

Formulario de Consentimiento para la Opción Dirigida por el Participante (PDO)

Yo, _____, elijo participar en la Opción Dirigida por el Participante (Participant Direction Option, PDO). Sé que seré responsable de lo siguiente:

Escriba sus iniciales en cada línea a continuación para demostrar que ha leído y entiende cada punto. Si el miembro/participante no puede escribir sus iniciales en cada línea, otra persona puede marcar cada punto por este.

- _____ 1. Tengo las Pautas para el Participante de la Opción Dirigida por el Participante. Las pautas me explican cómo funciona la Opción Dirigida por el Participante y mis responsabilidades. Voy a leer las pautas. Soy responsable de seguirlas.
- _____ 2. Me pondré en contacto con mi administrador de casos si necesito ayuda.
- _____ 3. Le diré a mi administrador de casos si deseo elegir a un representante.
- _____ 4. Acepto que soy responsable de entrevistar, contratar, entrenar, supervisar y despedir (si es necesario) a mis trabajadores de servicio directo.
- _____ 5. Contrataré a trabajadores de servicio directo calificados. Los requisitos de los trabajadores de servicio directo se describen en las Pautas para el Participante de la Opción Dirigida por el Participante. Debo contratar a trabajadores de servicio directo que estén capacitados en reanimación cardiopulmonar (RCP), precauciones universales y las normas de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).
- _____ 6. Voy a crear una lista de los deberes del trabajo y un horario de trabajo para mis trabajadores de servicio directo. La lista de deberes del trabajo y el horario de trabajo deben estar escritos en el Acuerdo del Participante/Trabajador de Servicio Directo.
- _____ 7. Me aseguraré de que mis trabajadores de servicio directo no trabajen más horas de las aprobadas en el Acuerdo del Participante/Trabajador de Servicio Directo.
- _____ 8. En el caso de un (1) que tenga más de 40 horas de servicios en la Opción Dirigida por el Participante, tendré más de 1 Trabajador de Servicio Directo.
- _____ 9. Sé que puedo obtener más capacitación si lo deseo/lo necesito. Me comunicaré con mi administrador de casos si deseo/necesito más capacitación.
- _____ 10. Sé que las planillas de asistencia de mi trabajador de servicio directo enviadas a través del sistema de verificación electrónica de visitas (electronic visit verification, EVV) deben ser correctas.
- _____ 11. Me aseguraré de que las planillas de asistencia del sistema de verificación electrónica de visitas de mi trabajador de servicio directo se envíen al Agente Fiscal/Empleador. Las planillas de asistencia se deben enviar antes de la fecha del calendario de pago de sueldos. Si tengo algún problema con mi planilla de asistencia del sistema de verificación electrónica de visitas, se lo diré a mi administrador de cuidado de la salud o al Agente Fiscal/Empleador.

- _____ 12. Le daré el horario de mi trabajador de servicio directo a mi Administrador de Casos/Plan de Salud.
- _____ 13. Le diré a mi administrador de casos si decido despedir a mis trabajadores de servicio directo.
- _____ 14. Crearé un Plan de Respaldo de Emergencia para saber qué hacer si mis trabajadores de servicio directo no se presentan para prestarme mis servicios.
- _____ 15. Le diré a mi administrador de casos si tengo problemas con mis trabajadores de servicio directo.
- _____ 16. Sé que puedo dejar de participar en la Opción Dirigida por el Participante en cualquier momento. Le diré a mi administrador de casos si deseo hacerlo. Mi administrador de casos se asegurará de que se me sigan prestando mis servicios. Si dejo de participar en la Opción Dirigida por el Participante, mis servicios serán prestados por un proveedor dentro de la red de mi Plan.
- _____ 17. Cumpliré los requisitos de este Formulario de Consentimiento, mis Acuerdos del Participante/Trabajador de Servicio Directo, mi Acuerdo del Participante y las Pautas para el Participante de la Opción Dirigida por el Participante. Si no cumplo los requisitos, mi Plan puede interrumpir mi participación en dicho programa. En tal caso, mi administrador de casos se asegurará de que mis servicios sigan siendo prestados por un proveedor dentro de la red de mi Plan.

He leído y entiendo este Formulario de Consentimiento para la Opción Dirigida por el Participante. Sé que mi participación en la Opción Dirigida por el Participante es voluntaria.

Nombre del participante en letra de molde	Firma	Fecha
---	-------	-------

Nombre del representante en letra de molde (si corresponde)	Firma	Fecha
---	-------	-------

He explicado toda la información necesaria para que este participante tome una decisión informada sobre su participación en la Opción Dirigida por el Participante.

Nombre del Administrador de Casos en letra de molde	Firma	Fecha
---	-------	-------

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at 800-791-9233 and TTY/TTD 711, Monday through Friday, 8:00 a.m. to 8:00 p.m.
Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas. Por favor, póngase en contacto con nuestro número de servicio al cliente en 800-791-9233 y 711 TTY/TTD, el lunes al viernes de 8:00 a 20:00.

Enfòmasyon sa a ki disponib pou gratis nan lòt lang. Souple kontakte nimewo sèvis Kliyantèl nou nan 800-791-9233 ak 711 TTY/TTD, Lendi rive Vandredi, 8:00 a.m. pou 8:00 p.m.