

# Autodirección de servicios de Exenciones ABI y MFP:



## Formulario de solicitud de horas extras para asistente de atención directa

Este formulario es para uso de los Administradores de casos de exenciones de MassAbility y los Coordinadores de servicios de DDS con beneficiarios de exenciones que necesitan que sus asistentes de atención directa (DCW) trabajen más de 50 horas semanales, pero hasta un máximo de 66 horas por semana. Complete este formulario con los beneficiarios de las exenciones y presénteselo a su supervisor para que sea aprobado.

Las horas extras se calculan en su totalidad. Es decir que un DCW que trabaja para más de un beneficiario de las exenciones debe considerar todas las horas que trabaja para los otros beneficiarios de las exenciones. Esto lo ayudará a determinar si sus beneficiarios de las exenciones deben pedir o no una autorización para que trabaje horas extras. Si el DCW trabaja además como PCA, esas horas de PCA también deben ser incluidas.

### INFORMACIÓN GENERAL

#### Información del Coordinador de servicios o el Administrador de casos

Agencia (MassAbility o DDS)	
Administrador de casos de MassAbility o Coordinador de servicios de DDS solicitante (nombre y apellido)	
Teléfono	Correo electrónico

#### Información del beneficiario de la exención

Nombre del beneficiario de la exención	Fecha de nacimiento
ID de MassHealth	Exención (MFP-CL, ABI-N, MFP-RS o ABI-RH)
Teléfono y correo electrónico del beneficiario de la exención	
Dirección del beneficiario de la exención	
Nombre del representante (si corresponde)	
Teléfono y correo electrónico del representante (si corresponde)	

#### Información del Asistente de Atención Directa (DCW)

Nombre del DCW	Número de identificador único del DCW
Dirección del DCW	
Teléfono y correo electrónico del DCW	
Servicio(s) de exención prestado(s) por el DCW	

## Tipo de autorización solicitada

Por favor, elija el tipo de autorización para horas extras que solicita. Todo DCW está limitado a trabajar un máximo de 66 horas semanales en toda circunstancia.

<p><input type="checkbox"/> Autorización temporal (complete la <b>Sección A</b>) <i>Esta puede solicitarse por un máximo de 12 semanas.</i></p> <p>_____ Marque aquí si completa esta solicitud para emplear a un DCW o un PCA que trabaja más de 50 horas en total con otros empleadores.</p> <p>_____ Marque aquí si completa esta solicitud para emplear a un DCW o un PCA que trabaja más de 50 horas en total para este empleador.</p>	<p><input type="checkbox"/> Autorización para la continuidad de la atención (complete la <b>Sección B</b>) <i>Esta puede solicitarse por un máximo de un año (o por el tiempo que falte hasta la siguiente revisión del Plan de atención como máximo).</i></p> <p>_____ Marque aquí si completa esta solicitud para emplear a un DCW o un PCA que trabaja más de 50 horas en total con otros empleadores.</p> <p>_____ Marque aquí si completa esta solicitud para emplear a un DCW o un PCA que trabaja más de 50 horas en total para este empleador.</p>
---	--

Nombre del Beneficiario de la exención: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN A: AUTORIZACIÓN TEMPORAL

Por favor, indique por qué período solicita autorización para horas extras y qué servicio de exención presta el DCW. Esta puede solicitarse por un máximo de 12 semanas.

Por favor, indique por qué período solicita autorización para horas extras.

Período del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Servicio(s) de exención prestado(s) por este DCW \_\_\_\_\_.

Las solicitudes de autorización temporal se aprobarán en una o más de las siguientes situaciones.

