

Formulario de datos del trabajador de servicio directo (DSW)

Ayuda con el proceso de contratación. Si necesita ayuda con este paquete, comuníquese con Consumer Direct al 877-270-9580 o con UnitedHealthcare sin costo al 800-791-9233; TTY/TTD 711. Con gusto le ayudaremos.

Información del trabajador de servicio directo		
Nombre: _____		
Nombre.	Segundo nombre.	Apellido.
Dirección postal: _____		
Calle.		
Ciudad.	Estado.	Código postal.
Teléfono: Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____		
Correo electrónico: _____		
Fecha de nacimiento: _____		Número de seguridad social: ____ - ____ - ____
Contacto de emergencia: _____		
Nombre.	Teléfono.	Parentesco.
Requisitos de edad y capacitación		
¿Tiene al menos 18 años? ☐ Sí ☐ No.		
Para la atención de asistente y los servicios de enfermería especializada e intermitente se requiere una licencia de enfermería registrada (RN) o enfermería práctica certificada (LPN).		
En caso de que desee prestar dichos servicios, adjunte una copia de su licencia. Es necesario mantenerla actualizada.		
¿Alguna vez ha cometido un delito grave (felony)? ☐ Sí ☐ No.		
¿Tiene antecedentes penales? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo, por favor explíque.		

Por favor lea cuidadosamente. Este paquete de materiales es el inicio del proceso de contratación. Consumer Direct no es el empleador del DSW, su empleador es el participante o su tutor legal. Consumer Direct acepta documentación a nombre del empleador.

Autorizo la evaluación de todos los informes presentados a mi empleador. Comprendo que no puedo falsificar u omitir ningún dato solicitado. Hacerlo será motivo de despido.

Comprendo que mi empleo es condicional. Así será hasta que mi verificación de antecedentes se apruebe. Comprendo que es posible que los resultados de mi verificación de antecedentes se compartan. Podrían compartirse con mi empleador. También podrán compartirse con el plan de atención administrada de mi empleador.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____





UnitedHealthcare does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities

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.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, hay servicios de asistencia con el idioma disponibles sin costo para usted. Llame al **1-800-791-9233, TTY 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**.

Lista de verificación de inscripción para trabajador de servicio directo (DSW)

Nombre del trabajador de servicio directo	Nombre del participante	Nombre del representante (de ser el caso)

Complete cada uno de los formularios que se menciona más abajo. Conserve una copia. Por favor envíe los **formularios originales a Consumer Direct**. Los DSW no pueden comenzar a trabajar sino hasta que Consumer Direct revise y apruebe todos los formularios. Los DSW no deben trabajar hasta que reciban el formulario de "Aprobado para trabajar".

Los formularios que se requieren de todos los DSW nuevos son:

1. ☐ Formulario de datos de DSW
2. ☐ Lista de verificación de inscripción para DSW (este formulario)
3. ☐ Divulgación de relación laboral
4. ☐ I-9 - *Hay instrucciones disponibles en el sitio web de CDCN Florida bajo la pestaña de "Resources" (recursos)*
5. ☐ W-4
6. ☐ Formulario de selección de pago - *Es posible que se requiera de un archivo adjunto. Consulte las instrucciones del formulario*
7. ☐ Anexo de acuerdo del participante/DSW
8. ☐ Acuerdo del participante/DSW
9. ☐ Verificación de antecedentes del proveedor de atención – Acuse de recibo de la política de privacidad
10. ☐ Certificación de cumplimiento con los requisitos de verificación de antecedentes
11. ☐ Información necesaria para la toma de huellas dactilares
12. ☐ Descripción del puesto
13. ☐ Cuestionario de salud (opcional)

Documentos complementarios

1. ☐ Procedimientos de toma de huellas digitales – *Revisión únicamente*
2. ☐ Mercado de cuidado de la salud

Le pedimos revisar todos los formularios. Confirme que todos los formularios se llenen y sean legibles. Por favor envíe todos los formularios a Consumer Direct. En caso de no contar con un formulario o que uno de ellos sea imposible de leer, la fecha de inicio puede verse atrasada.

Hay recursos adicionales disponibles en el sitio web: www.ConsumerDirectFL.com





¿Tiene preguntas?

Estamos aquí para ayudar. United Healthcare Community & State.

Teléfono sin costo 800-791-9233 y TTY/TTD 711,

De lunes a viernes, 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

UnitedHealthcare does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities

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.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, hay servicios de asistencia con el idioma disponibles sin costo para usted. Llame al **1-800-791-9233, TTY 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.**

Divulgación de relación laboral

Nombre del empleado (trabajador de servicio directo)	Nombre del empleador (participante)

Instrucciones para el empleado: Coméntenos más abajo si tiene algún parentesco con su empleador. Llene cada sección. Firme la parte inferior del formulario e incluya la fecha. Si necesita ayuda, por favor comuníquese con Consumer Direct al 877-270-9580 o con UnitedHealthcare sin costo al 800-791-9233; TTY/TTD 711. Con gusto le ayudaremos.

