



Fiscal Assistance, Inc.
4646 S. Biltmore Lane
Madison, WI 53718
Teléfono: (855) 201-4230
Fax: (844) 650-1968

Lista de documentos para empleados de atención domiciliaria

Todos los nuevos empleados deben completar cada formulario, firmarlos, fecharlos y devolverlos todos FA, Inc. **antes** de que se pueda fijar una fecha de inicio.

**** Por favor, espere a la confirmación de su fecha de inicio antes de empezar a trabajar ****

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Formulario de aceptación del empleado<input type="checkbox"/> Formulario de divulgación de relación<input type="checkbox"/> Divulgación de información de antecedentes<input type="checkbox"/> Formulario I-9, verificación de elegibilidad para el empleo<ul style="list-style-type: none">** Consulte las instrucciones y el ejemplo de I-9**• Sección 1 - El <u>empleado</u> debe <i>rellenar y completar</i> la sección 1. Firmarlo y fecharlo.• Sección 2 - El empleador (La persona para la que trabajará debe completarla y firmarla)<ul style="list-style-type: none">○ debe <i>examinar</i> un documento original de la Lista A <u>O</u> <i>examinar</i> un documento original de la Lista B <u>Y</u> <i>examinar</i> un documento original de la lista C.○ debe <i>registrar</i> el tipo, el número y la fecha de vencimiento de los documentos originales en los espacios de la Lista A <u>O</u> la Lista B <u>Y</u> la Lista C en la sección 2.○ debe <i>firmar</i>, luego ingresar su dirección, y <i>fechar</i> el formulario en los campos de Certificación en la sección 2.<input type="checkbox"/> W-4 y Formularios WT-4-Retención de impuestos federales y estatales<input type="checkbox"/> Acuerdo con el proveedor de Medicaid<input type="checkbox"/> Formulario de verificación de capacitación (lo firman el empleador y el empleado)<input type="checkbox"/> Autorización de depósito directo (Depósito directo del salario)
Junto a este formulario, debe enviarse una copia de un cheque anulado o una carta de verificación de cuenta de su banco. | <p>Por favor, devuelva sólo los formularios resaltados con marcador fluorescente que usted complete/firme.</p> <p>Guarde el resto para futura referencia</p> |
|--|--|

DEVOLVER EL PAQUETE A:

Fiscal Assistance, Inc.
4646 S. Biltmore Lane
Madison, WI 53718
Teléfono: 1-855-201-4230
Fax general: 1-844-650-1968
Correo electrónico: enrollment@fiscalassistance.org

Información para nuevos empleados

¡Bienvenido a los servicios autodirigidos!

Usted ha sido seleccionado por un participante (empleador) como posible empleado. Como empleado, usted proporcionará a su empleador servicios de cuidado en el hogar. El empleador o su representante dirigirá el trabajo que usted realice, incluyendo la contratación, despido, programación, capacitación, supervisión y manejo de su empleo.

Fiscal Assistance, Inc., (FA), servirá como Agente Fiscal/Empleador en nombre del participante/empleador.

Descripción general de los servicios autodirigidos

Bajo esta modalidad de empleo, los empleadores seleccionan, contratan, capacitan, programan, supervisan y dirigen a sus propios empleados. El empleador puede optar por tener un representante, un amigo o familiar de confianza, que lo ayudará a dirigir sus servicios. El empleado siempre es un empleado ya sea del empleador o de su representante.

El empleador designa a un Agente Fiscal/Empleador para que lo ayude con algunas de las responsabilidades administrativas del empleador.

Fiscal Assistance, Inc., (FA), es el Agente Fiscal/Empleador.

FA apoya al empleador o representante haciendo lo siguiente:

- Le ayuda a procesar la documentación inicial del empleador/empleado
- Realiza verificaciones de antecedentes de posibles empleados
- Recibe la hoja de horas de trabajo
- Se asegura de que la hoja de horas de trabajo cumpla todos los requisitos del programa
- Paga solo las horas autorizadas en el presupuesto del participante
- Paga a los empleados, incluyendo las retenciones de impuestos y procesa cualquier otra deducción
- Emite de formularios W-2 a fin de año

Comenzando

Antes de poder prestar sus servicios como empleado, usted debe ser aprobado para proporcionar servicios. Para ser aprobado, debe hacer lo siguiente:

- Completar y devolver correctamente TODOS los formularios de solicitud para nuevos empleados. Ver la Lista de proveedores de cuidado en el hogar
- Pasar una verificación de antecedentes penales
- Estar autorizado para trabajar en los Estados Unidos
- Recibir una fecha de inicio de Fiscal Assistance, Inc.

Usted se vuelve un empleado cuando TODA la documentación haya sido procesada y se haya establecido una fecha de inicio.

Información de contacto

Puede desprender esta hoja de su paquete y ponerla en un lugar visible para que tenga siempre a la mano la información para ponerse en contacto con los recursos que precise.

El personal de apoyo de *Fiscal Assistance* está disponible de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. marcando el número **1-855-201-4230** o en el sitio web www.fiscalassistance.org.

Fiscal Assistance no labora en días festivos estatales o federales.

Equipo del Agente Empleador

Servicio	Información de contacto	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Preguntas o preocupaciones sobre la nómina. ○ Confirmación de hojas de tiempo trabajado. ○ Verificación de salarios. ○ Autorización de presupuestos. ○ Pedir más hojas de tiempo trabajado. ○ Solicitar paquetes para el nuevo empleado. ○ Cambio de dirección o de teléfono. 	<p><i>CARE WI & My Choice</i> Especialistas de Nómina (Código de servicio 4111 o 8111)</p>	<p>Número directo: 608-819-7752 payroll@fiscalassistance.org</p>
	<p><i>iCare</i> Especialista de Nómina (Código de servicio 9111)</p>	<p>Número directo: 608-819-7734 payroll@fiscalassistance.org</p>
	<p><i>CLTS/Children's</i> Especialista de Nómina (Código de servicio 3111 o 7111)</p>	<p>Número directo: 608-819-7739 payroll@fiscalassistance.org</p>
Gerente de Nómina	<p>Número directo: 608.733.6241 Línea telefónica gratuita: 1.855.201.4230 extensión. 16 payroll@fiscalassistance.org</p>	
Directora Ejecutiva – Carol Richards	<p>Número directo: 608.819.9309 Línea telefónica gratuita 1.855.201.4230 extensión. 11 CarolR@fiscalassistance.org</p>	

Fiscal Assistance, Inc.

