

Trabajador de apoyo personal

Paquete de Solicitud

Por favor complete los formularios en este paquete y devuélvalos a los lugares designados que están en la lista de verificación de requisitos.

!!!AVISO MUY IMPORTANTE!!!

Es crucial entender que este trabajo requiere el uso regular de una computadora, internet y correo electrónico.

También necesitará tener acceso a una impresora.

Creative Supports, Inc. no es su empleador; su empleador está determinado por la persona que recibe los servicios de apoyo o su representante legal.

Este es un paquete de Solicitud de trabajador de apoyo personal (PSW, por sus siglas en inglés).

Este paquete incluye los formularios requeridos y las solicitudes que son necesarias para iniciar el proceso de inscripción para convertirse en un PSW y conectarlo al individuo que recibe los servicios.

Por favor, lea el *paquete de Información del PSW* antes de continuar.

Es importante que entienda lo que significa ser un PSW y los requisitos de trabajo necesarios antes de enviar una solicitud.

Los formularios de este paquete *deben* completarse y enviarse correctamente.

No puede comenzar a trabajar como PSW hasta que se complete su inscripción y tenga un acuerdo de servicio firmado por el agente personal del individuo.

Creative Supports, Inc. (CSI, por sus siglas en inglés) es una agencia de servicios sin fines de lucro, contratada a través de Servicios de Discapacidades del Desarrollo de Oregon en parte para procesar planillas de horas y registros de millaje que permiten la dispersión de fondos estatales y federales designados bajo las instrucciones del individuo que recibe los servicios, su representante legal y la Regla Administrativa de Oregon.

Si tiene alguna pregunta con respecto a los materiales en este paquete, puede comunicarse con la Unidad eXPRS en CSI al 541-864-1673.

Lista de verificación de los requisitos para el nuevo trabajador de apoyo personal

El proceso para convertirse en un PSW puede ser bastante complejo. Esta lista de verificación es útil para realizar un seguimiento de su inscripción como PSW.

REQUISITOS GENERALES DEL PUESTO

- Debe tener una dirección de correo electrónico personal. No puede ser un correo electrónico de un amigo / familiar.
- Este puesto de trabajo incluye el uso frecuente de una computadora, internet y una impresora.
- Se recomienda que acceda a las guías de ayuda de eXPRS como referencia para utilizar el sistema de facturación del Estado (<https://apps.state.or.us/exprsWeb/login.do> → documentación de eXPRS)

LISTA DE VERIFICACIÓN

CSI = Creative Supports Inc.

- | | | |
|--------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | Formulario de Información de contacto | * Completarlo y devolverlo a CSI |
| <input type="checkbox"/> | Acuerdo de proveedor calificado | * Completarlo y devolverlo a CSI |
| <input type="checkbox"/> | Aviso obligatorio de reporte de abuso | * Completarlo y devolverlo a CSI |
| <input type="checkbox"/> | Consentimiento para conservar copias de documentos confidenciales | * Completarlo y devolverlo a CSI |
| <input type="checkbox"/> | Copia de la ODL y seguro de auto | * Enviarlos a CSI si proporciona transporte |
| <input type="checkbox"/> | Copia de la tarjeta de SS | * Enviarla a PPL junto con el formulario I-9 |
| <input type="checkbox"/> | Formulario de solicitud del PSW de PPL (FI) | * Completarlo y devolverlo a CSI |
| <input type="checkbox"/> | Solicitud de verificación de antecedentes penales | * Completarla y devolverla a CSI con identificación con foto. |
| <input type="checkbox"/> | Carta de aprobación de verificación de antecedentes penales | * Enviada por el personal de QED de la oficina de CSI una vez que se aprueba la verificación de antecedentes penales (CHC). |
| <input type="checkbox"/> | Solicitud y Acuerdo de inscripción de proveedores de PSW (PEAA) | * Enviarla a la Unidad de Inscripción de PSW. |
| <input type="checkbox"/> | Número de proveedor de SPD (solicitado con PEAA) | * Enviado por correo electrónico desde la Unidad de Inscripción del PSW. |
| <input type="checkbox"/> | Formulario de inscripción de usuario (UEF) Inscribir proveedor individual | * Completarlo y enviarlo a eXPRS, después de que se proporcione el número de SPD. |
| <input type="checkbox"/> | Nombre de usuario/Contraseña (Solicitado con UEF) | * Enviado por correo electrónico desde eXPRS, le da acceso a su cuenta de eXPRS para la facturación. |
| <input type="checkbox"/> | Verifique el estado aprobado para trabajar en eXPRS iniciando sesión. | * SPD#, CHC actual, PEAA actual. |
| <input type="checkbox"/> | Papeleo de Inscripción de PPL (FI) – Completarlo y devolverlo a CSI. CSI procesará el papeleo inicial y luego PPL enviará por correo/correo electrónico el papeleo de conexión al PSW. | * Emitido por correo/correo electrónico, devolverlo a PPL por fax/correo electrónico para establecer una relación laboral. |
| <input type="checkbox"/> | Identificar al Empleador y notificar al agente personal (PA) | * El especialista de eXPRS verifica el estado aprobado para trabajar y la relación laboral establecida en eXPRS y luego notifica al PA. |
| <input type="checkbox"/> | Acuerdo de servicio firmado, realizado por el agente personal de CSI | * Devolverlo a CSI y conservar copia. |
| <input type="checkbox"/> | Orientación para los nuevos PSW – Comisión de Cuidado en el Hogar de Oregon | * Debe asistir antes de que comience el empleo. (El número SPD no se asignará hasta que se complete la orientación). |

Información de contacto

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL TRABAJADOR DE APOYO PERSONAL			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Teléfono de casa:		Celular:	
Dirección física:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Dirección postal:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Correo electrónico:			
FIRMA DE VERIFICACIÓN			
Confirmo con autoridad que la verificación de la información proporcionada en este formulario es correcta.			
Firma del empleado / PSW:		Fecha:	

Acuerdo de trabajador de apoyo personal calificado

Creative Supports, Inc.

*** Firmar y devolver a la oficina de Creative Supports, Inc. ***

Antes de que pueda comenzar a trabajar, debe:

1. Completar y recibir una verificación de antecedentes penales aprobada. Antes de trabajar, nuestra oficina debe recibir la confirmación de que está autorizado para trabajar. Este proceso puede tardar entre 4-10 semanas.
2. Completar el formulario de Solicitud y Acuerdo de inscripción de proveedores, enviarlo a la oficina del DHS y recibir un número de identificación de proveedor de SPD.
3. Asistir a la "Orientación para el nuevo trabajador" que se ofrece en línea en <http://www.carewellseiu503.org>.
4. Estar calificado para trabajar en los Estados Unidos (*Ver Formulario I-9 del IRS*).
5. Ser un denunciante obligatorio de abuso.
6. Presentar copias de cualquier licencia o certificado que requiera tener para este trabajo (documentos requeridos por el estado de Oregon o la Oficina de Discapacidades del Desarrollo del condado).
7. Si conducir es parte de su trabajo, debe enviar copias de su licencia de conducir válida de Oregon y comprobante actual de seguro de auto.
8. Completar inscripción de empleo a través de Public Partnerships, LLC. y tener una relación laboral lista para empezar.
9. Firmar un acuerdo de servicio creado por el agente personal del individuo.