<input type="checkbox"/> Necesito más tiempo para contratar otros DCW. <i>(Por favor, marque una opción.)</i> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Publiqué numerosos avisos y usé numerosos recursos para buscar DCW, pero no recibí respuestas de ningún DCW que pudiera satisfacer adecuadamente mis necesidades.</li><li><input type="checkbox"/> Entrevisté a numerosos DCW, pero ningún DCW aceptó el puesto.</li><li><input type="checkbox"/> El DCW que contraté no permaneció en el empleo porque no tenía los conocimientos básicos para desempeñar con seguridad las tareas asignadas de DCW.</li><li><input type="checkbox"/> El DCW dejó el empleo repentinamente.</li></ul>
<input type="checkbox"/> Viajaré por los territorios de EE. UU., y no es posible llevar más de un DCW.
<input type="checkbox"/> Mis apoyos informales no están disponibles o están menos disponibles para ayudarme. <i>(Por favor, explique en el espacio provisto.)</i> _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Uno o varios de mis DCW necesitan una licencia corta por una de las siguientes razones. <i>(Por favor, marque una opción.)</i> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Está(n) en la escuela o está(n) ausente(s) temporalmente debido a la escuela.</li><li><input type="checkbox"/> Tiene(n) una licencia médica o familiar.</li><li><input type="checkbox"/> Tiene(n) una licencia por maternidad o paternidad.</li><li><input type="checkbox"/> Tiene(n) una licencia por enfermedad.</li><li><input type="checkbox"/> El(los) DCW está(n) de vacaciones.</li></ul>
<input type="checkbox"/> Estoy recibiendo cuidados de hospicio.
<input type="checkbox"/> Necesito programar temporalmente el horario de un DCW para que trabaje más de 50 horas semanales, pero hasta un máximo de 66 horas. Las necesidades médicas temporales incluyen la atención después de una hospitalización o de una estadía en un centro de enfermería especializada. <i>(Por favor, describa las circunstancias.)</i> _____ _____ _____ _____

Nombre del Beneficiario de la exención: \_\_\_\_\_

---

## SECCIÓN B: AUTORIZACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

---

Por favor, indique por qué período solicita autorización para horas extras y qué servicio de exención presta el DCW. Esta puede solicitarse por hasta un máximo de año (o por el tiempo que falte hasta la siguiente revisión del Plan de atención como máximo).

Período del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

Servicio(s) de exención prestado(s) por este DCW \_\_\_\_\_.

Las solicitudes de autorización para la continuidad de la atención se aprobarán en una o más de las siguientes situaciones.

- Necesito más tiempo para contratar otros DCW. *(Por favor, marque una opción.)*
  - Publiqué numerosos avisos y usé numerosos recursos para buscar DCW, pero no recibí respuestas de ningún DCW que pudiera satisfacer adecuadamente mis necesidades.
  - Entrevisté a numerosos DCW, pero ningún DCW aceptó el puesto.
  - El DCW que contraté no permaneció en el empleo porque no tenía los conocimientos básicos para desempeñar con seguridad las tareas asignadas de DCW.
  - El DCW dejó el empleo repentinamente.

- Tengo una necesidad médica continua que requiere cuidados intensivos. Necesito que mi DCW trabaje horas adicionales y he documentado mi esfuerzo por tratar de contratar otro DCW. *(Por favor, explique en el espacio provisto.)*

---

---

---

---

---

---

---

---

- Estoy recibiendo cuidados de hospicio.

Nombre del Beneficiario de la exención: \_\_\_\_\_

---

**DECLARACIÓN (SE REQUIEREN FIRMAS ORIGINALES)**

---

**BENEFICIARIO DE LA EXENCIÓN O REPRESENTANTE**

---

Certifico que he revisado este documento y confirmo que la información contenida aquí es verdadera y precisa. Comprendo que la falsificación, la omisión o el encubrimiento de cualquier hecho material contenido en este documento puede ser causa de que se determine que necesito un representante para manejar mis servicios de DCW. Entiendo que, además, puedo estar sujeto a sanciones civiles o juicios penales por cualquier falsificación, omisión o encubrimiento de hechos materiales contenidos en este documento. Esta documentación será archivada por mi Administrador de caso o mi Coordinador de servicios en mi expediente. En caso de una auditoría, la agencia de MassHealth puede solicitar, a su juicio, uno y todos los expedientes médicos de consumidores de MassHealth correspondientes o que documenten los servicios reclamados, según lo estipulado en 130 CMR 630.000, 130 CMR 450.204 y 450.205.