4646 S. Biltmore Lane

Madison, WI 53718

Teléfono: 1-855-201-4230

Fax general: 608-842-0115 o 1-844-727-7533 (línea telefónica gratuita)

Fax para las hojas de tiempo trabajado: 1-844-727-7533

fa,inc. INTEGRIDAD DEL PROGRAMA Y PREVENCIÓN DE FRAUDE

Mantener y mejorar la integridad del programa es uno de los aspectos más importantes del programa autodirigido. La integridad del programa, la cual incluye que la prevención de fraude es fundamental para mantener este modelo de programa. Los participantes, tutores y proveedores son vitales para prevenir el fraude y mantener la integridad del programa.

El fraude y el abuso en Medicaid cuestan a los estados miles de millones de dólares cada año, desviando fondos que podrían usarse para servicios adicionales o para ayudar a más personas que necesitan cuidado. Como participante, tutor, representante, proveedor de cuidados o receptor de fondos, debe cumplir con todas las leyes estatales y federales y evitar el uso indebido o el fraude. La honestidad y la integridad son expectativas de todos los que participan en cualquier programa de Medicaid.

Definición

Fraude es tergiversar, engañar o timar intencionalmente para beneficiarse u obtener algo de valor. El fraude contra Medicaid consiste en falsificar o tergiversar intencionalmente la verdad para obtener beneficios no autorizados. El abuso incluye cualquier práctica incompatible con prácticas aceptables que aumentan los costos innecesariamente

Ejemplos de fraude y abuso

- Marcar horas en la hoja de horas de trabajo que no fueron trabajadas
- Aprobar/autorizar horas que los empleados realmente no trabajaron
- Marcar más tiempo o indicar tiempos diferentes de los que realmente trabaja
- Cambiar las horas en la hoja de horas de trabajo después de que han sido aprobadas
- No proporcionar los servicios que el participante necesita
- Falsificar un reclamo de indemnización por accidente laboral
- Falsificación o tergiversación de solicitudes o documentación
- Facturación de servicios mientras está en el hospital u otro centro de cuidado
- Facturación duplicada (para múltiples participantes)
- Proporcionar información falsa en las evaluaciones de LTC para obtener un presupuesto más alto

Resultados

El fraude y el abuso de fondos pueden resultar en la terminación de servicios/fondos, sanciones, multas y/o acción penal y encarcelamiento. Es su responsabilidad ser un buen administrador de los fondos que está utilizando/recibiendo y ser responsable de sus horas autorizadas.

DENUNCIAR

Si sospecha o sabe de un fraude o abuso, es su deber y responsabilidad informarlo inmediatamente a la Oficina del Inspector General al **1-877-865-3432** o a www.reportfraud.wisconsin.gov/



Formulario de aceptación para el empleado

Información del empleado

Nombre completo: _____

Nombre de soltera / otro _____

Dirección _____
Calle Apt. Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono (_____) _____ Número alt. (_____) _____

Correo electrónico _____

Información del empleador - el empleado proporcionará cuidado a:

Nombre del empleador: _____

Teléfono del empleador (_____) _____ Correo electrónico _____

¿Agencia de apoyo al empleador? _____

¿Administrador de casos / administrador de cuidados del empleador? _____

Aceptación del empleado

He recibido y leído los documentos titulados "Información para nuevos empleados" e "Integridad del programa y prevención de fraude" proporcionados por Fiscal Assistance, Inc. (FA Inc)

Entiendo que el empleador mencionado anteriormente es mi empleador. Mi empleador es responsable de todas las acciones relacionadas al empleo, tales como orientación, capacitación, supervisión y despido. Si tengo inquietudes laborales, las discuto con el empleador mencionado anteriormente.

FA Inc. ha sido seleccionado para proporcionar servicios de nómina y tareas administrativas / documentación para mi empleador. FA Inc. **NO** es mi empleador. Entiendo que FA Inc emitirá una fecha de inicio para mi empleo después que toda la documentación necesaria haya sido procesada y aprobada, incluyendo una verificación de antecedentes. **No comenzaré a trabajar para mi empleador antes de la fecha de inicio.**

Entiendo que soy responsable de mantener la integridad del programa previniendo y denunciando el fraude.

Firma _____ Fecha _____



Formulario de divulgación de relación Divulgación de residencia y horas extra Exclusión 2014-7 de la "Difficulty of Care Act"

Nombre del empleado:

Nombre del empleador:

1 Divulgación de Relación Empleado/Empleador

¿Tiene usted alguna relación con el Empleador? Sí No (**En caso afirmativo** ¿Cuál es su relación con el empleador?)

Por favor, marque solo una - el empleador es mi...

<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Abuelo/a
<input type="checkbox"/> Padre/Madre	<input type="checkbox"/> Nieto/a
<input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra	<input type="checkbox"/> Hermano/a
<input type="checkbox"/> Hijo/a menor de 21 años. Fecha de nacimiento ___/___/___	<input type="checkbox"/> Hijastro/a
<input type="checkbox"/> Hijo/a mayor de 21 años. Fecha de nacimiento ___/___/___	<input type="checkbox"/> Otra _____

***Si es usted el **padre** del empleador, por favor responda las siguientes preguntas.

- ¿Tiene su empleador (hijo/a) hijos o hijastros que vivan en el hogar? Sí No
- ¿Es su empleador (hijo/a) viudo/a, divorciado/a que no se ha vuelto a casar, o que vive con un cónyuge que, debido a una condición mental o física, no puede cuidar del hijo o hijastro durante al menos 4 semanas continuas durante el trimestre en el que se realiza el servicio? Sí No
- ¿El hijo/a o hijastro/a es menor de 18 años o, debido a una condición mental o física, requiere del cuidado personal de un adulto durante al menos 4 semanas continuas durante el trimestre en el que se realiza el servicio? Sí No

Si la respuesta a todas las preguntas anteriores es **Sí**, los salarios de los padres están sujetos a los impuestos del Seguro Social y Medicare.

2

Divulgación sobre residencia y horas extra

"Los trabajadores del servicio doméstico que residen en el hogar del empleador y son empleados por una persona, familia, u hogar están exentos del requisito de pago de horas extra, aunquese les debe, al menos, pagar el salario mínimo federal por todas las horas trabajadas." <https://www.dol.gov/agencies/whd/fact-sheets/79b-flsa-live-in-domestic-workers>

Soy un trabajador cama adentro o interno: Vivo permanentemente en la misma residencia que mi empleador.

3

Exclusión 2014-7 de la "Difficulty of Care Act"

<https://www.irs.gov/individuals/certain-medicaid-waiver-payments-may-be-excludable-from-income>

Bajo pena de perjurio, declaro que soy un proveedor de atención personal que recibe pagos bajo un programa de Medicaid calificado a nivel estatal, según se define en el Aviso 2014-7 del IRS (Departamento de Hacienda), por la atención que ofrezco al empleador/miembro mencionado anteriormente con quien residio bajo un plan de atención. No estoy obligado a reportar los ingresos obtenidos bajo este programa. No debe haber retenciones de impuestos federales y estatales en mi nómina.

