sin peligro.



Papel de las agencias

El costo de IHSS se paga con fondos federales, estatales y del condado y la mayoría de los servicios son parte del programa Medi-Cal. Para asegurar que el programa funcione sin problemas, hay muchas agencias que participan.

Los gobiernos federal y estatal

Los gobiernos federal y estatal supervisan y sirven de guía a los condados.

Los condados

Los condados tienen la responsabilidad de manejar el programa de IHSS a nivel local. Esto incluye identificar qué servicios necesitan los consumidores para poder quedarse en sus hogares sin peligro, cuánta ayuda se necesita, cuánto tiempo se necesita para prestar los servicios y con qué frecuencia se tienen que repetir. Esto se llama el proceso de evaluación.

Además, los condados también inscriben a proveedores en el programa de IHSS, contestan las preguntas de los consumidores sobre los IHSS y participan en actividades de investigación de fraude. Cuando se reportan presuntos casos de fraude, el Departamento de Auditores de Servicios de Atención de la Salud y la Oficina del Fiscal del Condado los investigan y procesan a aquellos acusados de fraude.

Las autoridades públicas y consorcios sin fines de lucro

Las autoridades públicas y los consorcios sin fines de lucro firman contratos con los condados para brindar servicios a proveedores y consumidores. Algunos de los servicios incluyen:

- Mantener registros de proveedores
- Hacer remisiones de proveedores a consumidores y
- Proporcionar acceso a capacitación.



Servicios

Servicios cubiertos por IHSS

Para obtener una lista completa de los servicios y tareas de IHSS, vea el folleto con título “Servicios cubiertos por IHSS”. Algunos de los servicios cubiertos por el programa de IHSS incluyen:

- Preparar comidas y lavar trastes
- Dar de comer
- Ayudar para mover el intestino y orinar
- Bañar
- Higiene de la boca
- Aseo personal
- Vestirse
- Lavar ropa
- Comprar alimentos



Debajo de cada servicio también verá una lista de tareas que debe conocer. Por ejemplo, en la categoría “Doméstica”, que cubre tareas del hogar, puede ver una lista de tareas que incluyen:

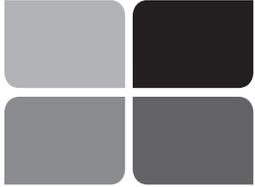
- Barrer, aspirar, lavar y encerar pisos
- Lavar las encimeras y los fregaderos de la cocina
- Limpiar el baño
- Guardar alimentos y suministros
- Sacar la basura
- Limpiar el polvo y ordenar
- Cambiar las sábanas

En casi todos los casos se tienen que brindar los servicios en el hogar del consumidor. En general, cualquier lugar en el que elija vivir el consumidor se considera su propio hogar. Esto puede ser una casa, departamento, hotel o la casa de un familiar. Sin embargo, hay algunos servicios que se pueden brindar fuera del hogar, como por ejemplo cuando acompañan al consumidor al médico.



Ya que las necesidades de cada consumidor son distintas, no se autorizarán todos estos servicios para la mayoría de los consumidores. El condado tiene el requisito de autorizar sólo los servicios que el consumidor necesite para permanecer en su hogar sin peligro, y de darle a cada consumidor un “Aviso de acción” (Notice of Action) que muestra por qué servicios puede recibir pago el proveedor y cuánto tiempo se autoriza por mes.

Antes de brindar algún servicio a un consumidor de IHSS, es importante que sepa qué servicios y por cuánto tiempo se han



Servicios



autorizado. La mejor manera de averiguar esta información es pidiéndole al consumidor que le muestre el “Aviso de acción”. Si el consumidor no le puede mostrar el “Aviso de acción” o no le puede dar información sobre los servicios autorizados, deberá comunicarse con el condado.

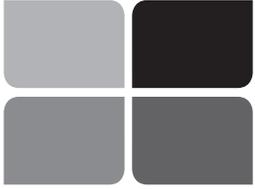
Si el consumidor le pide que haga algo que no está en la lista de servicios o tareas, o algo que no fue autorizado por el condado, no le pagarán por hacerlo, y tendrá que decirle al consumidor la razón por la cual no puede hacerlo. Si elige hacer algo para el consumidor que no está en la lista o que no ha sido autorizado, no incluya el tiempo que le tomó hacerlo en el registro de horas trabajadas. IHSS sólo puede pagar por un servicio o tarea que figure en la lista y que esté autorizado para el consumidor al que brindan servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre si IHSS puede pagarle por un servicio o tarea, pídale al consumidor que le pregunte al trabajador del condado, o hable con el trabajador del condado.

Servicios NO cubiertos por IHSS

Como dijimos antes, si un servicio NO está incluido en el “Aviso de acción” del consumidor, IHSS no podrá pagarle por prestar el servicio. Por ejemplo, IHSS no pagará por:

- Mover muebles
- Pagar las cuentas
- Leerle la correspondencia al consumidor
- Cuidar mascotas
- Jardinería
- Sentarse con el consumidor para hablar o ver televisión
- Acompañar al consumidor a salidas sociales



Servicios

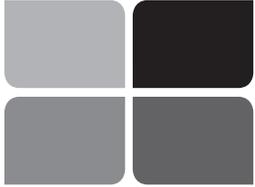
Situaciones en que los servicios de IHSS NO están cubiertos

Los servicios NO están cubiertos en las siguientes situaciones:

- **Cuando el consumidor está en el hospital, en un asilo de ancianos o en un establecimiento de pensión y cuidado.** Si elige visitar al consumidor en uno de estos lugares y ayudar con ciertas tareas, como darle de comer al consumidor, IHSS no le puede pagar por estos servicios y no debe incluir las horas que usó para prestar el servicio en el registro de horas trabajadas.
- **Limpiar el hogar del consumidor después de que se traslade a una institución.** En general, IHSS no le pagará por limpiar el hogar después de que el consumidor haya sido trasladado al hospital, a un asilo de ancianos o a un establecimiento de pensión y cuidado. Sin embargo, hay ciertas excepciones a esta regla. Hable con el trabajador del condado y explique que el consumidor está en una institución y la razón por la cual necesita limpiar el hogar. Pregunte si le pueden pagar por limpiar el hogar antes de reclamar el tiempo en el registro de horas trabajadas.