Las Reglas Administrativas de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés) establecen que el dinero de Adultos Mayores y Personas con Discapacidades (SPD, por sus siglas en inglés) **no puede pagar ningún trabajo** realizado por los empleados hasta que hayan cumplido con todos los pasos anteriores.

Debido a que se le paga con fondos públicos, estas reglas se deben seguir. Los fondos del servicio de apoyo no se utilizarán para pagar los servicios prestados por un empleado no calificado.

Yo, _____ (*nombre en letra de molde*) *acepto que no trabajaré para una persona que reciba servicios de apoyo a través de Creative Supports, Inc. sin pasar una verificación de antecedentes penales, recibir un número de identificación de proveedor de la ODDS SPD, mostrar prueba de mi capacidad para trabajar en los Estados Unidos y un acuerdo de servicio firmado. Actuaré como un denunciante de abuso obligatorio, entendiendo mi papel en el apoyo a esta población protegida al reportar toda sospecha de abuso y negligencia. Respetaré la confidencialidad de la persona y de mi empleador.*

Si trabajo antes de aprobar una verificación de antecedentes penales y estar calificado, entiendo que no se me pagará a través de los fondos del servicio de apoyo.

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Firma: _____

Aviso de denuncia obligatoria de casos de abuso: adultos con discapacidades del desarrollo

**Para denunciar casos de abuso, llame al
1-855-503 SAFE (7233)**

Como responsable de la prestación de servicios a adultos con discapacidades del desarrollo, usted es un **denunciante obligatorio**, según la ley de Oregon (ORS 430.765). Según la ley, si tiene motivos razonables para creer que un adulto con discapacidades del desarrollo ha sido víctima de abuso, o que cualquier persona con la que está en contacto ha abusado de dicho adulto, deberá denunciar el abuso **inmediatamente** al programa comunitario de discapacidades del desarrollo, al Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS) o ante la agencia de policía local. Si hay motivos para creer que se ha cometido un delito, deberá llamar a la policía. Siempre que corresponda, también deberá seguir las políticas y los procedimientos de su agencia, de modo que se tomen medidas inmediatas para proteger a la víctima del abuso.

Abuso de un adulto con discapacidades del desarrollo implica:

1. Abandono:

Abandono, que incluye la deserción o el abandono intencionado de un adulto, o bien, el retiro o la negligencia de tareas y obligaciones que un cuidador u otra persona le debe al adulto con discapacidades del desarrollo.

2. Maltrato físico:

- o Cualquier lesión física a un adulto cuya causa no sea accidental o que parezca estar en discrepancia con la explicación dada sobre la lesión.

- Infligir intencionadamente dolor físico o lesiones físicas a un adulto.

3. Abuso sexual:

- El contacto sexual con un adulto que no da su consentimiento o con un adulto considerado incapaz de dar su consentimiento a un acto sexual, en virtud de ORS 163.315.
- Acoso sexual, explotación sexual o exposición inadecuada a material o lenguaje sexualmente explícito.
- Cualquier contacto sexual entre un empleado de un establecimiento o cuidador remunerado y un adulto atendido por el establecimiento o cuidador.
- Cualquier contacto sexual entre un adulto y un familiar del adulto, que no sea su cónyuge.
- Cualquier contacto sexual que se consiga por fuerza, engaño, amenaza o coerción.
- Abuso sexual (delictivo) Acto que constituye un delito en virtud de los artículos ORS 163.375, 163.405, 163.411, 163.415, 163.425, 163.427, 163.465 o 163.467.

“Abuso sexual” no es el contacto sexual con consentimiento entre un adulto y un cuidador remunerado, que sea cónyuge del adulto.

“Contacto sexual” tiene el significado que se le da a ese término en ORS 163.305.

4. Negligencia:

- Falta de cuidado, supervisión o servicios necesarios para mantener la salud física y mental de un adulto, que pueda tener como consecuencia daños físicos o emocionales significativos para dicho adulto.
- La falta de esfuerzo razonable por parte de un cuidador para proteger a un adulto del abuso.
- La negación de servicios necesarios para mantener la salud y el bienestar de un adulto, que repercuta en daños físicos a dicho adulto.

5. Abuso verbal:

Amenazar con daños físicos o emocionales significativos a un adulto: al llamar a dicho adulto con nombres despectivos o inadecuados, hablarle con insultos, agredirlo verbalmente, mediante blasfemias o ridiculizaciones; a través del acoso, la coerción, las amenazas, la intimidación, la humillación, la crueldad mental o los comentarios sexuales indebidos.

6. Explotación económica:

- Apoderarse de manera ilegal de bienes, fondos o propiedades pertenecientes a un adulto o destinados para uso del adulto.
- Alarmar a un adulto expresando la amenaza de tomar o adueñarse ilegalmente de dinero o bienes del adulto, si este pudiera creer razonablemente que la amenaza transmitida podría llevarse a cabo.
- Adueñarse de manera ilegal, hacer uso indebido o transferir sin autorización dinero de cualquier cuenta que un adulto posea conjunta o individualmente.
- No utilizar ingresos o bienes de un adulto con eficacia para el sustento y la manutención del adulto.

7. Reclusión involuntaria:

La reclusión involuntaria de un adulto para la conveniencia del cuidador o para castigar a dicho adulto.

8. Restricción indebida:

El uso indebido de una restricción física o química sobre un adulto, que excluye un acto de restricción recetado por un médico autorizado, conforme al capítulo ORS 677, un asociado médico (PA) autorizado, conforme a los artículos ORS 677.505 a 677.525, un médico especialista en medicina naturista autorizado, conforme al capítulo ORS 685, o bien, un enfermero practicante autorizado, conforme a los

artículos ORS 678.375 a 678.390, y cualquier actividad de tratamiento que sea coherente con el plan de tratamiento aprobado o en relación con una orden judicial.

9. Muerte:

La muerte de un adulto cuya causa no sea accidental ni natural.

10. Programas de educación pública hasta el 12.º grado:

- o La restricción o reclusión de un adulto con una discapacidad del desarrollo, que infrinja los capítulos ORS 339.288, 339.291 o 339.308.
- o La imposición de castigos corporales a un adulto con una discapacidad del desarrollo, que infrinja el capítulo ORS 339.250 (9).

Puede encontrar estas definiciones de abuso en ORS 430.735.

