

# Formulario de solicitud de horas extras de PCA de MassHealth para el período de autorización previa (PA)



## INFORMACIÓN GENERAL

### Información de la Agencia de Supervisión de Cuidados Personales (PCM)

Nombre de la Agencia de PCM		ID del proveedor de MassHealth de PCM	
Solicitando nombre de contacto	Teléfono	Fax	

### Información del consumidor

Nombre del consumidor		Fecha de nacimiento	
ID de MassHealth	Número de ID del intermediario fiscal (si se conoce) del consumidor		
Teléfono del consumidor			
Dirección del consumidor			
Nombre del representante (si corresponde)		Teléfono del representante (si corresponde)	

### Información del Asistente de Cuidados Personales

Nombre del PCA	Número de identificador único del PCA
Dirección del PCA	
Número de teléfono del PCA	

### Tipo de autorización solicitada

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

- Autorización temporal (complete la **Sección A**)
- Autorización para la continuidad de la atención (complete la **Sección B**)

**SECCIÓN A: Autorización temporal**

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

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

Período del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Mi PCA trabaja para varios consumidores, y en total, trabaja más de 50 horas semanales, pero sin superar las 66 horas por semana.
<input type="checkbox"/> Necesito más tiempo para contratar otros PCA. <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 PCA, pero no recibí respuestas de ningún PCA que pudiera satisfacer adecuadamente mis necesidades de atención personal; incluso me inscribí en el sitio web del directorio de PCA y usé ese sitio para tratar de contratar PCA.</li><li><input type="checkbox"/> Entrevisté a numerosos PCA, pero ningún PCA aceptó el puesto.</li><li><input type="checkbox"/> El PCA que contraté no permaneció en el empleo porque no tenía los conocimientos básicos para desempeñar con seguridad las tareas asignadas de PCA.</li><li><input type="checkbox"/> El PCA dejó el empleo repentinamente.</li></ul>
<input type="checkbox"/> Viajaré por los territorios de EE. UU., y no es posible llevar más de un PCA.
<input type="checkbox"/> Uno o varios de mis PCA 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) PCA está(n) de vacaciones</li></ul>
<input type="checkbox"/> Estoy recibiendo cuidados de hospicio.
<input type="checkbox"/> Necesito programar temporalmente el horario de un PCA 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> _____ _____ _____ _____ _____

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

Las solicitudes de autorización para la continuidad de la atención se aprobarán para su período de autorización previa (PA) en una o más de las siguientes circunstancias.

- Necesito más tiempo para contratar otros PCA.  
(Por favor, marque una opción.)
  - Publiqué numerosos avisos y usé numerosos recursos para buscar PCA, pero no recibí respuestas de ningún PCA que pudiera satisfacer adecuadamente mis necesidades de atención personal; incluso me inscribí en el sitio web del directorio de PCA y usé ese sitio para tratar de contratar PCA.
  - Entrevisté a numerosos PCA, pero ningún PCA aceptó el puesto.
  - El PCA que contraté no permaneció en el empleo porque no tenía los conocimientos básicos para desempeñar con seguridad las tareas asignadas de PCA.
  - El PCA dejó el empleo repentinamente.
  
- Tengo una necesidad médica continua que requiere cuidados de ADL intensivos. Debido a esto, necesito programar el horario de mi PCA para que trabaje horas adicionales aprobadas y he documentado mi esfuerzo por tratar de contratar otro PCA.
  1. Se toman en cuenta los siguientes procedimientos y equipos para determinar la necesidad de cuidados de ADL intensivos (herramienta de tiempo para la tarea).
    - a. Cuidado de traqueotomías
    - b. Uso de respiradores
    - c. Cuidado de ostomías
    - d. Cuidado de catéteres
    - e. Necesidades de traslado y movilidad con un elevador mecánico
    - f. Equipo para urología y sistemas de drenado
  2. El consumidor presenta evidencias de que tiene otras necesidades médicas que requieren cuidados especializados. Estas necesidades incluyen las siguientes.
    - a. Trastornos de salud conductual que causan dificultades para relacionarse con personas desconocidas, lo que afecta el funcionamiento diario. (Entre los ejemplos está el trastorno de ansiedad social, el trastorno por estrés postraumático, el trastorno del espectro autista, el trastorno esquizoafectivo, etc.).
    - b. Déficits en la comunicación, incluido un diagnóstico formal de afasia o la comunicación exclusiva mediante lengua de señas estadounidense (ASL).
  