- **Cuando el consumidor está de vacaciones.** Si acompaña al consumidor en sus vacaciones, usted o el consumidor deben hablar con el trabajador del condado antes de viajar. Averigüe si le pueden pagar por algún servicio, y si hay otras limitaciones para el viaje.
- **Cuando el consumidor está en la cárcel.**
- **Después del fallecimiento del consumidor.** Si reclama en el registro de horas trabajadas el tiempo que trabajó después del fallecimiento del consumidor, y le pagan por estos servicios, tendrá que devolver el dinero que reciba y/o será sujeto a sanciones penales.



Servicios

Horas autorizadas para el consumidor

Además de saber qué servicios están autorizados para el consumidor, es importante saber cuántas horas están autorizadas por semana o por mes para brindar cada servicio. No debe trabajar más que las horas autorizadas por cada servicio.

¿Qué pasa si cambian las necesidades del consumidor?

Si cambian las necesidades del consumidor tal vez necesite más tiempo para completar lo autorizado, o puede descubrir que toma menos tiempo. En los dos casos, debe reportar los cambios en las necesidades del consumidor al trabajador social del condado, quien puede decidir volver a evaluar al consumidor.

¿Qué pasa si el consumidor rechaza los servicios autorizados?

Debe estar seguro de que el registro de horas trabajadas no incluya horas usadas para servicios que el consumidor no quiere recibir. Si el consumidor siempre rechaza servicios específicos, avisen al condado para que puedan poner al día sus registros. Nunca es apropiado, y se considera fraude, incluir horas no trabajadas en el registro de horas trabajadas.

¿Puedo pasar el tiempo autorizado para tareas específicas para hacer otras tareas de IHSS?

No. El tiempo sólo se puede usar específicamente de la manera indicada por el condado. Si toma menos tiempo de lo autorizado para terminar una tarea, el tiempo que sobra no se puede usar para aumentar el tiempo que pasa prestando otros servicios.

¿Qué pasa si tomo más tiempo para hacer los mandados cuando el consumidor está conmigo?

Si el consumidor lo quiere acompañar a hacer mandados, no le podrán pagar más horas, aunque tome más tiempo. Los reglamentos dicen que el condado no puede autorizar más tiempo para que el consumidor acompañe al proveedor. Sólo pueden pagarle por las horas autorizadas.





Requisitos

Requisitos nuevos para proveedores

Los siguientes son requisitos nuevos para proveedores:

- **Orientación para proveedores.** Todos los proveedores tienen que recibir la información de Orientación para proveedores que se encuentra en esta guía, incluyendo las reglas y reglamentos de IHSS e información sobre el fraude de IHSS. Después de revisar esta guía tendrá que firmar un “Acuerdo de inscripción del proveedor” (Provider Enrollment Agreement) que certifica que acepta cumplir con lo siguiente:
 - Brindará los servicios autorizados.
 - Entiende lo que espera el programa de ustedes, de la manera descrita en esta guía.
 - Colaborará con el personal del estado y del condado para proporcionar la información necesaria.
 - Conoce los pasos que pueden tomar el estado y condado para asegurar la integridad del programa, incluyendo visitas sin previo aviso a los hogares de los consumidores; coincidencia de datos con los de otras agencias; actividades para detectar fraude y cumplimiento; y actividades de control de calidad por parte del estado y del condado.
 - Comprende que si no cumple con las reglas y requisitos para proveedores, es posible que den por terminada su habilidad para brindar servicios por medio del programa de IHSS.
- **Formulario de inscripción del proveedor.** Todos los proveedores tienen que llenar un formulario de inscripción del proveedor. Este formulario contiene una declaración jurada que dice que la información que usted da es correcta bajo pena de perjurio. Al llenar el formulario de inscripción del proveedor también tendrá que dar a conocer ciertas condenas penales que pueda haber tenido.
- **Huellas digitales y verificación de antecedentes penales.** A partir del 1º de noviembre de 2009, se tomarán las huellas digitales de los proveedores nuevos para poder hacer una verificación de antecedentes penales.
- **Dirección postal residencial válida.** Todos los proveedores tienen que tener una dirección postal residencial válida. No debe ser apartado postal a menos que le hayan explicado al condado por qué la usa y haya recibido permiso para usarla.

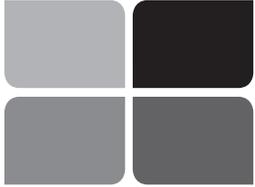


Otros requisitos importantes

Hay dos requisitos más para proveedores que necesita conocer. Es muy importante que todos los proveedores sean conscientes de estos requisitos porque estas leyes se aplican a ustedes.



