

Acuse de recibo de la Guía para trabajadores de atención domiciliaria del Programa para proveedores contratados por el consumidor

Al firmar este documento, yo, _____, confirmo lo siguiente:

- He recibido una copia de la Guía para trabajadores de atención domiciliaria.
- Comprendo que soy responsable de leer la guía en su totalidad.
- Pediré ayuda a la oficina local de APD/AAA para comprender la información si tengo preguntas.
- Comprendo que no puedo ser ni actuar en calidad de representante autorizado de un consumidor-empleador si soy el trabajador de atención domiciliaria de ese consumidor-empleador.
- Comprendo que soy denunciante obligatorio las 24 horas del día, los siete días de la semana y debo denunciar cualquier abuso o presunto abuso de un anciano, un niño o un residente de cualquier edad de un centro de enfermería.
- Comprendo que estoy obligado a denunciar cualquier abuso o presunto abuso durante las horas de trabajo que involucre a una persona que recibe servicios a través de un programa comunitario de salud mental o de discapacidades del desarrollo.
- Comprendo que debo cumplir con las investigaciones realizadas por los Servicios de Protección para Adultos.
- Comprendo que cometer fraude tendrá como consecuencia la baja de mi inscripción como proveedor y mi número de proveedor, y que puede castigarse por ley. Comprendo lo siguiente:
 - No puedo facturar ninguna hora que no haya trabajado.
 - No puedo facturar tareas que no hice o que no se mencionan en la lista de tareas.
 - No puedo participar en ningún plan para exagerar o inventar necesidades del consumidor-empleador ni el tipo de ayuda que proporcione al consumidor-empleador.
 - No puedo facturar horas cuando el consumidor-empleador no es elegible para facturar servicios. Los ejemplos de horas no facturables incluyen, entre otros, que el consumidor-empleador esté hospitalizado, que resida en otro entorno de servicios, que esté en prisión, o que esté fuera de la ciudad, del estado o del país cuando no he acompañado al consumidor-empleador para proporcionarle atención.
 - No puedo facturar horas cuando he estado fuera de la ciudad, del estado o del país o, de algún otro modo, no he estado disponible para proporcionar los servicios que figuran en la lista de tareas del consumidor-empleador.
 - No puedo facturar tiempo de traslado a menos que viaje directamente de un consumidor-empleador a otro el mismo día y que no haya realizado mandados personales ni para otro consumidor-empleador.



- No puedo subcontratar mi trabajo y facturar las horas que otra persona trabajó en mi lugar.
- No puedo cubrir a otro trabajador de atención domiciliaria y permitir que ese trabajador facture las horas que yo trabajé.
- No puedo alterar una planilla de horarios después de que el consumidor-empleador la ha firmado.
- No puedo firmar una planilla de horarios en nombre del consumidor-empleador.
- No puedo darle al consumidor-empleador una planilla en blanco para que la firme.
- No puedo facturar servicios residenciales durante siete días por semana si no vivo en la casa del consumidor-empleador o si no estoy disponible en la vivienda del consumidor-empleador los días en los que se espera que proporcione servicios residenciales.
- No puedo facturar millaje relacionado con los servicios que no conduje en mi vehículo.
- No puedo documentar en la planilla de horarios haber trabajado un día o una hora específicos que no trabajé.
- Comprendo que denunciaré cualquier presunto fraude, incluso un fraude perpetrado por mi consumidor-empleador, a la oficina local de APD/AAA o a la línea directa de fraude del DHS.
- Comprendo que estoy obligado a mantener la confidencialidad de toda la información que involucre a mi consumidor-empleador y que solo puedo compartir información con el coordinador de casos del consumidor-empleador o con el enfermero registrado de salud comunitaria que trabaja con mi consumidor-empleador.

Firma del trabajador de atención domiciliaria

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE	
<input type="checkbox"/> Signed form meets alternate method of orientation	Provider number _____
<input type="checkbox"/> Form signed in addition to in-class orientation	
<input type="checkbox"/> Date signed form received by local office: _____	<input type="checkbox"/> Career HCW <input type="checkbox"/> Restricted HCW
<input type="checkbox"/> Local office staff initials: _____	
<input type="checkbox"/> HCC staff initials, if verified by HCC: _____	