

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) — ACUERDO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES

NÚMERO DE PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)

1. Asistí a la orientación que se requiere para proveedores de IHSS y entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:
 - Me dieron información sobre lo que significa ser un proveedor en el programa de IHSS.
 - Me informaron de mis responsabilidades como proveedor de IHSS.
 - Me informaron de las consecuencias de cometer fraude en el programa de IHSS.
 - Me dieron el número gratuito de la línea de información de Medi-Cal (1-800-822-6222) y la página web (<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>) (solo disponible en inglés) para reportar cualquier sospecha de fraude o abuso programático de IHSS.
2. Entiendo los siguientes requisitos relacionados con los reportes de horas:
 - El programa de IHSS solo puede pagarme las horas que trabajo dando servicios autorizados al beneficiario y que anoto en mi reporte de horas.
 - Al firmar mi reporte de horas, estoy diciendo que la información que proporcioné en él es verdadera y correcta.
 - Cada vez que tenga que presentar un reporte de horas, ya sea en papel o electrónicamente, debe ser completado y entregado dentro de las dos semanas a partir del final del período de pago. Si lo completo correctamente y si lo presento a tiempo, me pagarán dentro de los 10 días de la fecha en que lo reciba en centro de procesamiento. Si no presento mi reporte de horas dentro de las dos semanas después del fin del período de pago, es posible que mi pago se demore.
 - No puedo firmar mi reporte de horas de parte del beneficiario ni aprobar mi reporte de horas electrónicamente (aunque el beneficiario comparta conmigo su nombre de usuario y contraseña del Electronic Services Portal [Portal de Servicios Electrónicos] [ESP] o su contraseña del Telephone Timesheet System [Sistema Telefónico de los Reportes de Horas] [TTS]), a menos que yo sea su representante legal (el tutor/curador legal asignado por la corte o el padre de un beneficiario menor de edad) y que se haya presentando al condado el formulario SOC 839 («Designación de un representante autorizado») con la parte C completada.
 - No puedo firmar de parte del beneficiario el reporte de horas de otro proveedor ni aprobar el reporte de horas de otro proveedor electrónicamente (aunque el beneficiario comparta conmigo su nombre de usuario y contraseña del

NÚMERO DE PROVEEDOR

ESP o su contraseña del TTS), a menos que yo sea el representante legal del beneficiario (el tutor/curador legal asignado por la corte o el padre de un beneficiario menor de edad) O que yo haya sido designado para firmar los reportes de horas de parte del beneficiario mediante la presentación del formulario SOC 839 (con la parte C completada) al condado.

- El aprobar un reporte de horas, ya sea en papel o electrónicamente, de parte del beneficiario cuando no estoy autorizado para hacerlo (según se especifica arriba) se puede considerar un acto de fraude y, como consecuencia, es posible que presenten cargos criminales en mi contra. Es mi responsabilidad asegurarme de que la parte C del formulario SOC 839 haya sido correctamente completada y presentada al condado antes de firmar o aprobar cualquier reporte de horas en nombre del beneficiario.
 - Es un delito proporcionar información falsa en mi reporte de horas y esto podría resultar en un enjuiciamiento criminal.
 - Si me declaran culpable de poner información falsa en mi reporte de horas, además de las posibles sanciones programáticas o criminales, es posible que tenga que reembolsar cada pago excesivo que recibí y pagar sanciones civiles de al menos \$500, y no más de \$1000, para cada acto de fraude.
3. Entiendo que debo completar el formulario I-9 («Verificación de elegibilidad de empleo»), que el beneficiario guardará en sus archivos. El formulario dice que tengo el derecho legal a trabajar en los Estados Unidos.
 4. Entiendo que tengo la opción de presentar el formulario W-4 («Certificación de retenciones del empleado») para solicitar que retengan los impuestos federales de mi salario y/o el formulario DE 4 («Employee's Withholding Allowance Certificate») (solo disponible en inglés) para solicitar la retención de los impuestos estatales. Entiendo que si no presento el formulario W-4 y/o DE 4, no se retendrán los impuestos federales/estatales de mi salario.
 5. Entiendo que recibiré el formulario SOC 2271 («Notificación para el proveedor acerca de las horas y servicios autorizados del beneficiario y el máximo de horas por semana»), que nombrará a mi(s) beneficiario(s) y los servicios que estoy autorizado para proporcionar a cada uno.
 6. Recibí información sobre los requisitos relacionados con los límites de horas trabajadas por semana y del tiempo de traslado, y entiendo lo siguiente:
 - Me pagarán horas extras si trabajo más de 40 horas en una semana laboral. La semana laboral empieza el domingo (a la medianoche) y termina a las 11:59 p. m. del sábado siguiente.