Escojo hacer uso de la exclusión de retención de impuestos federales. Sí No

Reconozco y entiendo las implicaciones fiscales de mi relación con mi empleador.

Firma _____

Fecha _____

Nota: Es responsabilidad del empleado notificar a Fiscal Assistance Inc. si cambia esta relación o acuerdo de residencia.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES

BACKGROUND INFORMATION DISCLOSURE (BID)

- **PENA: A sabiendas, proporcionar información falsa u omitir información puede resultar en la pérdida de hasta \$1,000 y otras sanciones según lo dispuesto en el Wis. Admin. Code § DHS 12.05(4).**
- La cumplimentación de este formulario es obligatoria según las disposiciones de Wis. Stat. § 50.065. El incumplimiento de las normas puede dar como resultado la denegación o revocación de su licencia, certificación o registro, o bien, la denegación o terminación de su empleo o contrato.
- Consulte el formulario DQA F-82064A, *Instrucciones para el BID*, para obtener información adicional.
- Proporcionar su número de seguro social es voluntario; sin embargo, su número de seguro social es uno de los identificadores únicos utilizados para evitar coincidencias incorrectas.
- **ESCRIBA SUS REPUESTAS A MAQUINA O EN LETRAS DE MOLDE.**

Marque la casilla que corresponda a usted.

- Empleado / contratista (incluyendo nuevo solicitante) Miembro del hogar (vive en el local, pero no es un cliente)
- Solicitante de una licencia, certificación o registro (incluida la continuación o renovación) Otra –especifique: _____

NOTA: Si es propietario, operador, miembro de la junta o cliente de una instalación regulada por la Division of Quality Assurance (DQA), complete el BID, F-82064 [Appendix, F-82069](#), y envíe ambos formularios a la dirección indicada en las Instrucciones del Apéndice.

Nombre legal completo – <i>Primer nombre</i>		<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	
Título de la posición (Complete solo si es un empleado o contratista potencial o actual).		<i>Fecha de nacimiento</i> (mm/dd/aaaa)	<i>Sexo</i> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<i>Cualquier otro nombre por el que haya sido conocido</i> (incluido el apellido de soltera)				
<i>Raza / Etnicidad</i> (Marque SOLO una.) <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño asiático o del pacifico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se desconoce			<i>Número de seguro social</i>	
<i>Dirección</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>	
Nombre y dirección comercial - Empleador o proveedor de cuidado (Entidad)				

El responder "NO" a todas las preguntas no garantiza el empleo, la residencia, un contrato o la aprobación regulatoria.

SECCIÓN A: ACTOS, CRÍMENES Y OFENSAS QUE PUEDEN ACTUAR COMO UN FRENO O RESTRICCIÓN

1. ¿Tiene cargos penales pendientes en su contra, incluidos tribunales federales, estatales, locales, militares y tribales?
- Si la respuesta es **Sí**, indique cada cargo, cuándo ocurrió o la fecha del cargo, y la ciudad y el estado donde se encuentra el tribunal. Es posible que se le solicite que proporcione información adicional, incluida una copia de la denuncia penal o de cualquier otro documento judicial o policial pertinente.
- Sí No
2. ¿Alguna vez fue condenado por algún delito en algún lugar, incluidos tribunales federales, estatales, locales, militares y tribales?
- Si la respuesta es **Sí**, indique cada delito, cuándo ocurrió o la fecha de la condena, y la ciudad y el estado donde se encuentra el tribunal. Es posible que se le solicite que proporcione información adicional, incluida una copia certificada del fallo de condena, una copia de la denuncia penal o cualquier otro documento judicial o de la policía pertinente.
- Sí No

3. IMPORTANTE: Lea antes de completar el artículo 3.**Wis. Stat. § 48.981 Niños maltratados y nonatos abusados. (7) (a) CONFIDENCIALIDAD.**

“Todos los informes realizados bajo esta sección, los avisos provistos bajo sub. (3) (bm), y los registros mantenidos por una agencia y otras personas, funcionarios e instituciones deben ser confidenciales”. Los informes y los registros se pueden divulgar solo a las personas identificadas en esta sección.

Si usted es el empleador o el posible empleador de la persona que completa este formulario y tiene derecho a obtener esta Información según lo anterior, marque esta casilla.

¿Ha encontrado alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) alguna vez que usted cometió abuso o negligencia infantil?

Sí No

Si se ha marcado la casilla anterior, proporcione una explicación a continuación, que incluya cuándo y dónde ocurrió el incidente.

4. ¿Ha encontrado alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) que usted abusó o descuidó a alguna persona o cliente?

Sí No

Si la respuesta es **Sí**, explique, incluyendo cuándo y dónde ocurrió.

5. ¿Ha encontrado alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) alguna vez que usted ha malversado (tomado o usado incorrectamente) la propiedad de una persona o cliente?

Sí No

Si la respuesta es **Sí**, explique, incluyendo cuándo y dónde ocurrió.

6. ¿Descubrió alguna vez un gobierno o una agencia reguladora (aparte de la policía) que usted abusó de una persona mayor?

Sí No

Si la respuesta es **Sí**, explique, incluyendo cuándo y dónde ocurrió.

7. ¿Tiene una credencial emitida por el gobierno que no está al día o está limitada para restringirles la prestación de atención a los clientes?

Sí No

Si la respuesta es **Sí**, explique, incluido el nombre de la credencial, las limitaciones o las restricciones y el período de tiempo.

 SECCIÓN B - OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA

1. ¿Alguna agencia gubernamental o reguladora ha limitado, negado o revocado su licencia, certificación o registro para brindar atención, tratamiento o servicios educativos?

Sí No

Si la respuesta es **Sí**, explique, incluyendo cuándo y dónde ocurrió.

2. ¿Alguna agencia gubernamental o reguladora le ha negado permiso o restringido su capacidad para vivir en las instalaciones de un centro de atención médica?

Sí No

Si la respuesta es **Sí**, explique, incluyendo cuándo y dónde sucedió y la razón.

3. ¿Ha sido dado de alta de una rama de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., Incluido algún componente de reserva?

Sí No

En caso **afirmativo**, indicar el año de la dada de alta: _____

Adjunte una copia de su DD214, si fue dado de alta en los últimos tres (3) años.

4. ¿Ha residido fuera de Wisconsin en los últimos tres (3) años?

Sí No

Si la respuesta es **Sí**, indique cada estado y las fechas en que residió allí.

5. Si está empleado o está solicitando para el estado de Wisconsin, ¿ha residido fuera de Wisconsin en los últimos siete (7) años?

