

Programa de Asistente de Cuidados Personales (PCA) de MassHealth

FORMULARIO DE SOLICITUD DE HORAS EXTRA



THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
Executive Office of Health And Human Services

INFORMACIÓN DEL CONSUMIDOR

Nombre del consumidor

Fecha de nacimiento

Número de ID de MassHealth

Número de ID del intermediario fiscal del consumidor (si se conoce)

Número de teléfono del consumidor

Dirección del consumidor

Nombre del representante ante el PCA (si corresponde)

Teléfono del representante (si corresponde)

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ASISTENCIA DE CUIDADOS PERSONALES

Nombre del PCA

Número de Identificador Único del PCA

Dirección del PCA

Número de teléfono del PCA

TIPO DE AUTORIZACIÓN A SOLICITAR

Elija a continuación el motivo que explique mejor por qué el PCA debe trabajar 10 horas extra por semana (**elija solo uno**).

Los PCA están limitados a trabajar no más de 66 horas por semana, a menos que el Consumidor haya obtenido una Autorización temporal. Los consumidores no pueden obtener una Autorización para la continuidad del cuidado si su PCA trabaja más de 66 horas por semana.

Autorización temporal (Vaya a la **SECCIÓN A**)

Autorización para la continuidad del cuidado (Vaya a la **SECCIÓN B**)

SECCIÓN A: AUTORIZACIÓN TEMPORARIA

Las solicitudes de Autorización temporal serán aprobadas cuando se cumplan una o más de las siguientes circunstancias:

Necesito más tiempo para contratar PCA adicionales (marque uno).

Coloqué diversos anuncios y usé diversos recursos para buscar PCA, pero no recibí respuestas, incluyendo que el consumidor se inscribió en el sitio web de Rewarding Work (Trabajo gratificante) y está usando ese sitio web para intentar contratar a los PCA

Entrevisté a varios PCA pero ninguno aceptó el puesto

El PCA que contraté no siguió trabajando para mí porque no pudo adquirir los conocimientos básicos para realizar sin riesgos las tareas de PCA asignadas

El PCA dejó el empleo súbitamente

Mi PCA trabaja más de 66 horas por semana y necesito tiempo para contratar PCA adicionales.

Voy a viajar y no me es posible llevar a más de un PCA

Uno o más de mis PCA necesita tomar una licencia de corto plazo en su horario de trabajo por uno de los siguientes motivos (marque uno):

En la escuela; ausente temporariamente debido a vacaciones escolares

Licencia familiar

Licencia por maternidad

Licencia por enfermedad

Yo tengo una necesidad temporal de que mi PCA trabaje 10 horas extra por semana que no está indicada arriba. Por favor describa la circunstancia:

SECCIÓN B: AUTORIZACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Las solicitudes para **Autorización para la continuidad del cuidado** serán aprobadas para su período de Autorización previa cuando se cumplan una o más de las siguientes circunstancias:

- Tengo necesidades médicas complejas que requieren las destrezas especializadas de un PCA específico. Por favor describa la circunstancia:

- Tengo otra circunstancia que me hace difícil contratar PCA adicionales. Por favor describa la circunstancia:

Explique qué cosas está usted haciendo para contratar PCA adicionales y para cumplir con el requisito de horarios de trabajo, si corresponde (debe incluir la inscripción en el sitio web de Rewarding Work):

- Estoy recibiendo cuidados de hospicio
- Mi PCA ha trabajado conmigo durante 5 años o más.
- Mi PCA vive conmigo y es el único PCA que trabaja para mí, y yo estoy aprobado para recibir de 50 hasta 66 horas de servicios de PCA por semana.

Número de Autorización previa del consumidor:

Con el fin de calificar para esta excepción, el consumidor debe presentar la documentación que compruebe que el consumidor y el PCA viven juntos. Los documentos requeridos deben incluir una dirección postal física, no un apartado postal (PO Box).

Los consumidores deben incluir un mínimo de dos de los siguientes documentos. Los documentos que usted incluya deben tener el nombre y la dirección del PCA. (elijá y adjunte ambos comprobantes a este documento)

- Factura de gas/petróleo - de hasta tres meses atrás
- Factura del agua - de hasta tres meses atrás
- Factura de electricidad - de hasta tres meses atrás
- Factura de cable de TV - de hasta tres meses atrás
- Factura de teléfono - de hasta tres meses atrás
- Certificado actual de seguro de propietario o inquilino
- Certificado actual de seguro del automóvil
- Título de registro del vehículo
- Tarjeta de inscripción del votante
- Factura o recibo de impuestos sobre la propiedad
- Contrato de alquiler residencial (alquiler de un apartamento u otro alquiler de bienes raíces o carta de verificación original y firmada por el propietario)
- Licencia de conducir o identificación emitida por el estado
- Confirmación de cambio de dirección del Servicio Postal de EE. UU.
- Otro formulario o documentación que contenga información que identifique el nombre y la residencia del PCA

Marque si ambas formas de identificación son "Otro"

CERTIFICACIÓN SE REQUIEREN FIRMAS ORIGINALES

CONSUMIDOR/REPRESENTANTE ANTE EL PCA

Yo certifico que he revisado y confirmo que la información contenida aquí es verdadera y precisa. Entiendo que la falsificación, omisión, o encubrimiento de cualquier prueba material contenida aquí pudiera resultar en la determinación de que yo necesite un representante ante el PCA que administre mis servicios de PCA. Yo entiendo que también podría estar sujeto a multas civiles o juicio criminal por cualquier falsificación, omisión, o encubrimiento de cualquier prueba material contenida aquí. Esta documentación será retenida por mi Agencia de PCM en mi expediente y en caso de una auditoría, la agencia de MassHealth podría a su discreción solicitar uno y todos los expedientes médicos de consumidores de MassHealth correspondientes o que documenten los servicios reclamados, según 130 CMR 422.000, 130 CMR 450.204 y 450.205.