1. Receptor del servicio/situación de residencia:

- ☐ Sí ☐ No La persona que recibe los servicios es menor de edad (menor de 18 años)
- ☐ Sí ☐ No Viviré en la misma dirección que mi empleador

2. Divulgación de parentesco:

Mi parentesco con mi empleador es (marque uno):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Cónyuge | ☐ Padre | ☐ Padre adoptivo o padrastro |
| ☐ Hijo menor de 21 años | ☐ Hijo mayor de 21 años | ☐ Hermano |
| ☐ Abuelo | ☐ Nieto | ☐ Pareja doméstica |
| ☐ No hay parentesco | ☐ Otra (por favor explique): _____ | |

3. Reconocimiento de la relación:

Podría estar exento de algunos impuestos. Esa exención depende de la información que haya proporcionado arriba. El reverso de este formulario explica qué impuestos debo pagar. Mi oficina local de desempleo puede darme más información sobre los impuestos FUTA y SUTA.

Debo informar a Consumer Direct si esta relación o parentesco cambia. Tengo 5 días para hacerlo. En caso de que no lo haga, podría tener que devolver el dinero que debió haberse retenido de mi salario.

Firma del participante/representante

Fecha

Firma del trabajador de servicio directo

Fecha

Para uso interno únicamente - Oficina central		
Iniciales del evaluador: _____	SUTA (sujeto a impuestos) ☐ Sí ☐ No	FUTA (sujeto a impuestos) ☐ Sí ☐ No

Para uso interno únicamente - Oficina local		
Iniciales del evaluador: _____	Medicare (sujeto a impuestos) ☐ Sí ☐ No	Seguridad social (sujeto a impuestos) ☐ Sí ☐ No



Divulgación de relación laboral

Explicación de exenciones para empleados

Estatuto de Florida 443.1216 (13) 2. (d)			
Parentesco con el titular del EIN (empleador)	Ley de Contribución a la Renta Federal (Federal Income Contributions Act, FICA)	Ley Federal de Impuestos para el Desempleo (Federal Unemployment Tax Act, FUTA)	Ley Estatal de Impuestos para el Desempleo (State Unemployment Tax Act, SUTA)
Cónyuge	Exento	Exento	Exento
Padre	*Exento **Sujeto a impuestos	Exento	Exento
Padre adoptivo o padrastro	*Exento **Sujeto a impuestos	Exento	Exento
Hermanos	Sujeto a impuestos	Sujeto a impuestos	Sujeto a impuestos
Hijos menores de 21 años	Exento	Exento	Exento
Hijos mayores de 21 años	Sujeto a impuestos	Sujeto a impuestos	Sujeto a impuestos
Abuelos	Sujeto a impuestos	Sujeto a impuestos	Sujeto a impuestos
Nietos	Sujeto a impuestos	Sujeto a impuestos	Sujeto a impuestos
Pareja doméstica	Sujeto a impuestos	Sujeto a impuestos	Sujeto a impuestos

*Exento si no cumple con los 4 siguientes criterios:

**Sujeto a impuestos si cumple con los 4 siguientes criterios:

- Un padre que es empleado por sus hijos
- El empleador (hijo o hija) tiene un hijo o hijastro que vive en casa.
- El empleador es:
 - viudo,
 - divorciado o
 - casado y vive con su cónyuge, pero el cónyuge no puede cuidar de su hijo o hijastro debido a un padecimiento físico o mental. El cónyuge no puede brindar cuidados por al menos 4 semanas consecutivas en 3 meses.
- El hijo o hijastro del empleador es:
 - menor de 18 años o
 - necesita de cuidados personales de un adulto. Se requiere de atención por al menos 4 semanas consecutivas en 3 meses debido a un padecimiento físico o mental.





UnitedHealthcare does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities

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.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, hay servicios de asistencia con el idioma disponibles sin costo para usted. Llame al **1-800-791-9233, TTY 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**.



Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9

OMB No.1615-0047

Expires 07/31/2026

START HERE: Employers must ensure the form instructions are available to employees when completing this form. Employers are liable for failing to comply with the requirements for completing this form. See below and the [Instructions](#).

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: All employees can choose which acceptable documentation to present for Form I-9. Employers cannot ask employees for documentation to verify information in **Section 1**, or specify which acceptable documentation employees must present for **Section 2** or Supplement B, Reverification and Rehire. Treating employees differently based on their citizenship, immigration status, or national origin may be illegal.