De acuerdo con la ley, su identidad como persona denunciante es confidencial. Asimismo, la ley le brinda protección en caso de represalias por parte de un centro comunitario, un programa comunitario o una persona cuando realiza una denuncia de buena fe. No se puede darle de baja ni transferirlo de la agencia de un lugar a otra, despedirlo de su trabajo, bajarle la categoría de su puesto ni reducirle el sueldo, tampoco negarle el contacto con el centro o sus residentes por haber hecho una denuncia de buena fe por un presunto abuso. Si considera que ha sido víctima de represalia, tiene derecho a iniciar acciones legales en forma privada. Cualquier agencia, programa o persona que tome represalias en contra de una persona debido a una denuncia de buena fe por un presunto abuso podría ser responsable ante dicha persona por daños reales.

Al firmar este formulario, usted admite que entiende los requisitos para las denuncias obligatorias de casos de abusos de Oregon, en relación con los adultos con discapacidades del desarrollo. Si no entiende los requisitos para las denuncias obligatorias, solicite que se las expliquen antes de firmar este formulario.

He recibido y leído este aviso sobre mis obligaciones como denunciante obligatorio de casos de abuso.

Firme con su nombre

Fecha de hoy

Escriba su nombre, en letra de imprenta

Fecha de hoy

ENVÍE DE REGRESO ESTE FORMULARIO A SU PROGRAMA

Aviso de denuncia obligatoria - Adultos, Discapacidades intelectuales y del desarrollo (I/DD). Actualizado en enero de 2024.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera, sin cargo. Comuníquese con la oficina Capacitación, investigaciones y seguridad de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA), del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS), por mensaje de correo electrónico escribiendo a OTIS.Communications@odhsaha.oregon.gov, por teléfono llamando al (503) 945-9495, o bien, llamando a la línea gratuita al 1-866-406-4287 (voz). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Adultos con discapacidades intelectuales / del desarrollo (I/DD)

- Tarjeta de referencia rápida para denuncias de abuso -

Instrucciones:

- Ingrese el número de teléfono del Programa de Discapacidades del Desarrollo de su Comunidad o de la agencia local de aplicación de la ley usando el formulario rellenable
- Imprima en papel estándar de 8.5 x 11
- Corte el rectángulo de abajo con la información y descarte esta parte
- Doble el rectángulo por la línea vertical para que quede del tamaño de una tarjeta de presentación y guárdela para su referencia
- La tarjeta tiene un enlace web a los Avisos de Denuncia de Abuso que proporcionan las definiciones de abuso

<u>Discapacidades intelectuales/del desarrollo</u>	<u>Tipos de abuso</u>
<p>Denunciar abuso al 1-855-503 SAFE (7233) Emergencias 911 Denunciar delitos a la policía</p> <hr/>	<p>• Abandono • Muerte • Explotación Financiera • Aislamiento Involuntario • Descuido • Física • Sexual • Restricción ilegal • Verbal</p> <p>Ir a Recursos/Avisos https://go.usa.gov/xzCxr</p>

Consentimiento para conservar copias de documentos confidenciales

Creative Supports, Inc.

Yo, _____ (nombre en letra de molde)

autorizo a Creative Supports, Inc. (CSI) a mantener información confidencial como, pero no limitada a, una copia de mi licencia de conducir y comprobante de seguro de automóvil.

Entiendo que esta información se utilizará como parte de los comprobantes de mis requisitos para proporcionar servicios financiados por Medicaid a personas que puedan optar por contratarme como su trabajador de apoyo personal.

Además, acepto proporcionar actualizaciones de toda mi información a esta oficina, para garantizar que mis requisitos se mantengan con exactitud y actualizados según lo requiera Medicaid. Entiendo que actualizar mi información en la oficina de CSI no significa que mi información se actualizará con todas las entidades estatales.

Firma: _____

Fecha: _____

TRABAJADOR DE APOYO PERSONAL

Asociaciones Públicas, LLC. Formulario de Solicitud

<i>REQUERIDO SI ES CONTRATADO POR EL CLIENTE Y EL EMPLEADOR DE DERECHO COMÚN</i>			
Por favor, complete y devuelva a CSI			
Información del empleado			
Nombre:		Número SPD:	
Fecha de nacimiento:	SSN:	Teléfono:	
Dirección residencial:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Dirección postal:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Correo electrónico:			
CLIENTE PROPUESTO/ INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR <i>(si se conoce)</i>			
Nombre del cliente (puede ser diferente al del empleador):			
Nombre del empleador:			
VERIFICACIÓN DE FIRMAS			
Confirmando con autoridad que la verificación de la información proporcionada en este formulario es correcta.			
Firma del empleado / PSW:		Fecha:	

Solicitud de verificación de antecedentes penales:

Para ser empleado por un cliente que recibe servicios de gestión de casos de Creative Supports Inc., debe tener una verificación de antecedentes penales (CHC, por sus siglas en inglés) vigente y válida. Se requiere que todas las personas que trabajan con clientes que reciben servicios de gestión de casos a través de Creative Supports completen una CHC cada 2 años. Sin una CHC actual, no puede proporcionar apoyos pagados a los clientes de Creative Supports. Toma aproximadamente 8 semanas para procesar su verificación de antecedentes penales y asegurarse de que tenga credenciales actuales en el sistema de nómina estatal conocido como eXPRS.

La siguiente información es necesaria para que Creative Supports inicie el proceso de CHC:

Nombre: _____
(como aparece en su identificación emitida por el gobierno)

Número de Seguro Social (Nota: Esto es voluntario) _____

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): _____

Dirección residencial: _____

Dirección postal (en caso de ser distinta): _____

Nombres y alias anteriores: _____

Género: _____

Teléfono: _____ Tipo de teléfono (casa, celular, etc.): _____

2º Teléfono: _____ Tipo de teléfono: (casa, celular, etc.): _____

Correo electrónico: (necesario): _____

Historial de residencia fuera de Oregon, últimos cinco años: _____

Tipo de Empleado: PSW

El puesto de trabajo requiere contacto directo con: Adultos Información confidencial
 Finanzas / Registros financieros Sistemas de tecnología de la información Adultos mayores

El puesto requiere: Conducir

Recibirá un correo electrónico en la dirección que proporcionó arriba con instrucciones sobre cómo completar su CHC en línea. Por favor, tenga en cuenta que, si se requieren huellas dactilares para hacer una determinación final de idoneidad, recibirá instrucciones adicionales.

Se requiere adjuntar una copia de una identificación actual con foto emitida por el gobierno

Trabajador de apoyo personal (PSW) Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores (Revisado el 1.º de agosto de 2018)

Este Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores (*Acuerdo*) establece las condiciones y los acuerdos para inscribirse como un Trabajador de apoyo personal de Medicaid (*Proveedor*) con la Oficina de Discapacidades del Desarrollo (ODDS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (DHS, por sus siglas en inglés), y para recibir un número de proveedor, con el fin de recibir pagos por los servicios realizados por el Proveedor a personas aprobadas y elegibles para Medicaid (*Beneficiarios*) en Oregon. Los pagos por servicios se realizan mediante fondos federales de Medicaid y fondos estatales.