Sí No

Si la respuesta es **Sí**, indique cada estado y las fechas en que residió allí.

6. ¿Le han realizado una verificación de antecedentes del cuidador en los últimos cuatro (4) años? Sí No
 Si la respuesta es **Sí**, indique la fecha de cada cheque y el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona, institución o agencia gubernamental que realizó cada cheque.
-
7. ¿Alguna vez ha solicitado una revisión de rehabilitación con el Department of Health Services de Wisconsin, un departamento del condado, una agencia privada de colocación de niños, una junta escolar o una tribu designada por DHS? Sí No
 Si la respuesta es **Sí**, indique la fecha de revisión y el resultado de la revisión. Se le puede pedir que proporcione una copia de la decisión de la revisión.

Lea y ponga sus iniciales en la siguiente declaración.

He completado y revisado este formulario (F-82064, BID) y afirmo que la información es verdadera y correcta a la fecha de hoy.

Nombre - Persona que completa este formulario

Fecha enviado



Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 Expires 31/08/2019

► **EMPIECE AQUI:** Lea cuidadosamente las instrucciones antes de completar este formulario. Las instrucciones deben estar disponibles, ya sea en papel o electrónicamente, mientras se completa este formulario. Los empleadores son responsables de los errores en al llenar este formulario.

AVISO CONTRA LA DISCRIMINACION: Es ilegal discriminar a las personas autorizadas a trabajar. Los empleadores **NO** pueden especificar qué documento(s) un empleado puede presentar para establecer la autorización de empleo e identidad. La negativa a contratar o seguir empleando a una persona porque la documentación presentada tiene una fecha de expiración futura, también puede constituir una discriminación ilegal.

Sección 1. Información del Empleado y Declaración (Los empleados deben completar y firmar la Sección 1 del Formulario I-9 antes del primer día de trabajo, pero no antes de aceptar una oferta de trabajo.)

Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de Pila)		I.S.N.	Otros apellidos usados (si alguno)	
Dirección (Número y Nombre de la Calle)			Número de Apt.	Ciudad o Pueblo		Estado ▼
Código Postal		Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)		Número de Seguro Social de EE.UU	Dirección de correo electrónico del empleado	
Número de Teléfono del Empleado						

Soy consciente de que la ley federal establece penas de prisión y/o multas por falsos testimonios o el uso de documentos falsos en al momento de llenar este formulario.

Doy fe, bajo pena de perjurio, que soy (marque una de las siguientes casillas):

<input type="checkbox"/> 1. Un ciudadano de los Estado Unidos
<input type="checkbox"/> 2. Un nacional no ciudadano de los Estados Unidos (Vea las instrucciones)
<input type="checkbox"/> 3. Un residente permanente legal (Número de Registro de Extranjero / Número de USCIS): _____
<input type="checkbox"/> 4. Un extranjero autorizado a trabajar hasta (fecha de expiración, si aplica, mm/dd/aaaa): _____ Algunos extranjeros pueden escribir "N/A" en el campo de fecha de expiración. (Vea las instrucciones) Los extranjeros autorizados a trabajar deben proporcionar solamente uno de los siguientes números de documento para completar el Formulario I-9: Un Número de Registro Extranjero / Número de USCIS, Número de Admisión del Formulario I-94 o Número de Pasaporte Extranjero 1. Número de Registro Extranjero / Número de USCIS: _____ <input type="radio"/> 2. Número de Admisión del Formulario I-94: _____ <input type="radio"/> 3. Número de Pasaporte Extranjero: _____ País de Emisión: _____ ▼
Código QR - Sección 1 No escriba en este espacio

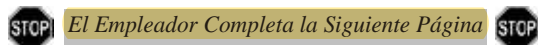
Firma del Empleado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)
--------------------	---------------------------

Certificación del Preparador y/o Traductor (marque uno):

No utilicé un preparador o traductor Un preparador o preparadores y/o traductor(es) asistieron al empleado en completar la Sección 1
 (Los campos a continuación deben ser completados y firmados cuando preparadores y/o traductores asistan a un empleado a completar la Sección 1.)

Doy fe, bajo pena de perjurio, que he asistido en completar la Sección 1 de este formulario, y que a mi mejor entender, la información es verdadera y correcta.

Firma del Preparador o Traductor		Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	
Apellido (Nombre Familiar)		Primer Nombre (Nombre de pila)	
Dirección (Número de Calle y Nombre)		Ciudad o Pueblo	Estado ▼
		Código Postal	





Verificación de Elegibilidad de Empleo
Departamento de Seguridad Nacional
 Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos

USCIS
Formulario I-9
 No. OMB 1615-0047
 Expires 31/08/2019

Sección 2. Revisión y Verificación del Empleador o Representante Autorizado

(Los empleadores o representantes autorizados deberán completar y firmar la Sección 2 dentro de 3 días hábiles después del primer día de trabajo del empleado. Usted examinar físicamente un documento de la Lista A o una combinación de un documento de la Lista B y un documento de la Lista C, como se indica en las "Listas de Documentos Aceptados".)

Información del Empleado de la Sección 1	Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de Pila)	I.S.N.	Estatus de Ciudadanía/Inmigración
--	----------------------------	--------------------------------	--------	-----------------------------------

Lista A Identidad y Autorización de Empleo	O	Lista B Identidad	Y	Lista C Autorización de Empleo
Título del Documento		Título del Documento		Título del Documento
Autoridad Emisora		Autoridad Emisora		Autoridad Emisora
Número de Documento		Número de Documento		Número de Documento
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)		Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
Título del Documento		Información Adicional		Código QR - Sección 2 & 3 No escriba en este espacio
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				
Título del Documento				
Autoridad Emisora				
Número de Documento				
Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)				

Certificación: Doy fe, bajo pena de perjurio, que (1) He examinado el documento o documentos presentado(s) por el empleado mencionado anteriormente, (2) el documento o documentos antes indicado(s) parece(n) ser genuino(s) y se refiere al empleado mencionado y (3) a mi mejor entender el empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos

Primer día de trabajo del empleado (mm/dd/aaaa): _____ *(Vea las instrucciones para excepciones)*

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Título del Empleador o Representante Autorizado		
Apellido del Empleador o Representante Autorizado	Primer Nombre del Empleador o Representante Autorizado	Nombre de la Empresa u Organización del Empleador		
Dirección de la Empresa u Organización del Empleador (Número y Nombre de la Calle)		Ciudad o Pueblo	Estado	Código Postal

Sección 3. Re-Verificación y Recontrataciones *(Para ser completado y firmado por el empleador o representante).*

A. Nuevo nombre (si aplica)			B. Fecha de recontratación (si aplica)	
Apellido (Nombre Familiar)	Primer Nombre (Nombre de pila)	I.S.N.	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	

C. Si el otorgamiento anterior de autorización de empleo del empleado ha expirado, proporcione la información para el documento o recibo que establece la continuación de autorización de empleo en el espacio proporcionado debajo.