- **Confidencialidad.** Probablemente sabe que cuando va al médico o a otro profesional de la salud, se le exige que mantenga privada toda la información médica. Las mismas reglas que se aplican a médicos, hospitales y otros profesionales de la salud, también se aplica a usted como proveedor de IHSS. No puede dar ninguna información sobre los servicios, incluyendo el hecho de que la persona recibe IHSS, ni hablar sobre los servicios específicos u horas autorizadas. No puede hablar con ninguna persona u organización sobre información del consumidor sin el permiso escrito del consumidor o de la



Requisitos

persona legalmente responsable por el consumidor. Cualquier persona que comparta información sobre un consumidor es culpable de un delito menor.

- **Personas obligadas a informar.** Como proveedor de IHSS, usted es una “persona obligada a informar”. Esto quiere decir que por ley tiene que informar inmediatamente cualquier sospecha de maltrato a los Servicios de Protección de Adultos o a los Servicios de Protección de Menores del condado. Hay varios tipos de maltrato que se tienen que informar, incluyendo el maltrato físico, sufrimiento mental, abandono, aislamiento, financiero, descuido, secuestro y maltrato sexual. Se mantendrá la confidencialidad de la información sobre la persona que reportó el maltrato. Para obtener más información, vea el folleto “Personas obligadas a informar”.

Huellas digitales y verificación de antecedentes penales

Proveedores nuevos – A partir del 1º de noviembre de 2009, a todos los nuevos proveedores se tomarán las huellas digitales y se hará una verificación de antecedentes penales.

Proveedores actuales – Si para el 1º de noviembre de 2009 ya está prestando servicios, tendrá que procesar la toma de huellas digitales y la verificación de sus antecedentes penales antes del 1º de julio de 2010.



¿Qué pasa si no termino la toma de mis huellas digitales y verificación de antecedentes penales antes del 1º de julio de 2010?

Si no completa la toma de huellas digitales y la verificación de antecedentes penales antes del 1º de julio de 2010 y sigue prestando servicios, IHSS no le pagará por los servicios.

¿Necesitan mis huellas digitales si ya presenté una solicitud para ser un proveedor de IHSS?

Si no le han tomado las huellas digitales como parte de su solicitud de proveedor de IHSS tendrá que terminar este proceso.

Si ya me tomaron las huellas digitales, ¿me lo tengo que volver a hacer?

Si ya le hicieron una verificación de antecedentes penales, incluyendo la toma de huellas digitales, antes de incluirlo a un Registro de Autoridad Pública, NO tendrá que volver a hacerlo ahora.



Requisitos

¿Tendré que pagar cuotas?

Tendrá que pagar todas las cuotas relacionadas con la toma de huellas digitales y la verificación de antecedentes penales. El condado le dará información sobre dónde puede ir para tomarse las huellas digitales.

Descalificación y apelaciones

Podrá ser descalificado para ser un proveedor de IHSS si fue condenado por ciertos delitos. Esta descalificación dura 10 años.

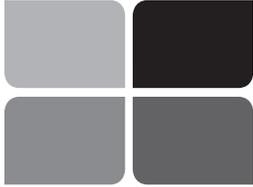
¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la información de la verificación de antecedentes penales?

Si no está de acuerdo con la información de la verificación de antecedentes penales puede presentar una apelación ante el Departamento de Justicia. Recuerde que ni el condado ni el Departamento de Servicios Sociales del Estado pueden ayudar a resolver errores en el registro de antecedentes penales.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con mi descalificación para ser proveedor?

Si no está de acuerdo con su descalificación para ser proveedor como resultado de la información que aparece en la verificación de antecedentes penales tendrá que presentar una apelación ante el Departamento de Servicios Sociales del Estado.

El condado le dará más información sobre el proceso de apelaciones.



Registro de horas trabajadas

Como proveedor, usted trabaja duro todos los meses. Queremos que comprenda qué tienen que hacer usted y la persona para quien trabaja, el consumidor, para que pueda recibir pago rápido y preciso. Cualquier error en el registro de horas trabajadas resultará en una demora en el pago.

Hay dos períodos de pago por mes: del 1º al 15 de cada mes y del 16 hasta el último día del mes. Para que le paguen por el trabajo que hace tendrá que llenar correctamente un registro de horas trabajadas que muestra la cantidad de tiempo que usó para prestar los servicios autorizados.

Cuando comience a trabajar como proveedor le darán registros de horas trabajadas para usar hasta que reciba su primer cheque de pago. Después de la primera vez, el registro de horas trabajadas vendrá pegado a la parte inferior de su cheque de pago.

THE TREASURER OF THE STATE WILL PAY OUT OF THE FUND NO. FUND NAME
 IDENTIFICATION NO. 0000000000 0001 90-1342/1211
 5160 09:26:2003 78676931

--- STATE CONTROLLER'S OFFICE-IHSS
 DUES DEDUCTED-FOR DEPOSIT
 --- P. O. BOX 942550
 SACRAMENTO, CA

DOLLARS CENTS
 \$*****20.00

John Chiang
 JOHN CHIANG
 CALIFORNIA STATE CONTROLLER

DETACH CHECK HERE STATEMENT OF EARNINGS AND DEDUCTIONS
 KEEP THIS STUB FOR YOUR RECORDS
 Separe el cheque aquí
 Guarde este stub para su archivo

RECIPIENT:	CURRENT	YTD
SMITH JOHN 4321 ANY STREET SACRAMENTO, CA 95814		
PROVIDER: DOE JANE 9876 ANOTHER STREET SACRAMENTO, CA 95814		
FROM JUNE 1, 2006 TO JUNE 31, 2006 HOURS: 140		
IHSS PROGRAM INFORMATION		

Detach here and complete for your next payment request. Separe aquí y complete para su siguiente solicitud de pago.