Tipo de acción solicitada

- Nueva inscripción Renovación o reinscripción:

Tipo de proveedor solicitado (*marque todas las respuestas que correspondan*)

Nota: todos los proveedores nuevos y los que están renovando su inscripción se inscribirán como Trabajadores de apoyo personal (84-803). Solo marque los tipos **adicionales** de proveedor que correspondan a su inscripción.

Nombre legal (*primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, como aparecen en su tarjeta de SSN vigente*):

- PSW: Servicios Intensivos Domiciliarios Infantiles (84-801)
 PSW: Cuidado Personal del Plan Estatal (84-800)
 PSW: Instructor laboral (84-809)*

Los PSW que se están inscribiendo como **Instructores laborales (84-809)** deben contar con la capacitación adecuada requerida en la Regla Administrativa de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés) 411-345-0030 antes de inscribirse, y deben presentar

la documentación de la capacitación junto con esta solicitud. La inscripción para Instructores laborales solo es válida por dos años y debe renovarse por separado.



Información del proveedor (requerida)

➤ **Se requiere** la divulgación del Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) conforme a lo dispuesto en 41 USC 405(c)(2)(C)(i), con el fin de establecer la identidad, 42 CFR 455.104 y 455.436, con el fin de excluir la verificación, y 26 CFR 301.6109-1, con el fin de declarar la información fiscal. El DHS puede reportar información al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) y al Departamento de Impuestos de Oregon bajo el nombre y Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) proporcionados abajo.

No deje ningún espacio de esta sección en blanco; podríamos rechazar su solicitud si no la llena por completo. Ingrese "N/A" en cualquier espacio que no aplique.

Calle y número: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Código postal (+4): _____ Condado: _____

Dirección postal (si es distinta): _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (+4): _____
Condado: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Fecha de nacimiento: _____ Número del Seguro Social (SSN): _____

¿Usted ha sido condenado por una ofensa criminal relacionada con su participación en cualquier programa bajo Medicare, Medicaid o el Programa de Servicios Título XXI, desde el inicio de dichos programas? Sí No

¿Lo han expulsado o excluido de participar como proveedor en Medicare o en cualquier programa estatal de Medicaid o Programa del Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)? Sí No

No tengo un número actual de proveedor de Medicare, Medicaid, CHIP o del DHS de Oregon

Tengo un número actual de proveedor de Medicare, Medicaid, CHIP o del DHS de Oregon (mencione a continuación):

Información de la agencia que presenta la solicitud (opcional)

Correduría/CDDP/CIIS que presenta la solicitud

Correo electrónico de contacto de la correduría/CDDP/CIIS que presenta la solicitud

ACUERDO:

Este Acuerdo establece la relación entre el Estado de Oregon, el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés), la Oficina de Discapacidades del Desarrollo, la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) y el Proveedor, con respecto a los pagos realizados por el DHS, o por las entidades financiadas y autorizadas por el DHS a pagar servicios domiciliarios financiados públicamente y previamente autorizados, proporcionados a un Beneficiario elegible.

Revise este Acuerdo cuidadosamente antes de firmar. Este describe sus obligaciones como proveedor de Medicaid en el estado de Oregon. No cumplir con este Acuerdo puede dar como resultado la terminación de su número de proveedor.

1. **Cumplimiento de las leyes aplicables:**

El proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- a. El Proveedor deberá cumplir con las leyes y regulaciones federales, estatales y locales aplicables a los artículos y servicios en este Acuerdo, incluyendo, entre otras, la Regla Administrativa de Oregon (OAR) 407-120-0325.
- b. Si un tribunal declara que cualquier término o provisión de este Acuerdo es ilegal o está en conflicto con cualquier ley, la validez del resto de los términos y provisiones no se verá afectada. Los derechos y obligaciones de las partes se interpretarán y ejecutarán como si el Acuerdo no incluyera el término o la provisión considerada como inválida.
- c. No cumplir con los términos de este Acuerdo o de cualquier regla aplicable del DHS puede provocar la terminación, la inactivación o la recuperación de pagos, sujetas a los derechos de apelación de los proveedores, conforme a lo dispuesto en las OAR 411-375-0070 y 411-375-0080.
- d. El Proveedor es un informante por mandato de acuerdo con los Estatutos Modificados de Oregon (ORS, por sus siglas en inglés) 419B.005 a 419B.050 y ORS 124.050 a 124.095.
- e. Si el proveedor brinda servicios de transporte, este deberá cumplir con todos los requisitos reglamentarios, de licencia y de certificación, según lo establecido en los estatutos federales y estatales, reglamentos o requisitos de seguro identificados en las OAR, necesarios para proporcionar Servicios de Transporte Relacionados con la Comunidad y el Empleo, como condición para el recibo de pagos por dichos servicios.

2. **Elegibilidad del Beneficiario:** el Proveedor recibirá pagos conforme a lo dispuesto en este Acuerdo, en el Convenio de Negociación Colectiva entre la Comisión de Cuidado Domiciliario de Oregon (OHCC, por sus siglas en inglés) y el Sindicato Internacional de Empleados de Servicios (SEIU, por sus siglas en inglés), Local 503, y las reglas

administrativas aplicables vigentes en la fecha del servicio, para los servicios brindados a un Beneficiario que cuente con un plan de servicio elegible que haya sido aprobado por el DHS o por una entidad autorizada a aprobar servicios a través de un contrato con el DHS. Cualquier pago realizado por servicios proporcionados fuera del plan de servicio o pagos por servicios más allá del plan de servicio aprobado, o pagos por servicios a Beneficiarios no elegibles, se consideran pagos excesivos y son responsabilidad única del Proveedor y se le deberán reembolsar al DHS si este ha realizado dichos pagos.

3. Mantenimiento de registros; acceso; confidencialidad de los registros del Beneficiario:

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

a. Mantenimiento de registros:

- i. El Proveedor mantendrá los registros (por ejemplo, hojas de trabajo, informes de incidentes [IR, por su siglas en inglés] y notas sobre el progreso) necesarios para divulgar en su totalidad el cuidado y los servicios específicos proporcionados a un Beneficiario elegible bajo este Acuerdo para el cual se solicite un reembolso, de conformidad con las reglas administrativas aplicables.
- ii. El Proveedor es responsable de completar y garantizar la veracidad de los registros financieros y clínicos y de cualquier otra documentación relacionada con el cuidado y los servicios específicos para los cuales se ha solicitado un pago.
- iii. El Proveedor conservará y mantendrá accesibles todos los registros descritos en 3(a)(i) durante: seis años después del pago final y la terminación de este Acuerdo; cualquier periodo requerido por la ley aplicable, incluyendo los calendarios de conservación establecidos en la OAR capítulo 166, división 150; o hasta la conclusión de cualquier auditoría, controversia o litigio que resulte o esté relacionado con este Acuerdo, lo que dure más.

