Opción del Consumidor

Si usted decide proveerla la Orientación a su PCA a través de la opción de Enseñanza por el Consumidor, este formulario debe de ser enviado a su Intermediario Fiscal dentro de dos semanas de haber recibido este aviso

Fecha:

Yo, _____ entiendo que es mi responsabilidad de asegurar que mi nuevo PCA sea orientado en su nueva posición. Reconozco como empleador de PCA que tengo la opción de enviar a mi PCA a una sesión de grupo ofrecida por el Entrenamiento Beneficiario del Cuidado en el Hogar (Homecare Training Benefit) o puedo escoger, a través de la opción de Enseñanza por el Consumidor, proveerle el material a mi PCA del Entrenamiento Para Nuevo Empleado PCA.

Entiendo que la Orientación Para Nuevos Empleados PCA contiene información sobre:

o Los Principios de la vivienda independiente;
o Los Derechos y responsabilidades de los trabajadores;
o Procedimientos operacionales del programa de PCA en MA (ejemplo: registro de tiempo, modos de pago de los Intermediarios Fiscales (FI) y los Manejadores del Cuidado Personal (PCM), etc.);
o Identificar y reportar fraude y abuso

En adición a esto, hay recursos disponibles para el apoyo tanto para los consumidores empleadores como para sus empleados, incluyendo pero no limitado a, el papel del 1199SEIU, el papel del Consejo de Trabajadores PCA (PCA Workforce Council) y el portal de web de Trabajo Gratificante (Rewarding Work).

---

o He revisado la información que me han provenido. He decidido por proveerle la Orientación a mi PCA bajo la opción del consumidor por optar fuera

_____ _____ _____
Firma del Consumidor Numero de ID del Consumidor Fecha

Yo, _____, el (la) PCA de_____, entiendo que mi consumidor empleador me proveerá con la Orientación Para Nuevo Empleado PCA.

Entiendo que recibiré pago solo una vez por 3 horas por recibir la información. Sin embargo, esta en mi derecho atender una sesión de orientación en grupo sin pago.

_____
Firma del PCA Fecha

Favor de devolver el formulario firmado a su Intermediario Fiscal. Las direcciones son las siguientes:

Stavros	**Cerebral Palsy of Massachusetts**	**North East Arc Inc**
Stavros Center for Independent Living, Inc 210 Old Farm Rd Amherst, MA 01002	Cerebral Palsy of MA Attn: Fiscal Intermediary Office 600 Technology Center Drive Stoughton, MA 02072	Northeast Arc Inc. Attn: Fiscal Intermediary Department 6 Southside Rd. Danvers MA 01923

☐ Ya he recibido los materiales del currículo y no necesito copias adicionales.

SAMPLE