Título del Documento	Número de Documento	Fecha de Expiración (si alguna) (mm/dd/aaaa)
----------------------	---------------------	--

Doy fe, bajo pena de perjurio, que a mi mejor entender, este empleado está autorizado a trabajar en los Estados Unidos, y si el empleado presentó documento(s), el documento o los documentos que he examinado parecen ser genuino(s) y estar relacionado(s) con el individuo.

Firma del Empleador o Representante Autorizado	Fecha de Hoy (mm/dd/aaaa)	Nombre del Empleador o Representante Autorizado
--	---------------------------	---

LISTAS DE DOCUMENTOS ACEPTABLES

Todos los documentos deben estar vigentes (NO ESTAR VENCIDOS)

Los empleados pueden presentar una selección de la Lista A
o una combinación de una selección de la Lista B y uno de selección de la Lista C.

LISTA A Documentos que Establecen la Identidad y Autorización de Empleo	O	LISTA B Documentos que Establecen la Identidad	Y	LISTA C Documentos que Establecen la Autorización de Empleo
<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasaporte de EE.UU. o tarjeta de pasaporte de EE.UU. 2. Tarjeta de Residente Permanente o Tarjeta de Recibo de Registro de Extranjero (Formulario I-551) 3. Pasaporte extranjero con sello I-551 temporal o anotación impresa I-551 temporal en una visa de inmigrante legible por máquina 4. Documento de Autorización de Empleo que contenga una fotografía (Formulario I-766) 5. Para un extranjero no inmigrante autorizado a trabajar para un empleador específico debido a su estatus: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasaporte extranjero; y b. Formulario I-94 o Formulario I-94A que tenga la siguiente: <ol style="list-style-type: none"> (1) El mismo nombre en el pasaporte y (2) Una ratificación del estatus de no inmigrante extranjero, siempre y cuando dicho período de ratificación aún no haya expirado y el empleo propuesto no esté en conflicto con las restricciones o limitaciones identificadas en el formulario. 6. Pasaporte de los Estados Federados de Micronesia (FSM por sus siglas en inglés) o la República de las Islas Marshall (RMI por sus siglas en inglés) con el Formulario I-94 o Formulario I-94A que indique la admisión de no inmigrante bajo la Tratado de Libre Asociación entre los Estados Unidos y el FSM o RMI 	O	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos, siempre que contenga una fotografía o información, tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 2. Tarjeta de identificación emitida por agencias o entidades gubernamentales federales, estatales o locales, siempre que contenga una fotografía o información tal como nombre, fecha de nacimiento, género, estatura, color de ojos y dirección. 3. Tarjeta de identificación escolar con una fotografía 4. Tarjeta de Registro de Votante 5. Tarjeta Militar de EE.UU. o récord de selección 6. Tarjeta de identificación de dependiente militar 7. Tarjeta de Marino Mercante de Guardacostas de EE.UU. 8. Documento tribal nativo americano 9. Licencia de conducir emitida por una autoridad gubernamental canadiense <li style="text-align: center;">Para las personas menores de 18 años que no pueden presentar un documento mencionado anteriormente: 10. Registro escolar o tarjeta de calificaciones 11. Registro clínico, médico o de hospital 12. Registro guardería o escuela infantil 	Y	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una tarjeta con Número de Seguro Social, a menos que la tarjeta incluya una de las siguientes restricciones <ol style="list-style-type: none"> (1) NO VÁLIDO PARA EMPLEO (2) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE INS (3) VÁLIDO PARA TRABAJAR SOLO CON AUTORIZACIÓN DE DHS. 2. Certificado de informe de nacimiento expedido por el Departamento de Estado (Formularios DS-1350, FS-545, FS-240). 3. Original o copia certificada del Certificado de Nacimiento expedida por un estado, condado, autoridad municipal o territorio de los Estados Unidos con sello oficial. 4. Documento tribal nativo americano 5. Tarjeta de Identificación de Ciudadano de EE.UU. (Formulario I-197) 6. Tarjeta de Identificación para el Uso de Ciudadano Residente en los Estados Unidos (Formulario I-179) 7. Documento de Autorización de Empleo emitido por el Departamento de Seguridad Nacional

Ejemplos de muchos de estos documentos aparecen en la Parte 13 del Manual para Empleadores (M-274).

Consulte las instrucciones para más información sobre recibos aceptables.

Certificado de Retenciones del Empleado

Department of the Treasury
Internal Revenue Service

- ▶ **Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**
- ▶ **Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**
- ▶ **La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

2022

Paso 1: Anote su información personal	<p>(a) Su primer nombre e inicial del segundo _____ Apellido _____</p> <p>Dirección (número de casa y calle o ruta rural) _____</p> <p>Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP) _____</p> <p>(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Viudo que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).</p>	<p>(b) Su número de Seguro Social _____</p> <p>▶ ¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol.</p>
--	---	--

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención, saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP y conocer acerca de su privacidad.

Paso 2: Complete este paso si (1) tiene más de un trabajo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos. Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

Personas con múltiples empleos o con cónyuges que trabajan

(a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4);

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) para calcular una retención aproximada;

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es precisa para empleos con una paga similar; de lo contrario, se le pueden retener más impuestos de lo necesario.

CONSEJO: Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4(SP) de 2022 en todos los otros empleos. Si usted (o su cónyuge) tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, incluidos los ingresos como contratista independiente, utilice el estimador.

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para sólo UNO de sus empleos. Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

Paso 3: Reclamación de dependientes	<p>Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):</p> <p>Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 ▶ \$ _____</p> <p>Multiplique el número de otros dependientes por \$500 ▶ \$ _____</p> <p>Sume las cantidades anteriores y anote el total aquí 3 \$ _____</p>	
Paso 4 (opcional): Otros ajustes	<p>(a) Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo). Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación 4(a) \$ _____</p> <p>(b) Deducciones. Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la Hoja de Trabajo para Deducciones en la página 3 y anote el resultado aquí 4(b) \$ _____</p> <p>(c) Retención adicional. Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago 4(c) \$ _____</p>	

Paso 5: Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

Firme aquí

▶ _____ ▶ _____
Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme). **Fecha**

Para uso exclusivo del empleador	Nombre y dirección del empleador _____	Primera fecha de empleo _____	Número de identificación del empleador (EIN) _____
---	--	-------------------------------	--

Employee's Wisconsin Withholding Exemption Certificate/New Hire Reporting

WT-4

Employee's Section (Print clearly)

Employee's legal name <i>(last, first, middle initial)</i>			Social security number		<input type="checkbox"/> Single **Please check one box <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but withhold at higher Single rate. Note: If married, but legally separated, check the Single box.
Employee's address <i>(number and street)</i>			Date of birth		
City	State	Zip code	Date of hire		

FIGURE YOUR TOTAL WITHHOLDING EXEMPTIONS BELOW

Complete Lines 1 through 3 only if your Wisconsin exemptions are different than your federal allowances.