- b. Acceso:** todos los registros financieros y mantenimiento de registros, además del resto de la documentación relacionada con los servicios prestados bajo este Acuerdo, deberán ponerse a disposición del DHS, la OHA, el Programa Comunitario de Discapacidades del Desarrollo (CDDP, por sus siglas en inglés) que esté gestionando el caso del Beneficiario, la correduría del Beneficiario, los Servicios Intensivos Domiciliarios Infantiles (CIIS, por sus siglas en inglés), la Unidad de Fraudes contra Medicaid del Departamento de Justicia de Oregon, la Oficina de la Secretaría del Estado de Oregon y el gobierno federal, y sus representantes debidamente autorizados, para examinar, auditar y sacar copias bajo solicitud.

- c. **Confidencialidad:** los registros de un Beneficiario son confidenciales y solo pueden entregársele al Beneficiario, o a otras personas con el consentimiento previo por escrito del Beneficiario, al tutor legal del Beneficiario u otra persona que actúe como el Poder Legal del Beneficiario y de conformidad con todos los requisitos de la ley estatal y federal aplicables, o las entidades nombradas en la sección "Acceso" antes mencionada, o para fines directamente relacionados con la administración de las leyes de asistencia pública y este Acuerdo.
4. **Inscripción activa:** al firmar este Acuerdo, el Proveedor acepta que está disponible y puede proporcionar servicios a uno o más Beneficiarios elegibles para los servicios domiciliarios financiados públicamente en Oregon. Este Acuerdo puede inactivarse si los servicios no están autorizados o no se pagan durante un periodo de doce meses. Después de la inactivación, el Proveedor puede volver a presentar una solicitud de inscripción como PSW si el Proveedor desea proporcionar servicios a los Beneficiarios del DHS.
5. **Elegibilidad y participación continua:** la elegibilidad y la participación continua como un PSW están condicionadas por el desempeño y el cumplimiento que el Proveedor haga de este Acuerdo, cualquier certificación o capacitación requerida, y la precisión continua de dicha información. El Proveedor debe continuar cumpliendo con todos los requisitos de elegibilidad, según lo establecido en la OAR 411-375-0020, sujetos a verificación del DHS.
6. **Suspensiones y recuperación de pagos del Proveedor:** no cumplir con los términos de este Acuerdo, las reglas de la ODDS, las reglas del DHS y de la OHA, o no presentar una solicitud verídica en cualquier aspecto, puede provocar la inactivación del número de Medicaid del proveedor, la finalización de este Acuerdo y/o la recuperación de pagos, conforme a lo dispuesto en la división 375 del capítulo 411 de las OAR y la división 120 del capítulo 407 de las OAR.
7. **Sistema Estatal de Registro y Derivación:** la Comisión de Cuidado Domiciliario de Oregon (OHCC, por sus siglas en inglés) tiene un Sistema Estatal de Registro y Derivación (RRS, por sus siglas en inglés) para ayudar a los Beneficiarios a encontrar proveedores domiciliarios calificados. El Proveedor entiende que si acepta que lo deriven a clientes empleadores potenciales (*Beneficiarios*) a través del RRS, la información de contacto del Proveedor (*nombre, número telefónico y número de proveedor*) se divulgará a cualquier persona que esté buscando servicios domiciliarios, y que si el Proveedor no desea que su información de contacto se divulgue, el Proveedor no será elegible para la derivación a Beneficiarios potenciales.

8. Firma del proveedor

He leído el Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores, y la Muestra A adjunta, y cualquier adición aprobada, las entiendo y acepto cumplir con sus términos y condiciones. Asimismo, entiendo y acepto que la violación de cualquiera de los términos y condiciones de este Acuerdo constituirá un motivo para la terminación de este Acuerdo y puede ocasionar otras sanciones según lo establecido en los estatutos, las reglas administrativas o en este Acuerdo.

Nombre en letra
impresión del
Proveedor:

Firma del proveedor

Firma/fecha de entrada en
vigor

Trabajador de apoyo personal Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores Muestra A

1. PARTICIPACIÓN DE MEDICAID

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. La información divulgada por el Proveedor está sujeta a verificación. Esta información se usará para fines relacionados con la administración del programa de Medicaid;
- B. El Proveedor le notificará al DHS sobre cualquier cambio que pudiera afectar a este Acuerdo o al pago de servicios cubiertos por este Acuerdo, en un plazo de treinta (30) días a partir del cambio;
- C. El Proveedor deberá, bajo petición razonable del DHS, de la OHA, la Unidad de Fraudes contra Medicaid de Oregon, la Oficina de la Secretaría del Estado de Oregon, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid o sus agentes o contratistas designados, otorgar acceso inmediato para revisar y copiar todos los registros de los que depende el Proveedor como apoyo para prestar el cuidado y los servicios proporcionados bajo este Acuerdo. El término "acceso inmediato" se refiere al acceso a los registros en el momento en que el Proveedor recibe la solicitud por escrito;
- D. El Proveedor no está en violación de ninguna de las Leyes Tributarias de Oregon. Para los fines de esta certificación, las "Leyes Tributarias de Oregon" se refieren a la ley tributaria estatal establecida por los Estatutos Modificados de Oregon (ORS, por sus siglas en inglés) 320.005 a 320.150 y 403.200 a 403.250, y los capítulos 118, 314, 316, 317, 318, 321 y 323 de ORS, además del programa de Asistencia de Alquiler para Adultos Mayores (ERA, por sus siglas en inglés) bajo los ORS 310.630 y 310.706 y los impuestos locales administrados por el Departamento de Hacienda bajo el ORS 305.620.
- E. El Proveedor no está sujeto a las retenciones de reserva debido a que el Proveedor está exento de las mismas, no ha recibido notificación del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de que el Proveedor está sujeto a las retenciones de reserva debido a que no reportó todos los intereses o dividendos, o el IRS le ha notificado al Proveedor que ya no está sujeto a las retenciones de reserva.
- F. El Proveedor no ha discriminado ni discriminará en contra de ninguna minoría, mujer o pequeña empresa emergente certificada bajo el ORS 200.055 para obtener cualquier subcontrato requerido.

