

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-038**

DATE

3/24/03

|                                                                           |                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>TO:</b><br>County Welfare Director<br>Supply Clerk / Forms Coordinator | <b>FROM:</b><br>Forms Management Unit<br>(916) 657-1907 |
| <input type="checkbox"/> Community Care Licensing District Offices        | <input type="checkbox"/> District Attorney              |
| <input type="checkbox"/> Private and Public Adoption Agencies             | <input type="checkbox"/> Other                          |

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

## FORM NUMBER AND TITLE

SOC 426 SP (9/02) Personal Care Services Program Provider/Enrollment Agreement

|                                                                                                                                                                      |                                                                                         |                                           |                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORDER UNIT<br><b>SET</b>                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Free <input checked="" type="checkbox"/> Sold                  | ESTIMATED PRICE<br>18 cents per set       | INITIAL SUPPLY SENT<br><input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised                                                                                             | DATE OF FORM<br>9/02                                                                    | REPLACES<br>7/00                          | <input type="checkbox"/> Obsolete                                                          |
| REQUIRED FORM-<br><input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted                                                                                            | REQUIRED FORM-<br><input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval | <input type="checkbox"/> Recommended Form |                                                                                            |
| UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT:<br><b>Department of Social Services Warehouse</b><br><b>P.O. Box 980788</b><br><b>West Sacramento, CA 95798-0788</b> |                                                                                         | <input type="checkbox"/> OTHER:           |                                                                                            |

**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

## DISPOSITION OF OLD SUPPLY

 Use until exhausted Destroy

## USE NEW FORM

 When supply available in DSS Warehouse Use new form effective when old supply exhausted.

## USE FORM IN ACCORDANCE WITH

 All County Letter No. Other (specify)

## ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached are a Reproducible Copies

The attached SOC 426 SP (9/02) replaces the 7/00 Spanish version of this form. Notice of Form Change #02-262 for the SOC 426 (9/02) English-language form stated that the 9/02 English form replaced the 10/02 English form. The 10/02 English form could not be used because it had a Personal Information Notice that needed to be revised. The 9/02 version without this Personal Information Notice was to be used until further notice.

The translation for the Spanish-language 10/02 had not been completed at the time the Personal Information Notice was removed from the 10/02 English form. Development of the 10/02 Spanish version was stopped at that time and there was never a 10/02 Spanish SOC 426 finalized or issued. This is why this notice states that the 9/02 Spanish version replaces the 7/00 Spanish version, and not the 10/02 version, as was the case with the English form.

Construction: 8-1/2" x 11". 1-sided. 3-part NCR set (White/Yellow/Pink).

Check on the Internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://www.dss.cahwnet.gov).

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: [fmudss@dss.ca.gov](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

## PROGRAMA DE SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL ACUERDO DEL PROVEEDOR/DE INSCRIPCION

### Instrucciones:

- Este formulario se tiene que completar en triplicado.
- Este formulario se tiene que completar antes de que se registre **cada** proveedor que le proporcione servicios al cliente. La **PARTE I** tiene que ser completada por el proveedor de servicios.
- La **PARTE II** tiene que ser completada por el cliente o el representante autorizado, siempre y cuando el representante autorizado **NO sea el proveedor de servicios**.
- La **PARTE III** tiene que ser completada por el condado.
- El condado tiene que mantener el formulario original y se tiene que dar una copia al proveedor y al beneficiario.

### PARTE I - PROVEEDOR DE SERVICIOS

|                                          |      |               |                                    |                                       |
|------------------------------------------|------|---------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS        |      |               | NUMERO DE SEGURO SOCIAL            |                                       |
| DIRECCION (calle, ciudad, código postal) |      |               | TELEFONO<br>(        )             |                                       |
| FECHA DE NACIMIENTO (mes, día, año)      | SEXO | ORIGEN ETNICO | PARENTESCO/RELACION CON EL CLIENTE | COMIENZO DEL SERVICIO (mes, día, año) |

### DECLARACION DE CERTIFICACION

- Certifico que todos los servicios a clientes del Programa de Servicios de Cuidado Personal, para los que yo presente una reclamación, se proporcionarán de acuerdo a lo que se autorice para el cliente.
- Certifico que toda la información que se le entregue al condado será correcta y completa, según mi leal saber y entender.
- Entiendo que el pago de estas reclamaciones se hará con fondos federales y/o estatales y que se me podrá enjuiciar por cualquier declaración o reclamación falsa o por ocultar información, de acuerdo a las leyes federales y/o estatales.
- Estoy de acuerdo con el hecho de que los servicios se ofrecerán y se proporcionarán sin que se discrimine por razones de raza, religión, color, origen nacional o étnico, sexo, edad, ni incapacidad/discapacidad física o mental.

|                                  |       |
|----------------------------------|-------|
| FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS | FECHA |
|----------------------------------|-------|

### PARTE II - CERTIFICACION DEL CLIENTE

Certifico que el proveedor de servicios mencionado arriba reúne los requisitos para proporcionarme servicios de cuidado personal de acuerdo a lo que autorice el condado.

|                                                |                 |
|------------------------------------------------|-----------------|
| NOMBRE DEL CLIENTE                             | NUMERO DEL CASO |
| FIRMA DEL CLIENTE (o representante autorizado) | FECHA           |

### PARTE III - RETENCION DE EXPEDIENTES

A nombre del proveedor de servicios, el condado mantendrá, por un mínimo de tres años a partir de la fecha del servicio, todos los expedientes que sean necesarios para revelar por completo la extensión de los servicios que se le proporcionen al cliente. Además, si se solicita, el condado les proporcionará los expedientes, para su verificación contable, al Estado de California o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o a sus representantes debidamente autorizados.

|                                                |                                    |       |
|------------------------------------------------|------------------------------------|-------|
| FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL CONDADO | NUMERO DEL TRABAJADOR DE SERVICIOS | FECHA |
|------------------------------------------------|------------------------------------|-------|

### PARTE IV - APROBACION POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIFORNIA

El Departamento certifica que la persona mencionada arriba será un proveedor registrado de servicios de cuidado personal bajo el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal).

Departamento de Servicios de Salud de California