1. (a) Exemption for yourself – enter 1 _____
- (b) Exemption for your spouse – enter 1 _____
- (c) Exemption(s) for dependent(s) – you are entitled to claim an exemption for each dependent _____
- (d) Total – add lines (a) through (c)

2. Additional amount per pay period you want deducted (if your employer agrees) _____

3. I claim complete exemption from withholding (see instructions). Enter "Exempt" _____

I CERTIFY that the number of withholding exemptions claimed on this certificate does not exceed the number to which I am entitled. If claiming complete exemption from withholding, I certify that I incurred no liability for Wisconsin income tax for last year and that I anticipate that I will incur no liability for Wisconsin income tax for this year.

Signature _____ Date Signed _____

EMPLOYEE INSTRUCTIONS:

- **WHO MUST FILE:**
Every Employee is required to file a completed Form WT-4 with each of his or her employers unless the Employee claims the same number of withholding exemptions for Wisconsin withholding tax purpose as for federal withholding tax purpose. Form WT-4 (or federal Form W-4 if a Form WT-4 is not filed) will be used by your employer to determine the amount of Wisconsin income tax to be withheld from your paychecks. If you have more than one employer, you should claim a smaller number or no exemptions on each Form WT-4 filed with employers other than your principal employer so that the total amount withheld will be closer to your actual income tax liability.
Your employer may also require you to complete this form to report your hiring to the Department of Workforce Development.
You may file a new Form WT-4 any time you wish to change the amount of withholding from your paychecks, providing the number of exemptions you claim does not exceed the number you are entitled to claim.
- **UNDER WITHHOLDING:**
If sufficient tax is not withheld from your wages, you may incur additional interest charges under the tax laws. In general, 90% of the net tax shown on your income tax return should be withheld.
- **OVER WITHHOLDING:**
If you are using Form WT-4 to claim the maximum number of exemptions to which you are entitled and your withholding exceeds your expected income tax liability, you may use Form WT-4A to minimize the over withholding.
- **WHEN TO FILE IF YOUR EXEMPTIONS CHANGE:**
You must file a new certificate within 10 days if the number of exemptions previously claimed by you DECREASES.
You may file a new certificate at any time if the number of your exemptions INCREASES.

WT-4 Instructions – Provide your information in the employee section.

- **LINE 1:**
(a)-(c) Number of exemptions – Do not claim more than the correct number of exemptions. If you expect to owe more income tax for the year than will be withheld if you claim every exemption to which you are entitled, you may increase your withholding by claiming a smaller number of exemptions on lines 1(a)-(c) or you may enter into an agreement with your employer to have additional amounts withheld (see instruction for line 2).
(c) Dependents – Those persons who qualify as your dependents for federal income tax purposes may also be claimed as dependents for Wisconsin purposes. The term "dependents" does not include you or your spouse. Indicate the number of dependents that you are claiming in the space provided.
- **LINE 2:**
Additional withholding – If you have claimed "zero" exemptions on line 1, but still expect to have a balance due on your tax return for the year, you may wish to request your employer to withhold an additional amount of tax for each pay period. If your employer agrees to this additional withholding, enter the additional amount you want deducted from each of your paychecks on line 2.
- **LINE 3:**
Exemption from withholding – You may claim exemption from withholding of Wisconsin income tax if you had no liability for income tax for last year, and you expect to incur no liability for income tax for this year. You may not claim exemption if your return shows tax liability before the allowance of any credit for income tax withheld. If you are exempt, your employer will not withhold Wisconsin income tax from your wages.
You must revoke this exemption (1) within 10 days from the time you expect to incur income tax liability for the year or (2) on or before December 1 if you expect to incur Wisconsin income tax liabilities for the next year. If you want to stop or are required to revoke this exemption, you must file a new Form WT-4 with your employer showing the number of withholding exemptions you are entitled to claim. This certificate for exemption from withholding will expire on April 30 of next year unless a new Form WT-4 is filed before that date.

Employer's Section

Employer's name			Federal Employer ID Number	
Employer's payroll address <i>(number and street)</i>		City	State	Zip code
Completed by	Title	Phone number ()	Email	

- EMPLOYER INSTRUCTIONS for Department of Revenue:**
- If you do not have a Federal Employer Identification Number (FEIN), contact the Internal Revenue Service to obtain a FEIN.
 - If the Employee has claimed more than 10 exemptions OR has claimed complete exemption from withholding and earns more than \$200.00 a week or is believed to have claimed more exemptions than he or she is entitled to, mail a copy of this certificate to: Wisconsin Department of Revenue, Audit Bureau, PO Box 8906, Madison WI 53708 or fax (608) 267-0834.
 - Keep a copy of this certificate with your records. If you have questions about the Department of Revenue requirements, call (608) 266-8646 or (608) 266-2776.

- EMPLOYER INSTRUCTIONS for New Hire Reporting:**
- This report contains the required information for reporting a New Hire to Wisconsin. If you are reporting new hires electronically, you do not need to forward a copy of this report to the Department of Workforce Development. Visit <http://dwd.wisconsin.gov/uiuh> to report new hires.
 - If you do not report new hires electronically, mail the original form to the Department of Workforce Development, New Hire Reporting, PO Box 14431, Madison WI 53708-0431 or fax toll free to 1-800-277-8075.
 - If you have questions about New Hire requirements, call toll free (888) 300-HIRE (888-300-4473). Visit dwd.wisconsin.gov/uiuh for more information.

ACUERDO DE PROVEEDOR DEL PROGRAMA DE MEDICAID Y RECONOCIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE LA PARTICIPACIÓN DE WISCONSIN

WISCONSIN MEDICAID PROGRAM PROVIDER AGREEMENT AND ACKNOWLEDGEMENT OF TERMS OF PARTICIPATION

Para Individuos o Agencias Proveedoras de Servicios de Exención

La ley federal exige que los Centers for Medicare & Medicaid Services (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) del Departamento de Salud y Servicios Humanos completen estos formularios según el Code of Federal Regulations 42 CFR 431.107.