- G. El Proveedor no está incluido en la lista titulada "Specially Designated Nationals and Blocked Persons" (Personas Bloqueadas y Nacionales Especialmente Designados) mantenida por la Oficina de Control de Bienes Extranjeros del Departamento del Tesoro de Estados Unidos y que puede encontrarse actualmente en: <https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf>;
- H. En todo momento, el Proveedor deberá cumplir con las capacitaciones requeridas y las calificaciones aplicables, y deberá ser profesionalmente competente para realizar el trabajo establecido bajo este Acuerdo. No cumplir con las capacitaciones o con las calificaciones aplicables puede resultar en la inactivación de la inscripción de un proveedor para realizar un servicio.
- I. Cualquier comunicación o aviso del Proveedor deberá hacerse por escrito vía entrega personal, correo electrónico, fax o correo postal, con franqueo pagado, al DHS. Cualquier tipo de comunicación o aviso dirigido de esta forma y enviado por correo normal se considerará como recibido y efectivo cinco días después de la fecha del envío; si se envía por fax, se considerará como recibido y efectivo el día que la máquina de fax emita el recibo de la transmisión exitosa, si se realizó durante las horas hábiles normales, o al día siguiente fuera de las horas hábiles normales; si se entregó por correo electrónico, se considerará como recibido y efectivo en la fecha y hora registradas en el sistema de recepción de correo electrónico; y si se hace una entrega personal, se considerará como recibido y efectivo en el momento en que se entregue y se confirme por teléfono al DHS.
- J. Toda la información presentada por el Proveedor en este Acuerdo es verdadera y correcta. Cualquier omisión, declaración falsa o falsificación deliberada de la información proporcionada o contenida en cualquier comunicación que le brinde información al DHS puede castigarse a través de la ley administrativa o criminal o ambas, incluyendo, entre otros, la denegación de la emisión de un número de proveedor del DHS, la revocación del número de proveedor del DHS y la recuperación de cualquier sobrepago.
- K. El Proveedor reconoce que la Ley de Reclamos Falsos de Oregon, ORS 180.750 a 180.785, aplica a cualquier "reclamo" (*según lo definido por el ORS 180.750*) realizado por (*o provocado por*) el Proveedor y que tenga que ver con este Acuerdo o con los servicios para los cuales se esté realizando el trabajo conforme a este Acuerdo. El proveedor certifica que ningún reclamo descrito en la frase anterior es, ni será, un "reclamo falso" (*según lo definido por el ORS 180.750*) o una acción prohibida por el ORS 180.755. Asimismo, el Proveedor reconoce que, además de los recursos bajo este Acuerdo, si se realiza (*o provoca que se realice*) un reclamo falso o realiza (*o provoca que se realice*) una acción prohibida bajo la Ley de Reclamos Falsos de Oregon, el Procurador General de Oregon puede hacer cumplir las obligaciones

y sanciones que aparecen en la Ley de Reclamos Falsos de Oregon en contra del Proveedor.

2. SERVICIOS

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. El Proveedor deberá desempeñar los servicios identificados en el plan de servicio del Beneficiario de conformidad con las siguientes reglas, según corresponda:
 - 1. OAR, capítulo 411, división 305 (*Servicios de Apoyos Familiares*)
 - 2. OAR 411-034-0000 a 411-034-0090 o las normas subsecuentes (*Cuidado personal del plan estatal*)
 - 3. OAR, capítulo 411, división 375 (*Proveedores independientes que brindan servicios de discapacidades del desarrollo*)
 - 4. OAR, capítulo 411, división 450 (*Apoyos para la vida comunitaria*)
 - 5. OAR, capítulo 411-435-0050(6) (*Transporte comunitario*)
 - 6. OAR, capítulo 411, división 345 (*Servicios de empleo*)
- B. El Proveedor no entrará en ningún subcontrato ni autorizará a otra persona a realizar los servicios autorizados por este Acuerdo.

3. PAGO

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. El DHS o un proveedor de los Servicios de Administración y Gestión Fiscal (FMAS, por sus siglas en inglés), en nombre del DHS, le pagará al Proveedor el trabajo proporcionado bajo este Acuerdo que esté autorizado para un pago y que sea aplicable a los servicios del PSW. Los pagos realizados por el DHS a partir de fondos públicos están sujetos al ORS 293.462. Las obligaciones del DHS y del Proveedor con respecto a los pagos del DHS al Proveedor están establecidas en el capítulo 411, divisiones 027 y 370; el capítulo 407, división 120; el capítulo 410, división 120; y el capítulo 411, división 375 de las Normas Administrativas de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés).
- B. Los pagos recibidos por parte del DHS o de un FMAS en nombre del DHS por cualquier servicio proporcionado bajo este Acuerdo son pagos íntegros. El Proveedor no le cobrará importes adicionales a los Beneficiarios elegibles, o a sus representantes, atendidos bajo este Acuerdo, excepto cuando las reglas del DHS lo permitan específicamente. El monto del pago y la metodología para hacer un pago se determina mediante los procedimientos descritos en las reglas aplicables del DHS. Al aceptar el pago, el Proveedor certifica el cumplimiento de todas las reglas aplicables del DHS. El Proveedor no recibirá pagos por trabajo realizado después del vencimiento o terminación de este Acuerdo.
- C. Como condición del pago, el Proveedor debe cumplir y continuar cumpliendo con las siguientes reglas de este Acuerdo y de pago: OAR 407-120-0300 a 407-120-1505,

OAR capítulo 410, división 120, 42 CFR 455.400 a 455.470, según corresponda, y 42 CFR 455.100 a 455.106.

- D. Un pago excesivo al Proveedor realizado por el DHS o un FMAS puede ser recuperado según lo autorizado por la ley y de conformidad con el Convenio de Negociación Colectiva aplicable, incluyendo, entre otras cosas, la retención de futuros pagos al Proveedor.
- E. El pago por los servicios realizados por un PSW depende de que el DHS reciba, por parte de la Asamblea Legislativa de Oregon, las consignaciones, limitaciones, asignaciones u otros gastos autorizados suficientes para permitirle al DHS, dentro de su discreción administrativa razonable, continuar realizando pagos.
- F. El Proveedor no es un funcionario, empleado o agente del estado de Oregon o del DHS y no deberá considerarse como (*a excepción del convenio colectivo según lo establecido en la ley estatal*) un empleado del estado de Oregon para ningún propósito. El Proveedor deberá realizar todo el trabajo como el empleado de un Beneficiario elegible o del representante (*empleador*) del Beneficiario responsable de determinar la forma y los medios adecuados del desempeño del Proveedor. Asimismo, el Proveedor entiende y acepta que el Proveedor no es un empleado de ningún CDDP, correduría ni cualquier otro contratista del DHS y no deberá considerarse como un empleado del CDDP, la correduría ni ningún otro contratista del DHS para ningún propósito, sin importar si alguna de estas entidades ayuda al empleador a seleccionar al Proveedor o a gestionar la nómina. El empleador es responsable de entrevistar y contratar a sus propios empleados, incluyendo al Proveedor. Los términos de la relación laboral del Proveedor son responsabilidad del empleador.
- G. Antes de proporcionar cualquier servicio a un Beneficiario, el Proveedor deberá haber establecido una relación laboral con el Beneficiario o el Representante (*empleador del Beneficiario*) y tanto el Proveedor como el empleador del Proveedor deben estar inscritos con el FMAS para ser elegibles para los pagos bajo este Acuerdo.
- H. La inscripción del Proveedor y la emisión de un número de Proveedor no constituye una garantía de trabajo o de ninguna cantidad mínima de trabajo.