- Estoy recibiendo cuidados de hospicio.

Nombre del Consumidor \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN (SE REQUIEREN FIRMAS ORIGINALES)**

**CONSUMIDOR 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 PCA. 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. Mi Agencia de PCM archivaré esta documentación 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 422.000, 130 CMR 450.204 y 450.205.

_____ Firma del consumidor	_____ Fecha
_____ Firma del representante (si corresponde)	_____ Fecha

**ASISTENTE DE CUIDADOS PERSONALES (PCA)**

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. La Agencia de PCM archivaré esta documentación en el expediente del consumidor. 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 422.000, 130 CMR 450.204 y 450.205.

_____ Firma del proveedor de servicios de PCA	_____ Fecha
--	----------------

**AGENCIA DE SUPERVISIÓN DE CUIDADOS PERSONALES (para completar únicamente por la Agencia de PCM)**

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

_____ Nombre de la Agencia de PCM	
_____ Firma del responsable de la Agencia de PCM	_____ Fecha

**Agencia de PCM, elija una de las siguientes opciones.**

El consumidor está en  FFS  SCO  One Care  PACE

Si marcó SCO, One Care o PACE, complete la siguiente información solicitada.

Número de horas semanales aprobadas (de la mañana, de la tarde y de la noche) \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo aprobada \_\_\_\_\_ Fecha de finalización \_\_\_\_\_

Número de autorización previa (PA) del consumidor \_\_\_\_\_

## Programa de Asistente de Cuidados Personales (PCA) de MassHealth

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

#### INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR Y PRESENTAR ESTE FORMULARIO

Usted, el consumidor o representante, si corresponde, debe completar este formulario y hacer copias de toda la documentación requerida. Para solicitar asistencia para completar este formulario, comuníquese con su Agencia de PCM. Presente este formulario y la documentación requerida a su Agencia de PCM.

#### INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

Incluye su nombre, dirección, número de teléfono, número de ID de MassHealth, número de ID de su intermediario fiscal (si lo conoce) y fecha de nacimiento. Si tiene un representante, incluya el nombre y el número de teléfono de dicho representante.

#### INFORMACIÓN DEL ASISTENTE DE CUIDADOS PERSONALES

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

#### TIPO DE HORAS EXTRAS SOLICITADO

Indique qué tipo de solicitud desea presentar. Si se ha aprobado que su PCA trabaje más de 10 horas extras semanales, el número de horas aprobadas no excederá la cantidad total de sus horas aprobadas en la PA.

Los PCA están limitados a trabajar un máximo de 66 horas por semana entre todos los consumidores empleadores.

#### SECCIÓN A: AUTORIZACIÓN TEMPORAL

Usted debe obtener una autorización temporal para que su PCA trabaje más de 10 horas extras por semana para evitar la interrupción momentánea de la atención mientras trata de contratar otros PCA, si corresponde.

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

Las solicitudes de autorización para la continuidad de la atención se aprobarán para su período de PA en una o más de las circunstancias indicadas.

#### DECLARACIÓN

#### CONSUMIDOR 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.

#### ASISTENTE DE CUIDADOS PERSONALES (PCA)

Su PCA debe firmar y fechar el formulario, y debe certificar que toda la información contenida en dicho formulario es verdadera, precisa y completa.

#### AGENCIA DE SUPERVISIÓN DE CUIDADOS PERSONALES (PCM)

El representante de la Agencia de PCM debe completar el nombre de la Agencia de PCM, firmar y fechar el formulario, y certificar que la información es verdadera, precisa y completa al leer y entender de la Agencia de PCM. La Agencia de PCM debe elegir si el consumidor está inscrito en *Fee for Service* (FFS, pagos por servicios), Senior Care Options (Opciones de atención para personas de la tercera edad, SCO), One Care o PACE.

Si el consumidor está inscrito en SCO, One Care o PACE, complete el número aprobado de horas por semana (de la mañana, de la tarde y de la noche) y la fecha de comienzo y de finalización de la aprobación de SCO, One Care o PACE.

**TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN ARCHIVARSE EN EL EXPEDIENTE DEL CASO DEL CONSUMIDOR.**