Nombre del proveedor (en imprenta o escrito a máquina. Debe ser exactamente igual al nombre usado en todos los demás documentos)		Teléfono	
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal

El proveedor antes mencionado de servicios de exención para la comunidad y el hogar del programa Medicaid de Wisconsin, en adelante denominado "proveedor", acuerda y reconoce lo siguiente:

1. Proveer solamente los artículos o los servicios autorizados por la organización de cuidado administrado o por el programa IRIS.
2. Aceptar el pago de la organización de cuidado administrado o del programa IRIS como pago total por los artículos o servicios proporcionados.
3. No hacer reclamos ni solicitar cargos adicionales por los artículos o servicios proporcionados.
4. Devolver a la organización de cuidado administrado o al programa IRIS todos los sobrepagos.
5. Mantener los registros que sean necesarios para informar el alcance de los servicios prestados según el tipo de actividad comercial del proveedor.
6. Presentar información sobre los artículos o los servicios proporcionados cuando lo solicite la organización de cuidado administrado, el programa IRIS o el Department of Health Services (DHS) o quien este designe.
7. Cumplir con todas las demás leyes, los reglamentos y las políticas estatales y federales aplicables relacionadas con la provisión de los servicios de exención para la comunidad y el hogar según el programa Medicaid de Wisconsin, incluso la ley de verificación de antecedentes del cuidador.
8. Políticas y procedimientos de confidencialidad de Medicaid: mantener la confidencialidad de todos los registros y otra información relacionada con el estado de cada individuo como participante de la exención y con los servicios o con los artículos que el participante recibe del proveedor.
9. Respetar y cumplir el derecho del participante de la exención en relación con el derecho a negarse a recibir medicamentos y tratamientos y a otros derechos que la ley estatal y federal le otorgan al participante.
10. Procedimientos y políticas de prevención de fraudes de Medicaid (incluye la retención de los registros): mantener los registros necesarios para informar el alcance de los servicios prestados a los participantes de la exención **por un período de diez (10) años** y presentar al DHS, al Departamento de Salud y Servicios Humanos federal o a la Unidad de Control de Fraudes de Medicaid estatal, cuando lo soliciten, toda la información relacionada con los servicios provistos y los pagos reclamados por el proveedor para la prestación de los servicios según el Programa Medicaid de Wisconsin. Este requerimiento incluye la conservación de todos los registros y los documentos según las condiciones provistas por Wis. Admin. Code § DHS 106.02(a)-(d); (f)-(g).
11. El proveedor acuerda cumplir los requerimientos de divulgación que establece 42 CFR Part 455, Subpart B, que ahora están vigentes o según sean modificados. A los efectos de cumplir estos requerimientos y de atender los conflictos de intereses reales o potenciales que puedan influenciar la provisión del servicio, entre otras cosas, el proveedor deberá presentar por escrito a la organización de cuidado administrado y al Departamento, según este lo solicite, lo siguiente:

- a) los nombres y las direcciones de todos los proveedores de medicamentos, suministros médicos o transporte, o de los de otros proveedores que tienen una participación mayoritaria o propiedad;
 - b) los nombres y las dirección de todas las personas que tienen una participación mayoritaria en relación con el proveedor;
 - c) si alguna de las personas nombradas en cumplimiento de lo establecido en (a) y en (b) están relacionadas con algún propietario o con una persona que tenga una participación mayoritaria, como un cónyuge, padre, hijo o hermano;
 - b) los nombres y las direcciones de todos los subcontratistas que han realizado transacciones comerciales con el proveedor;
 - e) la identidad de todas las personas nombradas según (a) y (b) de arriba que han sido condenadas por delitos penales relacionados con la participación de esa persona en algún programa de Medicare, Medicaid o los programas de servicio de Title XX desde la creación de esos programas.
12. Proporcionar al DHS información de identidad con nombre, especialidad, fecha de nacimiento, número de seguro social, identificador de proveedor nacional (NPI, national provider identifier) (si cumple los requisitos para un NPI), número de identificación de contribuyente de impuestos federales y licencia o certificación del estado para registrarse en el programa Medicaid del estado.
13. Incluir su NPI (si cumple los requisitos para un NPI) en todos los reclamos presentados según el programa de Medicaid.
14. Cumplir con los requerimientos de las directivas avanzadas de 42 CFR Part 489, Subpart I.

No se pueden ni se podrán acordar modificaciones a este acuerdo. Modificar de alguna manera este acuerdo anula y deja sin efecto la firma del DHS. Este acuerdo no es transferible ni se puede ceder.

Nombre – Solicitante (en imprenta o a máquina)

FIRMA – Proveedor

Fecha de firma

FOR DMS USE ONLY (DO NOT WRITE BELOW THIS LINE)

SIGNATURE – Department of Health Services

Date Signed

08/14/17

Cuidado de apoyo autodirigido en el hogar de MCO

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE CAPACITACIÓN

Descripción del servicio: El cuidado de apoyo en el hogar (SHC por sus siglas en inglés) es la suministración de una variedad de servicios para miembros que necesitan asistencia para satisfacer sus necesidades de la vida diaria, garantizar un funcionamiento adecuado en su hogar y permitir un acceso seguro a la comunidad. SHC incluye servicios personales como actividades de la vida diaria, asistencia en el uso de equipos de adaptación, ayuda de movilidad y comunicación, y acompañar al miembro a las citas. También puede incluir ayudar al miembro a seguir los planes de tratamiento. Los servicios domésticos pueden incluir la realización de tareas del hogar y actividades de mantenimiento del hogar, como preparación de comidas, compras, lavandería y limpieza de la casa.

Empleado/proveedor de cuidados:

Dirección:

Teléfono:

Empleador / miembro:

Asistencia personal y servicios domésticos / quehaceres del hogar Capacitación mínima requerida y estándares de proveedores calificados

Los proveedores de cuidado de apoyo en el hogar y servicios de asistencia personal deben cumplir con la siguiente capacitación mínima requerida por el DHS y los estándares de proveedores calificados para brindar servicios y recibir pagos con fondos de Medicaid. **Cada miembro / empleador es responsable de proporcionar información y capacitación a sus empleados sobre necesidades específicas de cuidado.**

1. Políticas, procedimientos

Abarca el cumplimiento de HIPAA y otros requisitos de confidencialidad, estándares éticos, tales como el respeto a la propiedad personal, la prestación de servicios de forma segura a los miembros, la programación de horarios y el procedimiento / aviso para obtener tiempo libre que sea necesario y para iniciar servicios de respaldo según sea necesario.

2. Procesos de facturación y pago e información de contacto relevante

Mantenimiento de registros, informes e información de contacto, incluyendo el nombre e información de contacto de la información de contacto principal del miembro y el agente fiscal/empleador o la agencia de empleo conjunta.

3. Reconocer y responder a emergencias

Protocolos para ponerse en contacto con los sistemas locales de respuesta a emergencias, notificación rápida al contacto principal del miembro, al equipo de MCO y al Agente Fiscal del Empleador.

