

## Paquete de inscripción para Trabajadores de Servicio Directo (DSW)

¡Bienvenido! Este paquete contiene los formularios y la información que necesita para registrarse como DSW. El Participante es su Empleador. Él o ella puede ayudarle a completar este paquete. Se necesita la firma de su Empleador en algunos de los formularios. Entréguele el paquete cuando termine. Él o ella nos lo enviará. Una de las tareas de Consumer Direct es pagarle a usted cada dos semanas. También procesaremos sus impuestos. Usted tiene que pasar una Revisión de Antecedentes para trabajar. Cuando se hayan procesado todos los formularios, el Empleador recibirá un formulario de aprobación que diga que usted “Puede Trabajar” de parte de Consumer Direct. Después, usted podrá empezar a trabajar. No puede empezar a trabajar sino hasta que sea aprobado. Llámenos si tiene preguntas.

### Información de contacto de Servicio al Cliente

Consumer Direct  
4577 N. Nob Hill Road, Suite 206  
Sunrise, FL 33351-4715  
L-V, 8 a.m.-5 p.m. (excepto días festivos)

Teléfono: 954-368-2069, gratuito: 1-877-270-9580  
Número de fax gratuito: 1-877-344-0999  
Correo electrónico: [infoCDFL@ConsumerDirectCare.com](mailto:infoCDFL@ConsumerDirectCare.com)  
Sitio web: [www.ConsumerDirectFL.com](http://www.ConsumerDirectFL.com)

### Formularios del paquete de inscripción y explicación de los formularios

*(Estos formularios se deben devolver a Consumer Direct).*

Lista de verificación para DSW nuevos	Use este formulario como lista de verificación para completar los formularios del paquete.
Formulario de datos	Este formulario da información básica sobre usted. Necesitamos esta información para poder pagarle. <b>Para Cuidado de Asistentes o Servicios de Enfermería Especializada Intermitentes, adjunte una copia de su licencia de RN o LPN.</b>
Revisión de antecedentes de proveedor de cuidado, Formulario de aceptación de Política de privacidad	Este es un aviso y declaración de privacidad. Es del Departamento de Policía de Florida y el FBI. Firme este formulario. Demostrará que usted recibió este formulario.
Declaración de cumplimiento de los requisitos de revisión de antecedentes	Una persona que trabaja como DSW necesita tener una revisión de antecedentes de nivel 2. Las leyes de Florida lo exigen. Debe reunir los requisitos de empleo. Debe probar que no se le ha declarado culpable de los delitos penales en el formulario.
Información necesaria para la toma de huellas digitales	Usaremos este formulario para registrarlo en línea para una revisión de antecedentes de huellas digitales. El paquete complementario contiene un formulario de Procedimientos de toma de huellas digitales. Léalo si tiene preguntas.
Acuerdo entre el Participante y el Trabajador de Servicio Directo	Es un acuerdo entre usted y el empleador. Da un resumen de las tareas que debe completar. Establece las condiciones de empleo. Su tarifa de pago también se muestra bajo el acuerdo.
Descripción del trabajo	Explica las responsabilidades del trabajo.

*(Vea el reverso para consultar más explicaciones de formularios).*

## Paquete de inscripción para Trabajadores de Servicio Directo (DSW)

I-9, Verificación de elegibilidad de empleo	Este formulario confirma que usted está aprobado para trabajar en los Estados Unidos. Debe completar la sección 1 de este formulario. El empleador completará la sección 2 revisando sus documentos de apoyo. Los documentos pueden ser de la lista A o las listas B y C. <b>Puede ser necesario adjuntar documentos.</b> Adjunte una fotocopia de los siguientes si se registran en la sección 2: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tarjeta de pasaporte o pasaporte de los EE. UU.</li> <li>Tarjeta de residente permanente, Formulario I-551</li> <li>Documento de autorización de empleo, Formulario I-766</li> </ul>
W-4, Certificado de exención de retenciones del empleado	Nuestro departamento de nómina retendrá el impuesto federal sobre la renta de su pago. Ellos harán los depósitos en su nombre. Se basarán en las exenciones reclamadas.
Formulario de selección de pago	Use este formulario para informar cómo desea recibir su pago. <b>Se requiere un documento adjunto. Proporcione un cheque cancelado o una carta de su banco.</b>
Información de relación de empleo	Use el formulario para ver si está exento de pagar ciertos impuestos de nómina. Esto se basa en su relación con el empleador.
Cuestionario de salud	Este formulario se utiliza para corroborar que pueda realizar las tareas que se enumeran en su descripción del puesto. Es importante para fines de indemnización laboral.