RECIPIENT NUMBER: 31-12345678 PROVIDER NUMBER: 654321

Address change: YES Write new address on reverse side. Address change: YES Write new address on reverse side.

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
HOURS WORKED															

SHARE OF COST LIABILITY OTHER LIABILITY PROVIDER OVERTIME

RECIPIENT SIGNATURE DATE
 PROVIDER SIGNATURE DATE

*Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side.
 No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso.*

I declare under penalty of perjury, under the laws of the State of California, that all statements contained in this timesheet are true and correct, with full knowledge that all statements made in this timesheet are subject to investigation. I agree to reimburse the State for any overpayment made to me, and understand that the amount of any overpayment may be deducted from any future warrant.
 Por medio de la presente certifico que la información que contiene esta forma es verdadera, correcta y completa, y que el proveedor y la persona que recibe los beneficios han leído, entendido y están de acuerdo en suscribirse a, y cumplir con las deducciones, afirmaciones y condiciones que contiene al dorso de esta forma. El pago se basa en lo que se entró a diario.

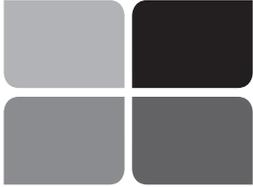
500 361 (04) (09/07) STATE OF CALIFORNIA HEALTH AND WELFARE AGENCY - DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Cuando reciba su cheque es importante que separe el registro de horas trabajadas del recibo de sueldo en la línea perforada. La parte de abajo es el registro de horas trabajadas.

Si trabaja para más de un consumidor, tendrá que llenar y presentar un registro de horas trabajadas por separado por cada uno de los consumidores para quienes trabaja, y hacerlo dos veces por mes.

Debido a que le pagan después de hacer el trabajo no tendrá un registro de horas trabajadas para anotar las horas que trabaja al principio de cada período de pago. Por lo tanto es importante que escriba las horas que trabaja cada día en un calendario para poder llenar el registro de horas trabajadas correctamente cuando lo reciba. Es importante que la información en el registro de horas trabajadas sea exacta.





Registro de horas trabajadas

Las horas indicadas en el primer registro de horas trabajadas del mes serán todas las horas autorizadas para el consumidor ese mes. **NO** trabaje todas las horas en la primera mitad del mes. Si hay más de un proveedor, las horas indicadas probablemente serán las horas totales que todos los proveedores deben compartir. Si es así, asegúrese de saber cuántas horas le corresponden por mes y de que se cumplan las necesidades del consumidor a lo largo del mes.

STATEMENT OF EARNINGS AND DEDUCTIONS

RECIPIENT: SMITH JOHN, 4321 ANY STREET, SACRAMENTO, CA 95814

PROVIDER: DOE JANE, 9876 ANOTHER STREET, SACRAMENTO, CA 95814

FROM: JUNE 1, 2006 TO: JUNE 31, 2006

HOURS: 140

RECIPIENT NUMBER: 31-12345678

PROVIDER NUMBER: 654321

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
HOURS WORKED															

Las horas indicadas en esta casilla serán las horas totales autorizadas para el mes.

Las horas indicadas en el registro de horas trabajadas para la segunda mitad del mes son las horas que sobran para el mes. Recuerde: no le pueden pagar por más de la cantidad de horas que aparecen en el registro, incluso si trabaja más y escribe más horas en el registro de horas trabajadas.

STATEMENT OF EARNINGS AND DEDUCTIONS

RECIPIENT: SMITH JOHN, 4321 ANY STREET, SACRAMENTO, CA 95814

PROVIDER: DOE JANE, 9876 ANOTHER STREET, SACRAMENTO, CA 95814

FROM: JUNE 1, 2006 TO: JUNE 31, 2006

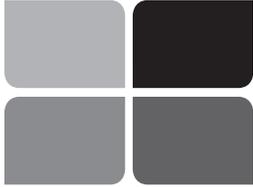
HOURS: 65

RECIPIENT NUMBER: 31-12345678

PROVIDER NUMBER: 654321

DAY OF MONTH	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
HOURS WORKED																

Las horas indicadas en el registro de horas trabajadas para la segunda mitad del mes son las horas que sobran para el mes.



Registro de horas trabajadas

DETACH CHECK HERE
KEEP THIS STUB FOR YOUR RECORDS
Separe el cheque aquí
Guarde este talón para su archivo

STATEMENT OF EARNINGS AND DEDUCTIONS

CURRENT YTD

RECIPIENT:
SMITH JOHN
4321 ANY STREET
SACRAMENTO, CA 95814

PROVIDER:
DOE JANE
9876 ANOTHER STREET
SACRAMENTO, CA 95814

FROM: JUNE 1, 2006
TO: JUNE 31, 2006 HOURS: 140

IHSS PROGRAM INFORMATION

Detach here and complete for your next payment request
Separe aquí y complete para su siguiente solicitud de pago

RECIPIENT NUMBER
31-12345678

PROVIDER NUMBER
654321

Address change YES Write new address on reverse side
Address change NO Write new address on reverse side

DAY OF MONTH 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

HOURS WORKED

SHARE OF COST LIABILITY OTHER LIABILITY PROVIDER OVERPAYMENT

RECIPIENT SIGNATURE DATE

PROVIDER SIGNATURE DATE

After work has been completed, sign, date and mail to this address
Después de haber completado el trabajo, firme y envíe a este domicilio
Do not sign unless you have read and understood instructions on reverse side
No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso

I declare under penalty of perjury, under the laws of the State of California, that all statements contained in this timesheet are true and correct, with full knowledge that all statements made in this timesheet are subject to investigation. I agree to reimburse the State for any overpayments paid to me, and I understand that the amount of any overpayment may be deducted from any future warrant.
Por medio de la presente certifico que la información que contiene esta forma es verdadera, correcta y completa, y que el proveedor y la persona que recibe los beneficios han leído, entendido y están de acuerdo en solemnemente A, y cumplir con las restricciones, afirmaciones y condiciones que contiene el curso de este forma. El pago no será en la que se envía a diario.