NÚMERO DE PROVEEDOR

- Si trabajo para un beneficiario solamente, cada semana laboral puedo trabajar la máxima cantidad de horas de mi beneficiario, a menos que modifiquemos mi horario para compensar las horas extras que trabajé en otra semana del mismo mes. Esto evita que sobrepase el límite de horas autorizado para mi beneficiario. Si esas horas adicionales resultarían en que trabaje más de 40 horas en la semana laboral o ese mes reciba más horas extras de lo que normalmente recibo, el beneficiario tiene que obtener la aprobación del condado antes de que yo pueda trabajar esas horas adicionales.
- Si presento un reporte de horas que excede el límite semanal de horas y resulta en que reclame más horas extras de lo que normalmente reclamo para una semana laboral, y si no tuve la autorización del condado para hacerlo, recibiré una infracción.
- Si trabajo para múltiples beneficiarios, cada semana laboral estoy autorizado para trabajar un total de 66 horas para todos mis beneficiarios. Si un beneficiario me pide que trabaje horas adicionales, y si ese trabajo sobrepasaría mis 66 horas autorizadas, debo negarme a hacerlo o reducir la cantidad de horas que trabajo para otro beneficio. Esto evita que trabaje más de las 66 horas autorizadas cada semana laboral.
- Si trabajo para múltiples beneficiarios en un solo día, el programa me puede pagar el tiempo que tomo para viajar directamente de un beneficiario a otro. Este tiempo de traslado no se considerará como parte de mis horas semanales máximas.
- Cada semana puedo reclamar un máximo de siete horas por tiempo de traslado.
- Si presento un reporte de horas en que reclamo más de siete horas de tiempo de traslado para una semana laboral, recibiré una infracción.
- Si reclamo más horas de traslado en mi reporte de horas de los que mencioné en el formulario SOC 2255 («Acuerdo del proveedor sobre la semana laboral y el tiempo de traslado»), es posible que el condado me pida comprobante de este tiempo adicional. Si no puedo dárselo, es posible que el tiempo adicional se considere un pago excesivo y/o que se inicie una investigación de fraude.
- Habrá consecuencias para cada infracción que reciba:

NÚMERO DE PROVEEDOR

Primera infracción	<ul style="list-style-type: none"> • Recibiré una advertencia por escrito del condado que incluirá información para solicitar que el condado revise mi caso.
Segunda infracción	<ul style="list-style-type: none"> • Recibiré un aviso que me notifica de la segunda infracción y que me dará información para solicitar que el condado revise mi caso. En este caso, me darán la opción de revisar material sobre los límites de la semana laboral y del tiempo de traslado, y firmar/entregar una certificación a la oficina de IHSS del condado. Si elijo revisar el material y entregar la certificación, esta vez no recibiré la segunda infracción. No obstante, si elijo no revisar el material y entregar la certificación dentro de los 14 días calendario de recibir el aviso, <u>recibiré</u> otro aviso que me confirma la segunda infracción.
Tercera infracción	<ul style="list-style-type: none"> • Recibiré un aviso sobre la tercera infracción que incluirá información para solicitar que el condado revise mi caso. • Si se me deniega la petición para la revisión de mi caso, recibiré información para solicitar una revisión administrativa estatal de la infracción. • Recibiré una <u>suspensión</u> programática y no podré actuar como proveedor bajo el programa de IHSS por <u>90 días</u>.
Cuarta infracción	<ul style="list-style-type: none"> • Recibiré un aviso sobre la cuarta infracción que incluirá información para solicitar que el condado revise mi caso. • Si se me deniega la petición para la revisión de mi caso, recibiré información para solicitar una revisión administrativa estatal de la infracción. • <u>No seré elegible</u> para participar como proveedor en el programa de IHSS por <u>un año</u>.