NOTIFICARÉ A MI INTERMEDIARIO FISCAL INMEDIATAMENTE SI CONTRATARA A ASISTENTES DE CUIDADOS PERSONALES ADICIONALES O SI CAMBIARAN MIS CIRCUNSTANCIAS DE VIDA.

Firma del consumidor

Fecha / /

Firma del representante ante el PCA (si corresponde)

Fecha / /

ASISTENTE DE CUIDADOS PERSONALES

Yo certifico que he revisado y confirmo que la información contenida aquí es verdadera y precisa. Entiendo que podría estar sujeto a multas civiles o juicio criminal por cualquier falsificación, omisión, o encubrimiento de cualquier prueba material contenida aquí. Esta documentación será retenida por la Agencia de PCM en el expediente del consumidor y en caso de una auditoría, la agencia de MassHealth podría a su discreción solicitar uno y todos los expedientes médicos de consumidores de MassHealth correspondientes o que documenten los servicios reclamados, según 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 (PCM) (SOLO DEBE SER COMPLETADA POR LA AGENCIA DE PCM)

Yo certifico, a mi mejor saber y entender, que la información en este formulario es verdadera, precisa y completa.

Nombre de la Agencia de PCM

Firma de la Agencia de PCM

Fecha / /

Agencia de PCM, elija uno de los siguientes: el consumidor está en: FFS SCO One Care

Si marcó SCO o One Care, complete:

Número de horas aprobadas por semana (diurno/vespertino más nocturno) _____

Fecha de comienzo de la aprobación / / Fecha de terminación / /

Número de Autorización previa del consumidor:

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR Y PRESENTAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE HORAS EXTRA

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR Y PRESENTAR ESTE FORMULARIO

Usted, el consumidor o representante ante el PCA, 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

Complete su información incluyendo su nombre, dirección, número de teléfono, número de ID de MassHealth, número de ID del intermediario fiscal del consumidor (de saberlo), fecha de nacimiento. Si tiene un representante ante el PCA, incluya el nombre y número de teléfono del mismo.

INFORMACIÓN DEL ASISTENTE DE CUIDADOS PERSONALES

Complete la información de su PCA incluyendo su nombre, dirección, número de teléfono, y Número de Identificador Único de PCA, ubicado en su Planilla de Actividades del PCA. Si usted no conociera su Número de Identificador Único de PCA, comuníquese con su intermediario fiscal.

TIPO DE HORAS EXTRA SOLICITADO

Indique qué tipo de solicitud está buscando. Si usted está aprobado para programar para que un PCA trabaje 10 horas extra por semana, el número de horas aprobado no excederá la cantidad de sus horas aprobadas de autorización previa.

Los PCA están limitados a trabajar no más de 66 horas por semana, a menos que el Consumidor haya obtenido una Autorización temporaria. Los consumidores no pueden obtener una Autorización para la continuidad del cuidado si su PCA trabaja más de 66 horas por semana.

SECCIÓN A: AUTORIZACIÓN TEMPORARIA

Usted debe obtener una Autorización temporaria para que su PCA trabaje 10 horas extra por semana para evitar una interrupción temporal en el cuidado mientras usted busca contratar PCA adicionales, si corresponde.

SECCIÓN B: AUTORIZACIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Las solicitudes de Autorización para la continuidad del cuidado serán aprobadas para su período de Autorización previa cuando se cumpla una o más de las circunstancias indicadas. Los consumidores no pueden obtener Autorización para la continuidad del cuidado si su PCA trabaja más de 66 horas por semana. Si un PCA trabaja más de 66 horas por semana, el Consumidor debe solicitar una Autorización temporaria.

CERTIFICACIÓN

CONSUMIDOR/REPRESENTANTE ANTE EL PCA

Usted y su representante ante el PCA, 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 CUIDADO PERSONAL

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

AGENCIA DE SUPERVISIÓN DE CUIDADOS PERSONALES

El representante de la Agencia de PCM debe completar el nombre de la Agencia de PCM, firmar y colocar la fecha en el formulario; y certificar que la información es verdadera, precisa y completa al mejor saber y entender de la Agencia de PCM. La Agencia de PCM debe elegir si el consumidor está inscrito en Fee for Service (Honorarios por servicios prestados, FFS), Senior Care Options (Opciones de cuidado para adultos mayores, SCO) o One Care.

Si el consumidor está inscrito en SCO o One Care, complete el número aprobado de horas por semana (diurno/vespertino más nocturno) y la fecha de comienzo y fin de la aprobación de SCO o One Care.

TODOS LOS DOCUMENTOS DEBEN MANTENERSE EN EL EXPEDIENTE DEL CASO DEL CONSUMIDOR.