

Paquete de Inscripción de Participante

¡Bienvenido! Nos alegra ayudarle a convertirse en empleador. Usted será empleador a través de la Opción Dirigida por el Participante (PDO, por sus siglas en inglés). Este paquete contiene los formularios y la información que necesitará. Una vez que los haya llenado, usted quedará dado de alta como empleador. Posteriormente podrá comenzar a recibir servicios. Algunos formularios le dan permiso a Consumer Direct Care Network(CDCN) de declarar sus impuestos de empleador por usted. CDCN también enviará cheques de paga a sus empleados. Por favor comuníquese con CDCN si tiene alguna duda.

Información de contacto de servicio al cliente

CDCN
4577 N. Nob Hill Road, Suite 206
Sunrise, FL 33351-4715
Lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m.
(excepto días feriados)

Teléfono: 954-368-2069, Sin costo 1-877-270-9580
Fax sin costo: 1-877-344-0999
Correo electrónico: infoCDFL@ConsumerDirectCare.com
Sitio web: www.consumerdirectfl.com

Formularios del paquete de inscripción y explicaciones de los formularios

(Estos formularios deben devolverse a CDCN)

Lista de verificación de orientación e inscripción	Lista de verificación que incluye todos los formularios. Úsela para asegurarse de haber completado todos los formularios.
Formulario de datos del participante	Este formulario proporciona información básica sobre usted. Se utilizará para darlo de alta en nuestro sistema. También le da a CDCN la información que necesita para llenar sus formularios de impuestos.
Formulario de conformidad y acuse de recibo del participante	Este es el contrato entre usted y CDCN. También repasa los papeles y políticas del programa.
SS-4 Solicitud de Número de Identificación de Empleador (EIN)	Este es un formulario federal. Se usa para obtener un Número de Identificación de Empleador Federal (FEIN, por sus siglas en inglés). Es necesario para presentar y declarar sus impuestos.
2678 Designación de agente del empleador/pagador	Este formulario designa a CDCN para encargarse de las responsabilidades de los impuestos del empleador. Esto permite a CDCN retener impuestos de los cheques de paga de sus empleados. Más tarde, CDCN depositará esos impuestos al IRS.
DR-1 Solicitud de impuestos comerciales de Florida	Este es un formulario estatal relacionado con el impuesto de reemplazo de Florida. También se conoce como impuesto de desempleo.
DR-835 Poder legal	Este es un formulario estatal. Le permite a CDCN presentar sus impuestos estatales de nómina para que usted no tenga que hacerlo.
Formulario de consentimiento de PDO	Con este formulario acepta participar en el PDO y seguir las reglas.

(Vea el reverso)

Paquete de Inscripción de Participante

Plan de emergencia y plan de contingencia del participante	Este es su plan de contingencia. Se utiliza cuando los trabajadores que tienen programado trabajar no se presentan. Es una lista de personas que pueden ayudar de ser necesario.
--	--

Formularios para el representante y sus explicaciones

(Use solo si tiene un representante)

Acuerdo de PDO para el representante	Este es el formulario que el representante usa para aceptar participar en el PDO. Describe los deberes y las reglas del programa.
Información necesaria para la toma de huellas dactilares	Llene todos los campos. CDCN utilizará esta información para registrar al representante. Esto se hará en internet y tiene como propósito que se realice una verificación de antecedentes basada en las huellas dactilares.
Certificación de cumplimiento con los requisitos de verificación de antecedentes	Esta es parte de la verificación de antecedentes. El representante debe confirmar que no ha sido declarado culpable de los delitos penales que se enumeran en el formulario.
Verificación de antecedentes del proveedor de atención – Acuse de recibo de la política de privacidad	Este es una notificación y una declaración de privacidad del Departamento de Cumplimiento de la Ley de Florida y el FBI. Le explica cómo se conservarán los registros de sus huellas dactilares. También proporciona información sobre su privacidad. Por favor firme este formulario. Su firma demostrará que lo recibió.

Documentos complementarios e instrucciones

(Conserve estos documentos para su referencia)

Calendario de nómina	Este calendario muestra las fechas límite para enviar hojas de asistencia. Por favor envíe las hojas de asistencia antes de esas fechas. También muestra cuándo se emitirán cheques de paga. Su empleado también recibirá este calendario.
Instrucciones para la presentación de hojas de asistencia en línea	La presentación de hojas de asistencia en línea es el método de preferencia para presentar el tiempo que se trabajó. Esto reduce los errores en las hojas de asistencia. Tener menos errores garantiza que se pague a tiempo a sus empleados. Es necesario tener acceso a internet. Por favor utilice las hojas de asistencia en línea.
Hojas de asistencia en papel e instrucciones para usarlas	Esta es una hoja de asistencia de papel. Úsela para llenar hojas de asistencia físicas. Si tiene dudas, consulte las instrucciones.
Formulario de retroalimentación	Por favor utilice este formulario para proporcionar retroalimentación a CDCN. Apreciamos su retroalimentación. Queremos oír de usted.

Paquete de Inscripción de Participante

Procedimiento de registro de huellas dactilares	Esta es parte de la verificación de antecedentes. Todos los empleados y representantes deben tener una. Explica el proceso para la toma de huellas dactilares.
Lista de delitos excluyentes	Esta es parte de la verificación de antecedentes. Es una lista de delitos penales. Todos los empleados y representantes deben aprobar una verificación de antecedentes. Si han cometido alguno de los delitos de la lista, no podrán trabajar para usted.
RT-83 – Notificación para empleados sobre el Programa de Asistencia de Reemplazo de Florida	Esta notificación debe ponerse al alcance de sus empleados. Pueden leerla y conocer sus derechos. Esta notificación es sobre el Programa de Asistencia de Reemplazo en Florida.

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**。