4. Duración y terminación del Acuerdo

- A. A excepción de la Especialidad de Instructor Laboral para PSW, este Acuerdo vencerá el último día del mes en 5 años a partir de la fecha efectiva de este Acuerdo. La Especialidad de Instructor Laboral para PSW vencerá el último día del mes en 2 años a partir de la fecha efectiva de este Acuerdo. Si el Proveedor ha cumplido con todos los requisitos aplicables, la fecha efectiva de este Acuerdo es la fecha en la que el proveedor lo firmó.
- B. El DHS terminará o inactivará este Acuerdo si:

1. El DHS emite un fallo definitivo que anule el número del Proveedor, basado en un fallo bajo los términos y condiciones de terminación establecidos en la OAR 411-375-0070;
2. El Proveedor no proporciona información completa, correcta y de forma oportuna o no coopera con todos los requisitos de evaluación, a menos que el DHS determine que no es para el mejor interés del programa de Medicaid;
3. Se despide al Proveedor bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social o bajo un programa de Medicaid o programa CHIP de cualquier estado;
4. El Proveedor no proporciona huellas digitales, de una forma que el DHS determine, en un plazo de 30 días a partir de una solicitud de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) o del DHS, a menos que el DHS determine que no es para el mejor interés del programa de Medicaid;
5. El CMS o el DHS determine que el Proveedor ha falsificado cualquier información proporcionada en la solicitud o si el CMS o el DHS no pueden verificar la identidad del proveedor solicitante;
6. El DHS no recibe financiación, apropiaciones, limitaciones u otros gastos autorizados a niveles que el DHS o el programa específico determine que sean suficientes para el pago de servicios o artículos cubiertos bajo este Acuerdo;
7. Las leyes, regulaciones o lineamientos federales o estatales se modifiquen o interpreten por el DHS de tal forma que el Acuerdo prohíba la prestación de servicios y artículos o el DHS no tenga permitido pagar dichos servicios o artículos con la fuente de financiación planeada;
8. El Proveedor ya no califique como tal. La terminación tendrá efecto en la fecha en la que el Proveedor ya no califique; o,
9. El Proveedor no cumple con uno o más de los requisitos que regulan la participación como proveedor inscrito con el DHS, incluyendo los requisitos de pasar una verificación de antecedentes cada dos años. Además de la terminación o inactivación del Acuerdo, el número de Proveedor puede suspenderse inmediatamente, de conformidad con la OAR 407-120-0360. No se deberá proporcionar ningún servicio o artículo a los beneficiarios durante un periodo de suspensión. Además,
10. El DHS puede dar término a este Acuerdo en cualquier momento con un aviso por escrito al Proveedor.

C. El Proveedor puede dar término a este Acuerdo en cualquier momento, de acuerdo con los requisitos de terminación específicos al proveedor en las reglas de la OHA, las reglas específicas al programa del DHS y los reglamentos federales, al presentar

un aviso por escrito, en persona o por correo electrónico, en donde se mencione una fecha efectiva y específica de terminación. La terminación de este Acuerdo no libera al Proveedor de ninguna obligación por los servicios cubiertos o artículos proporcionados en las fechas de servicio durante las cuales el Acuerdo estuvo vigente. Las notificaciones del Proveedor deben presentarse mínimo 60 días antes de la fecha efectiva de terminación y deben enviarse a la oficina local y a la Unidad Administrativa de Contratos y Proveedores del ODDS a la dirección que se encuentra a continuación. El Proveedor y el DHS pueden acordar mutuamente y por escrito una fecha de terminación inmediata o cualquier fecha posterior acordada por escrito.

5. Indemnización

EL PROVEEDOR INDEMNIZARÁ Y DEFENDERÁ AL ESTADO DE OREGON, LOS CDDP, LAS CORREDURÍAS O SUS INTERMEDIARIOS FISCALES, SUS RESPECTIVAS AGENCIAS Y FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y AGENTES CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMO, DEMANDA, ACCIÓN, PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, COSTO Y GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA SURGIDO O RELACIONADO CON LOS ACTOS U OMISIONES DEL PROVEEDOR BAJO ESTE ACUERDO.

Devuelva el documento completado a:

Departamento de Servicios Humanos
ODDS Contracts and Provider Administration Unit
500 Summer St., NE E-09
Salem, OR 97301

O

Correo electrónico: PSW.Enrollment@odhsoha.oregon.gov

O

Fax: 503-947-5044

NOTA: Este formulario puede contener su información personal. Si usted envía este formulario por un correo electrónico no seguro, existe el riesgo de que pudiera ser interceptado por alguien a quien no estaba dirigido.

Si no está seguro sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico seguro, considere usar el correo postal o fax.

Cómo completar el Formulario de Inscripción eXPRS usuario para Proveedores Individuales PSW, IC-PSW, Doméstico Empleado o Consultantes Comportamiento

(PSW eXPRS User Account Enrollment Form Instructions)

Los proveedores individuales tendrán una cuenta de usuario para el sistema eXPRS con el fin de presentar directamente sus Servicio Entregado los datos de facturación que se utilizarán para las solicitudes de pago, y para ver las autorizaciones aplicables de servicio para los clientes que presta sus servicios como proveedor.

El término "proveedor individual" se utiliza para referirse a uno de los tipos por debajo de los proveedores:

- Apoyo al Trabajador Personal (PSW)
- Contratista Independiente Trabajador de Apoyo Personal (IC-PSW)
- Trabajador Empleado nacional (DE)
- Consultor del comportamiento individual (BC)

Para solicitar una cuenta de usuario y el acceso a eXPRS, los proveedores tendrán que completar y enviar el Formulario de Inscripción eXPRS usuario para proveedores individuales.

Tenga en cuenta que este formulario de inscripción no le da acceso a registro de proveedores del Oregon Home Care Commission u otros sistemas del DHS. El Registro y otros sistemas son una diferente de eXPRS y pueden tener sus propios procesos de acceso de usuario.

Instrucciones para completar el Formulario de Inscripción del usuario eXPRS:

→ **Importante:** Cualquier artículo / sección en el formulario que está marcado con un asterisco rojo (*) indica **información requerida**.

En la sección SUPERIOR de la forma:

* Indicate Action:	<input type="checkbox"/> Add	<input type="checkbox"/> Modify	<input type="checkbox"/> Deactivate	<input type="checkbox"/> Name/Login Change
--------------------	------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	--

- Indique marcando la casilla correspondiente el tipo de acción inscripción le están deseando tomar:
 - **“ADD” = Añadir**; significa ser añadido como usuario y se le dio permiso para hacer login para eXPRS.
 - **“MODIFY” = MODIFICAR**; significa que usted desea hacer un cambio en sus permisos actuales que tienen que acceder eXPRS.
 - **“DEACTIVATE” = DESACTIVAR**; significa que usted desea terminar sus permisos de usuario y cerrar su acceso a eXPRS. Por ejemplo, si ya no está trabajando como PSW / proveedor individual.
 - **“NAME/LOGIN CHANGE” = NOMBRE / LOGIN CAMBIO**; significa que desea cambiar su nombre de usuario o nombre de usuario perfil.