\_\_\_\_\_  
Nombre del beneficiario de la exención

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante (si corresponde)

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

**ASISTENTE DE ATENCIÓN DIRECTA**

---

Certifico que he revisado este documento y confirmo que la información contenida aquí es verdadera y precisa. Entiendo que puedo estar sujeto a sanciones civiles o juicios penales por cualquier falsificación, omisión o encubrimiento de hechos materiales contenidos en este documento. Esta documentación será archivada por el Administrador de caso o el Coordinador de servicios en el expediente del beneficiario de la exención. En caso de una auditoría, la agencia de MassHealth puede solicitar, a su juicio, uno y todos los expedientes médicos de consumidores de MassHealth correspondientes o que documenten los servicios reclamados, según lo estipulado en 130 CMR 630.000, 130 CMR 450.204 y 450.205.

\_\_\_\_\_  
Firma del DCW

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

**SOLO PARA EL ADMINISTRADOR DE CASOS O EL COORDINADOR DE SERVICIOS**

---

Certifico, a mi leal saber y entender, que la información en este formulario es verdadera, precisa y completa.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Administrador de casos o del Coordinador de servicios

\_\_\_\_\_  
Firma del Administrador de casos o del Coordinador de servicios

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR Y PRESENTAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE HORAS EXTRAS

---

### INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR Y PRESENTAR ESTE FORMULARIO

Usted, el beneficiario de la exención o el representante, si corresponde, deben completar este formulario y hacer copias de toda la documentación requerida. Para pedir asistencia para completar este formulario, comuníquese con su Administrador de casos o su Coordinador de servicios. Presente este formulario y la documentación requerida a su Administrador de casos o a su Coordinador de servicios.

### INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO DE LA EXENCIÓN

Incluye su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, número de ID de MassHealth y fecha de nacimiento. Si tiene un representante, incluya el nombre y el número de teléfono de dicho representante.

### INFORMACIÓN DEL ASISTENTE DE ATENCIÓN DIRECTA

Proporcione el nombre, la dirección, el número de teléfono, la dirección de correo electrónico y el número de identificador único del DCW, que está ubicado en su planilla de actividades. Si no conoce el número de identificador único de su DCW, comuníquese con su intermediario fiscal.

### TIPO DE HORAS EXTRAS SOLICITADO

Indique qué tipo de solicitud desea presentar. Si se ha aprobado que su DCW trabaje más de 10 horas extras (es decir, más de 50 horas) semanales, el número de horas aprobadas no excederá la cantidad total de sus horas aprobadas.

Los DCW están limitados a trabajar un máximo de 66 horas semanales entre todos los beneficiarios de exenciones.

### SECCIÓN A: AUTORIZACIÓN TEMPORAL

Usted debe obtener una autorización temporal para que su DCW trabaje más de 10 horas extras (es decir, más de 50 horas) semanales para evitar la interrupción de la atención mientras trata de contratar otros DCW, si corresponde.

### SECCIÓN B: AUTORIZACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Las solicitudes de autorización para la continuidad de la atención se aprobarán en una o más de las situaciones indicadas.

### DECLARACIÓN

#### REQUISITOS GENERALES PARA LA FIRMA

El formulario se puede firmar de manera tradicional y escanearlo luego, o se puede firmar electrónicamente usando DocuSign o Adobe Sign. Para firmar electrónicamente, el firmante puede subir una imagen de su firma escrita de puño y letra. Una firma escrita con máquina de escribir o computadora no es un formato aceptable de firma electrónica. Por favor, consulte los siguientes requisitos específicos.

#### BENEFICIARIO DE LA EXENCIÓN O REPRESENTANTE

Usted y su representante, si lo tiene, deben firmar y fechar el formulario, y deben certificar que toda la información contenida en el formulario es verdadera, precisa y completa. Se aceptan las firmas electrónicas.

#### ASISTENTE DE ATENCIÓN DIRECTA

Su DCW debe firmar y fechar el formulario, y debe certificar que toda la información contenida en dicho formulario es verdadera, precisa y completa. Se aceptan las firmas electrónicas.

#### ADMINISTRADOR DE CASOS O COORDINADOR DE SERVICIOS

El Administrador de casos o el Coordinador de servicios debe completar su nombre, firmar y fechar el formulario, y certificar que la información es verdadera, precisa y completa a su leal saber y entender. Se aceptan las firmas electrónicas.

**TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN ARCHIVARSE EN EL EXPEDIENTE DEL BENEFICIARIO DE LA EXENCIÓN.**