

Formulario para designación y aceptación del empleador de registro



INFORMACIÓN IMPORTANTE

El programa de Exención de Opciones Comunitarias (CCW) ofrece a usted como participante de este programa o su tutor legal cuando sea apropiado, la oportunidad de tomar un papel activo en el manejo de los servicios seleccionados a través de la opción de servicios dirigidos por el participante. Usted puede optar por dirigir sus propios servicios o designar a otra persona de su confianza para que actúe como el empleador de registro (EOR) y dirija los servicios en su nombre.

Usted debe completar este formulario para designar a otra persona como su EOR para que tome las decisiones y actúe en su nombre con respecto a las obligaciones y responsabilidades del empleador bajo la opción de servicios dirigidos por el participante. Su EOR está autorizado para actuar en su nombre con respecto a estas funciones relacionadas con el empleo, si usted es o no es capaz de actuar por sí mismo.

Su EOR no puede tomar otras decisiones financieras o de servicios de salud en su nombre. Si usted tiene dudas sobre la autoridad que otorga a su EOR, debería buscar un asesoramiento jurídico antes de firmar este formulario.

DESIGNACIÓN DEL EOR

Yo, _____, (nombre del participante) designo a la siguiente persona como mi EOR:

Nombre del EOR: _____

Dirección del EOR: _____

Número de teléfono del EOR: _____

AUTORIDAD ESPECÍFICA

Otorgo a mi EOR designado una autoridad específica para actuar en mi nombre y realizar estas funciones relacionadas con el empleo respecto a mis servicios dirigidos por el participante:

1. Reclutar a los empleados potenciales;
2. Asegurar que los empleados completen con éxito todo el entrenamiento requerido;
3. Especificar cualquier cualificación adicional, estándar para la investigación de historial criminal y antecedentes penales, y/o requerimiento de entrenamiento;
4. Seleccionar y contratar a los empleados;
5. Determinar los salarios de los empleados dentro de los límites del programa;
6. Determinar las responsabilidades de los empleados, de acuerdo con el Índice de Servicios de CCW y dentro de los límites del programa;
7. Crear y mantener una descripción del trabajo para cada empleado;
8. Verificar la inscripción de los empleados en el Servicio de Administración Financiera y obtener el estatus de aprobación necesario antes de que comiencen a proveer sus servicios;
9. Orientar, entrenar y dar instrucciones a los empleados sobre sus responsabilidades;
10. Programar y manejar la provisión de servicios para mantenerse dentro del presupuesto dirigido por el participante;
11. Supervisar a los empleados;
12. Evaluar y manejar el desempeño de los empleados;
13. Verificar el tiempo trabajado por los empleados y aprobar las hojas de horas trabajadas; y
14. Liberar y/o despedir a los empleados.

Yo entiendo que la designación de estas responsabilidades no limita o exenta mi responsabilidad por la veracidad, integridad y exactitud de todos los reclamos presentados ante Medicaid de Wyoming por mí o en mi nombre. Este acuerdo no elimina la posibilidad de sanciones bajo las leyes estatales y federales correspondientes por reclamos fraudulentos, falsos o engañosos.

FECHA DE VIGENCIA

Esta designación del EOR está vigente de inmediato, a menos que yo haya declarado algo diferente en las instrucciones especiales.

FIRMA Y ACEPTACIÓN

Firma* y fecha del participante:

Nombre del participante (letra de molde):

Dirección del participante:

Número de teléfono del participante:

****Si un participante tiene un tutor legal que tiene la autoridad para tomar decisiones, debe firmar el formulario y presentar la documentación de tutela o representación legal.***

ACUERDO PARA EL EMPLEADOR DE DIRECCIÓN DEL PARTICIPANTE DE EXENCIÓN DE OPCIONES COMUNITARIAS

La dirección del participante es un método opcional para la provisión de servicios que ofrece a los participantes en el programa de Exención de Opciones Comunitarias (CCW) una alternativa a la provisión de servicios a través de las agencias proveedoras tradicionales. La dirección del participante significa que al participante (o su tutor legal o empleador de registro designado, cuando sea apropiado) se le otorga la autoridad para tomar decisiones sobre ciertos servicios de exención y acepta la responsabilidad de asumir un papel directo en su manejo.

RESPONSABILIDADES DEL EOR

Cuando usted acepta su responsabilidad como un EOR, está de acuerdo con:

1. Actuar de buena fe;
2. Actuar lealmente en beneficio del participante;
3. Actuar con esmero y desempeñar las funciones y responsabilidades del empleador de registro designado con competencia y diligencia;
4. Actuar dentro de la autoridad otorgada en esta carta poder;
5. Hacer lo que sabe que el participante razonablemente espera que usted haga o, si no conoce las expectativas del participante, actuar en el mejor interés del participante;
6. Cooperar con cualquier persona que tenga la autoridad para tomar decisiones sobre los servicios de salud del participante, para hacer lo que sabe que el participante razonablemente espera que usted haga o, si no conoce las expectativas del participante, actuar en el mejor interés del participante;
7. Evitar conflictos que puedan afectar su capacidad para actuar en el mejor interés del participante;
8. No servir o recibir reembolsos como proveedor de servicios de Medicaid para el participante;
9. No recibir una remuneración por desempeñar las funciones y responsabilidades del empleador de registro designado;
10. Asegurar que los reclamos presentados por los empleados sean exactos y no contengan reclamos falsos, declaraciones o un encubrimiento de hechos materiales;
11. Revelar su identidad como un EOR cuando actúe en nombre del participante, escribiendo o imprimiendo el nombre del participante y firmando con su propio nombre;
12. No presentarse como empleado o agente del Estado de Wyoming o la agencia de Servicios de Administración Financiera (FMS); y
13. No asignar o delegar las obligaciones y responsabilidades del empleador de registro designado a otra persona o entidad.

INSTRUCCIONES ESPECIALES (OPCIONAL)

Al firmar este formulario, usted acepta que:

1. Recibió y leyó el Manual para Empleadores de Dirección del Participante.
2. Entiende y acepta cumplir con los lineamientos del Manual para Empleadores de Dirección del Participante cuando sea revisado o actualizado en el futuro.
3. Entiende que el incumplimiento de los estándares del programa de CCW puede resultar en una acción disciplinaria, incluyendo la terminación involuntaria de la opción de servicio dirigidos por el participante.
4. Entiende que sirve como el empleador legal y que no tiene la autoridad para asignar o delegar los deberes y responsabilidades del empleador a otra persona o entidad.
5. Tiene la responsabilidad de manejar los servicios dentro del presupuesto autorizado para la dirección del participante. Entiende que las hojas de horas trabajadas presentadas que excedan el presupuesto autorizado no serán pagadas por la agencia de Servicios de Administración Financiera (FMS).
6. No se hará pasar por un empleado o agente del Estado de Wyoming o la agencia de FMS.
7. Podría considerarse personalmente responsable bajo las leyes estatales y federales correspondientes, por cualquier reclamo fraudulento, falso o engañoso que usted haga o presente ante Medicaid de Wyoming, y que podría ser responsable de reembolsar cualquier fondo.

FIRMA Y ACEPTACIÓN

Firma y fecha del empleador de registro

Nombre del empleador de registro (letra de molde)

Firma* y fecha del participante/representante legalmente autorizado

Nombre del participante/representante legalmente autorizado (letra de molde)

**Si un participante tiene un representante legalmente autorizado que tiene la autoridad para tomar decisiones, debe firmar el formulario y presentar la documentación de tutela o representación legal.*