Ejemplos: números de contacto de emergencia, cuándo llamar a 911, plan de incendio/tornado, notificación inmediata al equipo de apoyo, etc.

4. Información específica sobre el miembro / empleador

Necesidades individuales del miembro, condiciones médicas, fortalezas, habilidades, preferencias/reglas; expectativas para brindar cuidados de manera segura.

Ejemplos: usar guantes, lavarse las manos, manipular equipos, transferencias, transporte, preferencias de aseo, cómo usar ayudas adaptativas o de movilidad, preparación de alimentos, preferencias de asistencia con la vida diaria y habilidades.

5. Información general del objetivo

Cualquier información general que pueda aplicarse al cuidado del miembro.

Ejemplo: información sobre cómo trabajar con personas de la tercera edad, personas con discapacidades físicas o cognitivas o problemas de salud mental.

6. Proporcionar servicios de calidad en tareas del hogar / quehaceres domésticos (si se proporcionan)

Comprender la buena nutrición, las dietas especiales, la planificación y preparación de comidas. Comprender y mantener un ambiente limpio, seguro y saludable. Respetar las preferencias de los miembros en labores domésticas y compras.

Ejemplos: cómo poner en funcionamiento la lavadora/secadora, lavadora de platos, preparar comidas, etc.

7. Trabajar de manera efectiva con el empleado / participante

Comprender y respetar la autodirección, individualidad, independencia y derechos del miembro. Procedimientos para manejar conflictos y quejas, diferencias culturales y relaciones familiares, y apoyo para el comportamiento (si fuera necesario).

FIRMAS al REVERSO

Exención y renuncia de requisitos de capacitación

Antes del empleo, el empleador / miembro puede eximir a un posible proveedor de los requisitos de capacitación de servicio personal y servicio de tareas domésticas cuando se determina que el proveedor ya tiene suficiente conocimiento o experiencia comparables.

Exención: Debido a una licencia o Credencial, las siguientes profesiones pueden estar exentas de los requisitos de capacitación: Asistente de enfermería certificado (CNA), practicante certificada de enfermería (LPN), enfermera titulada (RN), terapeuta físico u ocupacional (PT, OT) o asistente físico u ocupacional certificado (CPTA o COTA). Aún si se otorga una exención, el empleado / proveedor debe documentar la licencia o certificación. ***El empleador/miembro debe asegurarse de que el trabajador que realice tareas médicamente orientadas, como alimentación por sonda, cuidado de heridas o cuidado de traqueotomía, sea competente para realizar esas tareas específicas del empleador/miembro.***

Este proveedor está exento debido a una licencia o certificación como

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Practicante certificado de enfermería (LPN) | <input type="checkbox"/> Enfermera titulada (RN) |
| <input type="checkbox"/> Asistente de enfermería certificado (CNA) | <input type="checkbox"/> Terapeuta físico u ocupacional |
| <input type="checkbox"/> Asistente físico u ocupacional | |

Renuncia: Se puede renunciar a una parte o la totalidad de la capacitación requerida en función del conocimiento y las habilidades obtenidas a través de una experiencia previa (por ejemplo, trabajador de cuidado personal con una agencia certificada de cuidado personal). Cuando se otorga una exención, ***el empleador / miembro se debe asegurar de que el trabajador que realiza tareas médicamente orientadas, como alimentación por sonda, cuidado de heridas o atención de traqueotomía sea competente para realizar esas tareas específicas del empleador/miembro.***

Este proveedor está exonerado de capacitaciones específicas debido a una capacitación y/o experiencia previa.

ESPECIFIQUE la experiencia / capacitación previa

--

FIRMAS

Al firmar a continuación, certifico que cumpla con la capacitación mínima y los estándares de proveedores calificados para proporcionar Cuidado de apoyo en el hogar y cuidado personal a mi empleador/miembro. Como empleador, doy fe de que la persona mencionada en la parte superior cumple con todos los estándares de proveedores y requisitos de capacitación establecidos por el DHS según se han explicado.

Empleado / proveedor de cuidados	Fecha
Firma del empleador / representante	Fecha

Devuelva el formulario a:

Fiscal Assistance, Inc. 4646 S. Biltmore Lane Madison, WI 53718
Teléfono: 608.846.7058 o 1-855-201-4230 (número gratuito)
Fax: 608.842.0115 o 1-844-727-7533 (número gratuito)
Correo electrónico: Enrollment@fiscalassistance.org



Autorización de depósito directo

Nombre completo:

Nombre del banco:

Fiscal Assistance, Inc. requiere que todos los empleados seleccionen una opción de depósito directo, ya sea una cuenta(s) que usted especifique o una tarjeta de débito de pago de Bank Corp Rapid. Si no se proporciona la información de verificación de la cuenta (cheque anulado o carta bancaria) en el momento del empleo, se le emitirá una tarjeta de pago rápido y se utilizará hasta que se proporcione otra información/verificación de la cuenta.

Seleccione al menos una opción de depósito directo e indique el porcentaje de ganancias que desearía depositar en cada cuenta. *Debe proporcionar información de verificación para cada cuenta que elija.*

Corriente: _____ % Adjunte un cheque anulado o una carta del banco

- La carta debe estar impresa en papel con membrete del banco
- Debe tener los números de ruta y de cuenta correspondientes a esa cuenta
- Debe estar escrita a máquina e incluir el/los nombre/s de los titulares de la cuenta
- No se pueden usar cheques provisorios

Ahorros: _____ % Adjunte una carta del banco.

- La carta debe estar impresa en papel con membrete del banco
- Debe tener los números de ruta y de cuenta correspondientes a esa cuenta
- Debe estar escrita a máquina e incluir el/los nombre/s de los titulares de la cuenta

Tarjeta de pago rápido WEX: Autorizo a Fiscal Assistance, Inc. a emitirme una tarjeta de débito de pago Bank Corp Rapid utilizando mi información de identificación e iniciar depósitos de nómina en la cuenta de esta tarjeta. (Recibirá su tarjeta aproximadamente en 2 semanas)

Por la presente autorizo a Fiscal Assistance, Inc. a iniciar movimientos de crédito y, si es necesario, movimientos de débito y ajustes por cualquier movimiento de crédito por error en mi cuenta bancaria en la institución financiera mencionada anteriormente. Esta autorización permanecerá en vigencia y efecto hasta que Fiscal Assistance, Inc. reciba una notificación por escrito de mi parte sobre su terminación, de manera tal que otorgue a Fiscal Assistance, Inc. y a la institución financiera una oportunidad razonable para actuar en consecuencia.

Firma: _____

Fecha: _____

Adjunte una copia de un cheque anulado y/o una carta de verificación de su banco. Si esta información no se adjunta, se le emitirá una tarjeta de pago rápido hasta que se reciba la información de verificación de la cuenta