### Suplementos e instrucciones

*(Guarde estos documentos para consultarlos).*

Departamento de Policía de Florida: Aviso para los solicitantes que presentan sus huellas digitales y Declaración de privacidad de la Oficina Federal de Investigación	Se hará una revisión de antecedentes con sus huellas digitales. La realizará el Departamento de Policía de Florida. Este formulario le dirá cómo se guardan los registros de sus huellas digitales. Le dará información sobre su derecho a la privacidad. También le informará los pasos a seguir para cuestionar los registros incorrectos.
Procedimientos de toma de huellas digitales	Usted completará una revisión de antecedentes obligatoria antes del empleo. Deberá seguir las instrucciones para el registro y toma de huellas digitales. Consumer Direct recibirá un aviso cuando estén listos los resultados. Después, informaremos a su empleador. No podrá empezar a trabajar sino hasta que Consumer Direct envíe un formulario que diga que Puede Trabajar.
Lista de delitos excluyentes	Esta es una lista de delitos penales. No podrá proporcionar servicios si su revisión de antecedentes revela algún delito de esta lista.
Calendario de nómina	Informa cuándo se deben entregar las hojas de asistencia. También muestra cuándo se emiten los cheques de pago.

## Paquete de inscripción para Trabajadores de Servicio Directo (DSW)

Instrucciones para las hojas de asistencia en línea	Las hojas de asistencia en línea son el método preferido para registrar el tiempo trabajado. Reducen los errores de hojas de asistencia. Tener menos errores garantiza que usted reciba su pago a tiempo.
Hojas de asistencia en papel e instrucciones para las hojas de asistencia en papel	Este documento es para completar las hojas de asistencia en papel. Le orientará sobre cómo llenar una.

## Questions?

**We're here to help. United Healthcare Community & State.**

**Toll-Free 800-791-9233 and TTY/TTD 711,**

**Monday through Friday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m.**

UnitedHealthcare Community Plan does not treat members differently because of sex, age, race, color, disability or national origin.

If you think you were treated unfairly because of your sex, age, race, color, disability or national origin, you can send a complaint to:

Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130

**UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

You must send the complaint within 60 days of when you found out about it. A decision will be sent to you within 30 days. If you disagree with the decision, you have 15 days to ask us to look at it again.

If you need help with your complaint, please call the toll-free member phone number listed on your health plan member ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 7:00 p.m.

You can also file a complaint with the U.S. Dept. of Health and Human Services.

### **Online:**

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**

Complaint forms are available at

**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

### **Phone:**

Toll-free **1-800-368-1019, 1-800-537-7697** (TDD)

### **Mail:**

U.S. Dept. of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

If you need help with your complaint, please call the toll-free member phone number listed on your member ID card.

We provide free services to help you communicate with us. Such as, letters in other languages or large print. Or, you can ask for an interpreter. To ask for help, please call the toll-free member phone number listed on your health plan member ID card, TTY 711, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 7:00 p.m.

UnitedHealthcare Community Plan no da un tratamiento diferente a sus miembros en base a su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad.

Si usted piensa que ha sido tratado injustamente por razones como su sexo, edad, raza, color, discapacidad o nacionalidad, puede enviar una queja a:

Civil Rights Coordinator  
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance  
P.O. Box 30608  
Salt Lake City, UTAH 84130

**UHC\_Civil\_Rights@uhc.com**

Usted tiene que enviar la queja dentro de los 60 días de la fecha cuando se enteró de ella. Se le enviará la decisión en un plazo de 30 días. Si no está de acuerdo con la decisión, tiene 15 días para solicitar que la consideremos de nuevo.

Si usted necesita ayuda con su queja, por favor llame al número de teléfono gratuito para miembros que aparece en su tarjeta de identificación del plan de salud, TTY 711, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.

Usted también puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Usted también puede presentar una queja con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

**Internet:**

**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>**

Formas para las quejas se encuentran disponibles en:

**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**

**Teléfono:**

Llamada gratuita, **1-800-368-1019**, **1-800-537-7697** (TDD)

**Correo:**

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

Si necesita ayuda para presentar su queja, por favor llame al número gratuito para miembros anotado en su tarjeta de identificación como miembro.

Ofrecemos servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Tales como, cartas en otros idiomas o en letra grande. O bien, puede solicitar un intérprete. Para pedir ayuda, llame a Servicios para Miembros al **1-800-791-9233**, **TTY 711**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.

**ATTENTION:** If you do not speak English, language assistance services, at no cost to you, are available. Call **1-800-791-9233, TTY 711.**

**ATENCIÓN:** Si no habla inglés, los servicios de asistencia de idiomas están disponibles sin costo para usted. Llame al **1-800-791-9233, TTY 711.**

**ATANSYON:** Si w pa pale Anglè, gen sèvis èd pou lang ki disponib san w pa peye anyen. Rele **1-800-791-9233, TTY 711.**

**ВНИМАНИЕ:** Если Вы не говорите по-русски, Вы можете воспользоваться бесплатной языковой помощью. Позвоните по телефону **1-800-791-9233, телетайп 711.**

**ATENÇÃO:** Se não fala inglês, estão disponíveis serviços de assistência linguística sem nenhum custo para si. Ligue para o **1-800-791-9233, TTY 711.**

**注意：**如果您不會說英文，您可獲得免費語言協助服務。請致電 **1-800-791-9233，聽障專線 (TTY) 711。**