Luego, continúe con:

* User Name: (Last, First MI) (Print Name)	* Phone:
* Job Title:	* Provider Name or Number (SPD or eXPRS):
* Address: (Mailing Address)	* City, State, Zip:
Already have an eXPRS login name?	* E-mail Address:

- Completar las casillas restantes, incluyendo información sobre:
 - **“User Name”** = Nombre de usuario; su nombre
 - **“Phone”** = Teléfono; su número de teléfono
 - **“Job Title”** = Título del Trabajo; su puesto de trabajo o el tipo de proveedor que está (como "PSW", "IC-PSW", "Comportamiento Consultor", etc.).
 - **“Provider Name or Number”** = Nombre de Proveedores o Number; el nombre que aparece en su registro de proveedor o el número de su proveedor de SPD ID (número de 6 dígitos que recibió del DHS una vez que su inscripción del proveedor y "aprobado para trabajar" se terminó de estado) o su número de identificación proveedor eXPRS. Es posible que tenga más de un número, si lo hace diferentes tipos de trabajo. Lista de al menos uno o todos (si lo desea) de los números de proveedor SPD ha asignado. Esto es necesario para que podamos vincular tu cuenta de usuario para su registro de proveedor para que pueda ver la información para usted en el sistema.

- **“Address”** = Dirección; su calle o dirección postal PO Box
- **“City/State/Zip”** = Ciudad / Estado / Código Postal; el resto de su dirección postal
- **“Already have an eXPRS login name?”** = ¿Ya tiene su nombre de usuario eXPRS?; Si ya tiene acceso a eXPRS con un ID de inicio de sesión, la lista de esto aquí. Si no lo hace, deje este espacio en vacío.
- **“E-mail address”** = Dirección de correo electrónico; su dirección de correo electrónico. Esto es necesario para que el sistema pueda hacer el restablecimiento de contraseñas cuando sea necesario. Tu dirección de correo electrónico acaba de ser única para usted, y no puede ser compartida con otro usuario en eXPRS. Esto es por razones de seguridad.

En la sección MEDIA de la forma:

Add	Del	Role Name	Information within eXPRS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Provider	<u>View:</u> Claim, Client, Plan of Care, Provider, PSW Menu, Service Authorizations, Service Element
		PSWIDE/IC/BC	
		Claims Manager	<u>Create, Delete, Submit, Update, View:</u> Service Delivery <u>Run:</u> Report – Client Service Authorization

- Marque la casilla en la columna Añadir para agregar el permiso para permitirle el acceso al sistema eXPRS.
- Marque la casilla DEL (borrar) para borrar / eliminar su acceso / permiso para acceder al sistema eXPRS.

En la sección de FONDO de la forma:

Print Name:	
Signature:	Date: / /

- Escriba su nombre
- Firmar y fechar el formulario.

Una vez completado el formulario, enviarlo al DHS. Por favor, use sólo un método para la presentación de su formulario. **Se prefiere fax o de correo electrónico.**

Por correo electrónico: info.exprs@state.or.us
Por fax: 503-947-5044
Por correo postal: DHS – ITBSU
ATTN: eXPRS Security & User Enrollment
500 Summer St NE; E-12
Salem, OR 97301

Por favor, recuerde que debe mantener una copia del formulario para sus propios registros.

¿Qué sucede una vez que envíe su formulario completo?

Usted recibirá un email de confirmación de su inscripción info.exprs@state.or.us cuando el usuario se ha completado y se ha concedido el acceso del usuario a eXPRS. Por favor, asegúrese de que su dirección de correo electrónico de spam o correo basura filtros se configuran para permitir que los correos electrónicos de info.exprs@state.or.us.

Independent Provider User Enrollment Form
(PSW, Behavior Consultant, Employment/Discovery Providers)

INSTRUCTIONS

1. A red asterisk (*) indicates this information is required. Incomplete forms cannot be processed.
2. Send completed form by email to info.exprs@state.or.us or Fax to **503-947-5044**.
3. If the form is complete and your provider record is active, your form should be processed within a week, but may take longer; please be patient.
4. Once your eXPRS User Account has been created, you will receive two emails from info.exprs@state.or.us:
 - The 1st email contains generic information and includes several attachments.
 - The 2nd email will be secure email from DHS and includes your eXPRS Login Name and a temporary password.

NOTE: Unless you already have one, you will have to set up an account with ODHS' secure email system. If you need assistance with a secure email, please contact the ODHS Service Desk at 503-945-5623 and choose option 3.
5. If you have not received an email within one week, please check your junk or spam folder. If it is not received within 10 days, please send an email to info.exprs@state.or.us to check on the status.

Maintain a copy of this form in your local file for audit purposes.

Send completed form to: info.exprs@dhsoha.state.or.us



Independent Provider
 (PSW, Behavior Consultant, Employment/Discovery)
User Enrollment Form

* Indicates required fields. Send completed form to: info.exprs@dhsosha.state.or.us or fax to 503-947-5044

Additional form instructions are on the back.

*Indicate Action: <input type="checkbox"/> Add User <input type="checkbox"/> Change of Information <input type="checkbox"/> Deactivate User

*User's Name: (Last, First, MI) (Print Name)

Already have an eXPRS Login?

NO Yes, Login Name:

*Job Title (*check one):

*Provider Number(s) (SPD or eXPRS):

- Personal Support Worker (PSW)
- Independent Behavior Consultant
- Independent Employment/Discovery Provider

*User's Address: (Mailing Address)

*City, State, Zip:

*User's Phone Number:

*User's Email:

ADD	DEL	User Role/Description
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Provider PSW/IC/BC Claims Manager - able to <i>Create/Submit/View Service Delivered (SD) billing entries via the eXPRS Desktop and/or eXPRS Mobile-EVV; able to Create/Submit/View PSW Travel Time claims; able to view Service Prior Authorizations (SPAs), provider credential information, claims and payment information; able to print timesheets.</i>

*I solemnly swear (*check one):

- I acknowledge that **I also work** as an Agency Direct Support Professional (DSP).
- I acknowledge that **I do NOT work** as an Agency Direct Support Professional (DSP).

By signing, I acknowledge that failure to accurately represent my role as a Personal Support Worker or as an Agency Direct Support Professional (DSP) may be considered Medicaid fraud.

*Print User's Name:	
*User's Signature:	*Date: / /

Maintain a copy of this form in your local file for audit purposes.

Send completed form to: info.exprs@dhsosha.state.or.us