SOC 361 (04/2009) STATE OF CALIFORNIA HEALTH AND WELFARE AGENCY - DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Si se muda tiene que marcar esta casilla al frente de su registro de horas trabajadas ...

... y escribir la dirección nueva en la parte de atrás del registro de horas trabajadas.

Tiene que avisar el cambio de dirección dentro de los 10 días de haberse mudado.

EXPLANATION:
SHARE OF COST LIABILITY: THE AMOUNT THE RECIPIENT IS TO PAY FOR HIS/HER OWN CARE
OTHER LIABILITY: THE AMOUNT TO BE COLLECTED BY THE PROVIDER FROM THE RECIPIENT TO PAY FOR HIS/HER OWN CARE
PROVIDER OVERPAYMENT: THE AMOUNT OF OVERPAYMENT YOU OWE WHICH WILL BE DEDUCTED FROM YOUR CHECK.
CLAIM A CLAIM ON YOUR INCOME FOR PAYMENT OF A DEBT.
EARNED INCOME CREDIT: THE AMOUNT OF THE ADVANCE PAYMENT OF YOUR EARNED INCOME CREDIT.

EXPLICACIÓN:
RESPONSABILIDAD POR LA PARTE DEL COSTO: LA CANTIDAD QUE EL RECIPIENTE DEBE PAGAR POR SU PROPIO CUIDADO.
OTRAS RESPONSABILIDADES: LA CANTIDAD QUE EL PROVEEDOR DEBE CORRALAR AL RECIPIENTE PARA PAGAR POR SU PROPIO CUIDADO.
PAGO EXCESIVO DEL PROVEEDOR: LA CANTIDAD DEL PAGO EXCESIVO QUE USTED DEBE. QUE SERÁ REDUCIDA DE SU CHEQUE.
CREDITO POR INGRESOS GANADOS: LA CANTIDAD DEL PAGO POR ADELANTADO DE SU CREDITO POR INGRESOS GANADOS.

NOTE: THE DISCLOSURE OF INFORMATION WHICH IDENTIFIES YOUR EMPLOYER AS AN IHSS RECIPIENT IS PROHIBITED BY LAW. (REF. WELFARE AND INSTITUTIONS CODE SECTION 18850 AND DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES, DIVISION 19.)
NOTA: LA DIVULGACION DE INFORMACION QUE IDENTIFIQUE A SU EMPLEADOR COMO RECIPIENTE DE IHSS SE PROHIBE POR LEY (VER LA SECCION 18850 DEL CODIGO DE BIENESTAR E INSTITUCIONES Y LA DIVISION 19 DEL MANUAL DE PRACTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.)

PLEASE CHECK THE "HOURS WORKED" BOXES AND "TOTAL HOURS WORKED" BOX TO BE SURE THEY ARE MATHEMATICALLY ACCURATE AND THAT THE HOURS YOU WORKED DO NOT EXCEED THE HOURS AUTHORIZED.
POR FAVOR REVISE LAS CASILLAS "HOURS WORKED" (HORAS TRABAJADAS) Y "TOTAL HOURS WORKED" (TOTAL DE HORAS TRABAJADAS) PARA ASEGURARSE QUE LAS HORAS QUE LISTED TRABAJO NO EXCEDIERON LAS HORAS AUTORIZADAS.

AFFIRMATIONS--READ BEFORE SIGNING TIMESHEET
WE AFFIRM THAT THE SHARE OF COST AND/OR OTHER LIABILITY AMOUNT SHOWN ON THE OTHER SIDE HAS BEEN PAID BY THE RECIPIENT FOR THIS PERIOD. WE UNDERSTAND THAT PAYMENT OF THIS CLAIM WILL BE FROM FEDERAL AND STATE FUNDS, AND THAT ANY FALSIFICATION, OR CONCEALMENT OF A MATERIAL FACT, MAY BE PROSECUTED UNDER FEDERAL AND STATE LAW.
AFIRMAMOS QUE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS HA PAGADO LA PARTE DEL COSTO Y/O OTRAS RESPONSABILIDADES QUE SE MUESTRAN AL OTRO LADO. ENTENDEMOS QUE LOS FONDOS PARA PAGAR ESTE RECLAMO PROVIENEN DE LOS GOBIERNOS FEDERAL Y ESTATAL, Y QUE CUALQUIER FALSIFICACION O OCULTAMIENTO DE LA INFORMACION PUEDEN OCASIONAR ENJUICIAMIENTO EN CONFORMIDAD CON LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES.

