

PROGRAMA DE SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL ACUERDO DEL PROVEEDOR/DE INSCRIPCION

Instrucciones:

- Este formulario se tiene que completar en triplicado.
- Este formulario se tiene que completar antes de que se registre **cada** proveedor que le proporcione servicios al cliente. La **PARTE I** tiene que ser completada por el proveedor de servicios.
- La **PARTE II** tiene que ser completada por el cliente o el representante autorizado, siempre y cuando el representante autorizado **NO sea el proveedor de servicios**.
- La **PARTE III** tiene que ser completada por el condado.
- El condado tiene que mantener el formulario original y se tiene que dar una copia al proveedor y al beneficiario.

PARTE I - PROVEEDOR DE SERVICIOS

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS			NUMERO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCION (calle, ciudad, código postal)			TELEFONO ()	
FECHA DE NACIMIENTO (mes, día, año)	SEXO	ORIGEN ETNICO	PARENTESCO/RELACION CON EL CLIENTE	COMIENZO DEL SERVICIO (mes, día, año)

DECLARACION DE CERTIFICACION

- Certifico que todos los servicios a clientes del Programa de Servicios de Cuidado Personal, para los que yo presente una reclamación, se proporcionarán de acuerdo a lo que se autorice para el cliente.
- Certifico que toda la información que se le entregue al condado será correcta y completa, según mi leal saber y entender.
- Entiendo que el pago de estas reclamaciones se hará con fondos federales y/o estatales y que se me podrá enjuiciar por cualquier declaración o reclamación falsa o por ocultar información, de acuerdo a las leyes federales y/o estatales.
- Estoy de acuerdo con el hecho de que los servicios se ofrecerán y se proporcionarán sin que se discrimine por razones de raza, religión, color, origen nacional o étnico, sexo, edad, ni incapacidad/discapacidad física o mental.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS	FECHA
----------------------------------	-------

PARTE II - CERTIFICACION DEL CLIENTE

Certifico que el proveedor de servicios mencionado arriba reúne los requisitos para proporcionarme servicios de cuidado personal de acuerdo a lo que autorice el condado.

NOMBRE DEL CLIENTE	NUMERO DEL CASO
FIRMA DEL CLIENTE (o representante autorizado)	FECHA

PARTE III - RETENCION DE EXPEDIENTES

A nombre del proveedor de servicios, el condado mantendrá, por un mínimo de tres años a partir de la fecha del servicio, todos los expedientes que sean necesarios para revelar por completo la extensión de los servicios que se le proporcionen al cliente. Además, si se solicita, el condado les proporcionará los expedientes, para su verificación contable, al Estado de California o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, o a sus representantes debidamente autorizados.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL CONDADO	NUMERO DEL TRABAJADOR DE SERVICIOS	FECHA
--	------------------------------------	-------

PARTE IV - APROBACION POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE CALIFORNIA

El Departamento certifica que la persona mencionada arriba será un proveedor registrado de servicios de cuidado personal bajo el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal).

Departamento de Servicios de Salud de California