- Si se determina que no soy elegible para trabajar como proveedor de IHSS porque recibí la cuarta infracción, puedo volver a presentar una solicitud para ser proveedor de IHSS al final del período de inelegibilidad. Antes de ser readmitido al programa, tendré que cumplir de nuevo con todos los requisitos de inscripción, incluyendo la revisión de los antecedentes penales, la orientación para proveedores y la presentación de todos los formularios necesarios.

NÚMERO DE PROVEEDOR

7. Entiendo que, una vez que haya cumplido con los requisitos de elegibilidad, seré elegible para ganar y usar horas de ausencia pagada por enfermedad. Puedo usarlas cuando estoy enfermo o tengo cita médica, o cuando un miembro de mi familia está enfermo o tiene cita médica.
8. Entiendo que, si tiene que pagar parte del costo bajo los términos de Medi-Cal, mi beneficiario será responsable de pagar esa cantidad directamente a mí como parte de mi salario y que esa cantidad no se incluirá en mi cheque.
9. Entiendo que soy una «persona bajo mandato de reportar». Esto significa que estoy bajo mandato legal de reportar cualquier maltrato o descuido que observe mientras trabajo. Puede ser maltrato de:
 - Una persona mayor o un adulto dependiente, lo que tiene que reportarse a la oficina de Adult Protective Services (Servicios para la Protección de Adultos) del condado inmediatamente, o cuando antes posible, según se requiere bajo la sección 15630(b)(1) del Welfare and Institutions Code (Código de Bienestar Público e Instituciones), o
 - Un niño, lo que tiene que reportarse a la oficina de Child Protective Services (Servicios para la Protección de Niños) del condado dentro de las 36 horas de obtener esta información, según se requiere bajo la sección 11166(a) del Penal Code (Código Penal).

Es posible que el maltrato sea del beneficiario al que sirvo, de otra persona en el hogar del beneficiario o de cualquier otra persona.
10. Entiendo que la sección 6253.2 del Government Code (Código Gubernamental) requiere que mi nombre, mi dirección, los números de teléfono de mi casa y de mi teléfono celular y mi dirección electrónica personal se den a la organización laboral local para que me inviten a unirme a su sindicato.
11. Entiendo que no me pagarán por proporcionar servicios autorizados de IHSS cuando mi beneficiario no está en casa (en un hospital de cuidado de corto plazo, centro de cuidado médico continuo / cuidado intermedio, centro para el cuidado en la comunidad o establecimiento de hospedaje y cuidado). Si proporciono asistencia a mi beneficiario en cualquiera de estos establecimientos, no será como proveedor de IHSS. Si reclamo horas de IHSS en mi reporte de horas por ese tiempo, se considerará un acto de fraude.
12. Cooperaré con el personal del estado o del condado para proporcionar cualquier información que mi pida para la evaluación del caso de IHSS del beneficiario.

NÚMERO DE PROVEEDOR

ENTIENDO LAS REGLAS DEL PROGRAMA DE IHSS QUE SE ME EXPLICARON DURANTE LA ORIENTACIÓN PARA PROVEEDORES (INCLUYENDO LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO). TAMBIÉN ENTIENDO LA INFORMACIÓN QUE ME DIO LA OFICINA DE IHSS DEL CONDADO. ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE SEGUIR LA INFORMACIÓN QUE EL CONDADO ME DIO. ENTIENDO QUE SI NO CUMPLO CON LOS REQUISITOS QUE SE ME HAN EXPLICADO, ES POSIBLE QUE CANCELEN MI PARTICIPACIÓN COMO PROVEEDOR DE IHSS.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE IHSS

FECHA

NOMBRE DEL PROVEEDOR (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)