WRITE NEW ADDRESS IN THIS BOX:
Escriba su nueva dirección en esta casilla. Jane Doe, 123 Any Street, Sacramento, CA 95814

WRITE NEW TELEPHONE NUMBER IN THIS BOX:
Escriba el nuevo número de teléfono en esta casilla. (916) 555-5555

FOR COUNTY REVIEW PURPOSES ONLY - SOLO PARA FINES DE REVISION POR EL CONDADO

REVIEW DATE AND INITIALS COMMENTS:

Otros requisitos básicos importantes que debe conocer al llenar el registro de horas trabajadas:

- Sólo incluya el tiempo que dedica a los servicios autorizados. Como dijimos antes, no le pagarán por hacer cosas que no están autorizadas.
- Llene el registro de horas trabajadas en tinta azul o negra. NO use lápiz, corrector líquido ni cinta correctora para corregir algo en el registro de horas trabajadas. Si se equivoca, tache la información incorrecta, escriba la información correcta, escriba sus iniciales al lado del cambio y pídale al consumidor que también escriba sus iniciales.
- Es importante que la información que escriba en el registro de horas trabajadas se pueda leer con facilidad. Si es difícil leer el registro de horas trabajadas, es posible que su cheque se demore.





Registro de horas trabajadas

Tiempo que trabaja en horas y décimas de hora

El registro de horas trabajadas muestra cuánto tiempo trabajó en horas y décimas de hora.

Aquí le damos algunos ejemplos de cómo calcular las décimas de hora:

- Un día trabaja una hora y 30 minutos. Podrá ver en la tabla que 30 minutos es igual a .5. Entonces escribiría el tiempo como 1.5 en el registro de horas trabajadas.
- Otro día trabaja 3 horas y 22 minutos. En la tabla, 22 minutos es igual a .4, y entonces escribiría 3.4 en el registro de horas trabajadas.

MINUTOS	ESCRIBA
1 a 6 minutos	.1
7 a 12 minutos	.2
13 a 18 minutos	.3
19 a 24 minutos	.4
25 a 30 minutos	.5
31 a 36 minutos	.6
37 a 42 minutos	.7
43 a 48 minutos	.8
49 a 54 minutos	.9
55 a 60 minutos	1.0

Décimas de hora

Note que a fines de 2010 y en 2011, poco a poco, condado por condado, se empezará a usar en todo el estado un nuevo registro de horas trabajadas que no requerirá que calculen las décimas de hora.

Escriba sólo el tiempo que usted mismo trabajó cada día. Si no trabajó en un día en particular, escriba una X o un 0 en la casilla. No puede reclamar trabajo hecho por otra persona en el registro de horas trabajadas. Cada persona que brinda servicios debe inscribirse como proveedor y tiene que llenar su propio registro de horas trabajadas para el tiempo que en verdad preste servicios autorizados.

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
HOURS WORKED	4	0	0	3.2	5	6.2	2.5	5.1	0	0	3.1	2	6	4.5	2.7		

Sume las horas y escriba la cantidad total de horas que trabajó durante el período de pago.

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
HOURS WORKED	4	0	0	3.2	5	6.2	2.5	5.1	0	0	3.1	2	6	4.5	2.7		44.3

DETACH CHECK HERE STATEMENT OF EARNINGS AND DEDUCTIONS
 KEEP THIS SLIP FOR YOUR RECORDS. CURRENT YTD

Separate el cheque aquí
 Guarde este slip para su archivo

RECIPIENT:
SMITH JOHN
 4321 ANY STREET
 SACRAMENTO, CA 95814

PROVIDER:
DOE JANE
 9876 ANOTHER STREET
 SACRAMENTO, CA 95814

FROM: JUNE 1, 2006 TO: JUNE 31, 2006 HOURS: 148

THIS PROGRAM INFORMATION

Detach form and complete for your next payment request. Separe aquí y complete para su siguiente solicitud de pago

RECIPIENT NUMBER: 31-12345678 PROVIDER NUMBER: 654321

Address change: YES Write new address on reverse side. Address change: YES Write new address on reverse side

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
HOURS WORKED	4	0	0	3.2	5	6.2	2.5	5.1	0	0	3.1	2	6	4.5	2.7		44.3

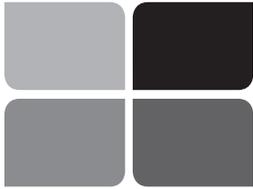
SHARE OF COST LIABILITY OTHER LIABILITY

RECIPIENT SIGNATURE: John Smith DATE: 6/30/06
 PROVIDER SIGNATURE: Jane Doe DATE: 6/30/06

I declare under penalty of perjury, under the laws of the State of California, that all statements contained in this timesheet are true and correct, with full knowledge that all statements made in this timesheet are subject to investigation. I agree to reimburse the State for any overpayment paid to me, and I understand that the amount of any overpayment may be deducted from my future warrant.
 Por medio de la presente certifico que la información que contiene esta forma es verdadera, correcta y completa, y que al proveedor y la persona que recibe los beneficios del fondo, entendidos y según de acuerdo se autoriza a, y conluzar con las deducciones, afirmaciones y condiciones que contiene el dorso de esta forma. El pago se basa en lo que se entró a diario.

SOC 361 (04) (09/07) STATE OF CALIFORNIA HEALTH AND WELFARE AGENCY - DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Usted y el consumidor tienen que firmar y fechar el registro de horas trabajadas. El consumidor firma donde dice "Recipient Signature" (firma del destinatario).



Registro de horas trabajadas

- Debe firmar y fechar el formulario después del período de pago en el que realizó el trabajo. Usted y el consumidor están diciendo que la información en el registro de horas trabajadas es verdadera y correcta. Si se comprueba que la información es fraudulenta, estará sujeto a penas civiles.
- No puede presentar el registro de horas trabajadas antes de que termine el último día del período de pago en que realiza el trabajo.
- Recibirá su cheque de pago dentro de los 10 días hábiles después de enviar por correo o llevar personalmente el registro de horas trabajadas al condado, sin contar fines de semana o días festivos.

Ejemplos de errores en registros de horas trabajadas

RECIPIENT NUMBER 31-12345678 SMITH JOHN 4321 ANY STREET SACRAMENTO, CA 95814 Address change YES <input type="checkbox"/> Write new address on reverse side										PROVIDER NUMBER 654321 DOE JANE 9876 ANOTHER STREET SACRAMENTO, CA 95814 Address change YES <input type="checkbox"/> Write new address on reverse side									
JUNE 2006 EMPLOYER REMAINING HOURS ARE 43.5																			
DAY OF MONTH	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
HOURS WORKED	4	0	0	3.2	5	6.2	2.2	5.1	0	0	3.1	2	6	4.5	2.7	0	44.0		
TS #12345678					FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE LLENE LAS HORAS PARA CADA DÍA QUE TRABAJÓ Y APUNTE EL TOTAL AQUÍ														
SHARE OF COST LIABILITY 0.00					OTHER LIABILITY 0.00					PROVIDER OVERPAYMENT 0.00									
SHARE OF COST LIABILITY 0.00 SACRAMENTO COUNTY DHHS PO BOX 168017 SACRAMENTO, CA 95816-8017					X <i>John Smith</i> 31-12345678 RECIPIENT SIGNATURE DATE 6-30-06														
					X <i>Jane Doe</i> 654321 PROVIDER SIGNATURE DATE 6/30/06														
After work has been completed, sign, date and mail to this address Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y envíese a esta dirección																			
Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso																			

En este registro de horas trabajadas se reclaman demasiadas horas. La cantidad de horas que sobran es 43.5. Sin embargo, se escribieron 44.0 horas. **No le pueden pagar por más del total de horas autorizadas.** En este caso sólo le pagarán por 43.5 horas.



Registro de horas trabajadas

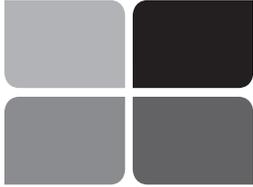
RECIPIENT NUMBER 31-12345678 SMITH JOHN 4321 ANY STREET SACRAMENTO, CA 95814 Address change YES <input type="checkbox"/> Write new address on reverse side								PROVIDER NUMBER 654321 DOE JANE 9876 ANOTHER STREET SACRAMENTO, CA 95814 Address change YES <input type="checkbox"/> Write new address on reverse side									
NOVEMBER 2006 EMPLOYER REMAINING HOURS ARE 80																	
DAY OF MONTH	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
HOURS WORKED	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	75
TS #12345678								FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE LLENE LAS HORAS PARA CADA DÍA QUE TRABAJO Y APUENTE EL TOTAL AQUI									
SHARE OF COST LIABILITY 0.00				OTHER LIABILITY 0.00				PROVIDER OVERPAYMENT 0.00									
SHARE OF COST LIABILITY 0.00 SACRAMENTO COUNTY DHHS PO BOX 168017 SACRAMENTO, CA 95816-8017 								31-12345678 RECIPIENT SIGNATURE DATE X John Smith 11-31-06 654321 PROVIDER SIGNATURE DATE X Jane Doe 11/31/06 After work has been completed, sign, date and mail to this address Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y envíese a esta dirección Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso									

El proveedor tomó el total de horas autorizadas y lo dividió por la cantidad de días que trabajó. Es poco probable que el proveedor haya trabajado exactamente 4.68 horas todos los días. **Asegúrese de escribir las horas que verdaderamente trabaja cada día.**

RECIPIENT NUMBER 31-12345678 SMITH JOHN 4321 ANY STREET SACRAMENTO, CA 95814 Address change YES <input type="checkbox"/> Write new address on reverse side								PROVIDER NUMBER 654321 DOE JANE 9876 ANOTHER STREET SACRAMENTO, CA 95814 Address change YES <input type="checkbox"/> Write new address on reverse side									
MARCH 2006 EMPLOYER REMAINING HOURS ARE 43.5																	
DAY OF MONTH	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
HOURS WORKED	2.5	0	0	4	4	4	4	2.5	0	0	4	4	4	4	2.5	0	39.5
TS #12345678								FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE LLENE LAS HORAS PARA CADA DÍA QUE TRABAJO Y APUENTE EL TOTAL AQUI									
SHARE OF COST LIABILITY 0.00				OTHER LIABILITY 0.00				PROVIDER OVERPAYMENT 0.00									
SHARE OF COST LIABILITY 0.00 SACRAMENTO COUNTY DHHS PO BOX 168017 SACRAMENTO, CA 95816-8017 								31-12345678 RECIPIENT SIGNATURE DATE X [Signature] [Date] 654321 PROVIDER SIGNATURE DATE X Jane Doe 03/31/06 After work has been completed, sign, date and mail to this address Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y envíese a esta dirección Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso									

Sólo el proveedor firmó el registro de horas trabajadas. Los registros de horas trabajadas con una sola firma se devuelven para que se completen. **Asegúrese de que tanto usted como el consumidor firmen el registro de horas trabajadas antes de presentarlo.**

IMPORTANTE: A partir del 1º de julio de 2011, tanto usted como el consumidor tendrán que poner la huella digital del dedo índice en cada registro de horas trabajadas.



Registro de horas trabajadas

RECIPIENT NUMBER 31-12345678 SMITH JOHN 4321 ANY STREET SACRAMENTO, CA 95814 Address change YES <input type="checkbox"/> Write new address on reverse side										PROVIDER NUMBER 654321 DOE JANE 9876 ANOTHER STREET SACRAMENTO, CA 95814 Address change YES <input type="checkbox"/> Write new address on reverse side									
DECEMBER 2006 EMPLOYER REMAINING HOURS ARE 50																			
DAY OF MONTH	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
HOURS WORKED	0	0	4	4	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	7.5	13.5		
TS #12345678					FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE LLENE LAS HORAS PARA CADA DÍA QUE TRABAJO Y APUNTE EL TOTAL AQUI														
SHARE OF COST LIABILITY 0.00					OTHER LIABILITY 0.00					PROVIDER OVERPAYMENT 0.00									
SHARE OF COST LIABILITY 0.00 SACRAMENTO COUNTY DHHS PO BOX 168017 SACRAMENTO, CA 95816-8017 					31-12345678 RECIPIENT SIGNATURE DATE X <i>John Smith</i> 12-01-06 654321 PROVIDER SIGNATURE DATE X <i>Jane Doe</i> 12/01/06 After work has been completed, sign, date and mail to this address Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y envíese a esta dirección Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso														

¡Miren de cerca! ¿Es un 9 ó un 4 en las fechas? ¿No está seguro? ¡Nosotros tampoco! Si no podemos entender la letra tal vez resulte en una demora del registro de horas trabajadas. **Asegúrese de llenar el registro de horas trabajadas con letra clara que se pueda leer con facilidad, y de usar tinta azul o negra.**

Finalmente, si escribe información incorrecta en el registro de horas trabajadas o reclama haber trabajado cuando el consumidor no estaba en casa o después del fallecimiento del consumidor, es posible que sea culpable de fraude y el estado o condado podría procesarlo. Es posible que tenga que devolver todo el dinero al que no tenía derecho, ir a la cárcel o pagar penas civiles por haber cometido fraude.

Si tiene más preguntas sobre el registro de horas trabajadas, hable con el representante de su condado.



Fraude

El fraude de IHSS es fraude de Medi-Cal

IHSS es un programa de Medi-Cal financiado con dinero federal, estatal y del condado. Esto quiere decir que el fraude de IHSS es fraude de Medi-Cal. El Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California es responsable de investigar el fraude de Medi-Cal.



Si sabe de algún consumidor o proveedor que cree que pueda estar cometiendo fraude de IHSS, u otro tipo de fraude de Medi-Cal, tiene la OBLIGACIÓN de reportarlo a Medi-Cal. Puede llamar al número de teléfono sin cargo, enviar un mensaje por email o llenar un formulario en línea. La información a continuación también está incluida en el folleto “Fraude y abuso de Medi-Cal”.

Línea especial: (800) 822-6222

Email: stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov

Sitio Web: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

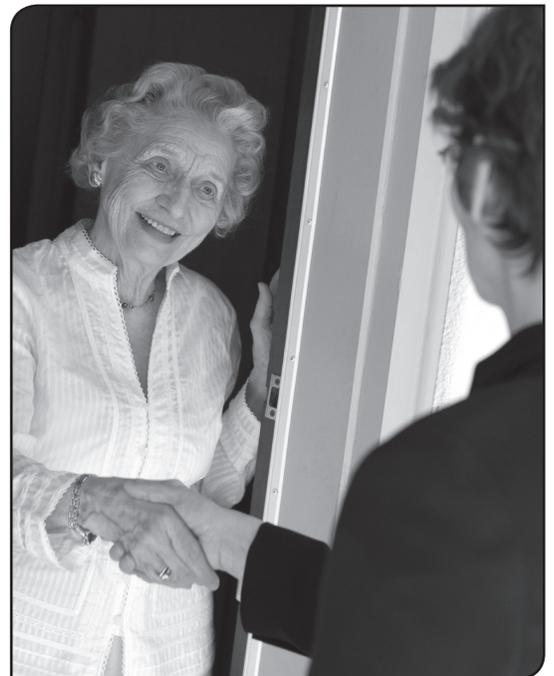
Formulario de queja en línea: <http://apps.dhcs.ca.gov/AutoForm2/default.aspx?af=1828>

No tiene que tener pruebas del fraude. El Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California cuenta con investigadores que determinarán si se ha cometido o no fraude de Medi-Cal.

Maneras de detectar el fraude

Además de las denuncias del público se puede detectar el fraude de varias maneras:

- Encontrando información que coincide con la de otras agencias federales y estatales,
- Durante el proceso de evaluación,
- Cuando el personal del condado y/o del estado realizan actividades de control de calidad y de detección de fraude, y
- Visitas sin previo aviso a los hogares de los consumidores por parte del personal del estado y/o condado.





Fraude

El fraude y el programa de IHSS

Cuando presente su solicitud para ser un proveedor del programa de IHSS tiene que firmar una declaración en la que:

- Dice que no ha sido condenado de ningún delito mayor o delito menor violento en los últimos 10 años y
- Acepta devolver al estado cualquier pago de más que se hiciera como resultado de fraude.

Si condenan a una persona por cometer fraude contra un programa de atención de la salud del gobierno o un programa de servicios de apoyo, la ley de California dice que esa persona no puede prestar servicios ni recibir pago por prestar servicios al programa IHSS por 10 años después de la condena o del tiempo de cárcel después de la condena.

Consejos para evitar el fraude

Como proveedor de IHSS, hay algunas cosas que puede hacer para evitar el fraude. Tome unos momentos para leer el folleto “Consejos para evitar el fraude”.



Producido por el Departamento de Servicios Sociales de California
Noviembre de 2009