Section 1. Employee Information and Attestation: Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the **first day of employment**, but not before accepting a job offer.

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)			Apt. Number (if any)	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number 		Employee's Email Address			Employee's Telephone Number
I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):				
		☐ 1. A citizen of the United States				
		☐ 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)				
		☐ 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)				
		☐ 4. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) authorized to work until (exp. date, if any)				
		If you check Item Number 4. , enter one of these:				
		USCIS A-Number	OR	Form I-94 Admission Number	OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance
Signature of Employee					Today's Date (mm/dd/yyyy)	

If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person **MUST** complete the [Preparer and/or Translator Certification](#) on Page 3.

Section 2. Employer Review and Verification: Employers or their authorized representative must complete and sign **Section 2** within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.

List A		OR	List B	AND	List C
Document Title 1					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 2 (if any)		Additional Information			
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)		☐ Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.			
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge, the employee is authorized to work in the United States.			First Day of Employment (mm/dd/yyyy):		
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative			Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)
Employer's Business or Organization Name			Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code		

For reverification or rehire, complete [Supplement B, Reverification and Rehire](#) on Page 4.



LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents containing an expiration date must be unexpired.

* Documents extended by the issuing authority are considered unexpired.

Employees may present one selection from List A or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND LIST C Documents that Establish Employment Authorization
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For an individual temporarily authorized to work for a specific employer because of his or her status or parole: a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the individual's status or parole as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI		1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record	1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security For examples, see Section 7 and Section 13 of the M-274 on uscis.gov/i-9-central. The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, Item Number 4. document, not a List C document.

Acceptable Receipts

May be presented in lieu of a document listed above for a temporary period.

For receipt validity dates, see the M-274.

• Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List A document. • Form I-94 issued to a lawful permanent resident that contains an I-551 stamp and a photograph of the individual. • Form I-94 with "RE" notation or refugee stamp issued to a refugee.	OR	Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List B document.	Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List C document.
--	----	---	---

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on [I-9 Central](#) for more information.





Supplement A, Preparer and/or Translator Certification for Section 1

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
Supplement A
OMB No. 1615-0047
Expires 07/31/2026

Last Name (Family Name) from Section 1 .	First Name (Given Name) from Section 1 .	Middle initial (if any) from Section 1 .
---	---	---

Instructions: This supplement must be completed by any preparer and/or translator who assists an employee in completing Section 1 of Form I-9. The preparer and/or translator must enter the employee's name in the spaces provided above. Each preparer or translator must complete, sign, and date a separate certification area. Employers must retain completed supplement sheets with the employee's completed Form I-9.

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)
Address (Street Number and Name)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)
Address (Street Number and Name)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)
Address (Street Number and Name)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)
Address (Street Number and Name)	City or Town	State	ZIP Code



Employee's Withholding Certificate

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.

Give Form W-4 to your employer.

Your withholding is subject to review by the IRS.

2024**Step 1:**
Enter
Personal
Information

(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
Address		Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov .
City or town, state, and ZIP code		
(c) ☐ Single or Married filing separately		
☐ Married filing jointly or Qualifying surviving spouse		
☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, and when to use the estimator at www.irs.gov/W4App.

Step 2:
Multiple Jobs
or Spouse
Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

- (a) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; **or**
- (b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**
- (c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate ☐

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only **ONE** of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3:
Claim
Dependent
and Other
Credits

If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly):

Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$

Multiply the number of other dependents by \$500 \$

Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here

3 \$**Step 4**
(optional):
Other
Adjustments

(a) **Other income (not from jobs).** If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income

4(a) \$

(b) **Deductions.** If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here

4(b) \$

(c) **Extra withholding.** Enter any additional tax you want withheld each **pay period** . .

4(c) \$**Step 5:**
Sign
Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)

Date

Employers
Only

Employer's name and address

First date of
employmentEmployer identification
number (EIN)

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

Future Developments

For the latest information about developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to www.irs.gov/FormW4.

Purpose of Form

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. If too little is withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty. If too much is withheld, you will generally be due a refund. Complete a new Form W-4 when changes to your personal or financial situation would change the entries on the form. For more information on withholding and when you must furnish a new Form W-4, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2024 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2023 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2024. You had no federal income tax liability in 2023 if (1) your total tax on line 24 on your 2023 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2024 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2025.

Your privacy. Steps 2(c) and 4(a) ask for information regarding income you received from sources other than the job associated with this Form W-4. If you have concerns with providing the information asked for in Step 2(c), you may choose Step 2(b) as an alternative; if you have concerns with providing the information asked for in Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c) as an alternative.

When to use the estimator. Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App if you:

1. Expect to work only part of the year;
2. Receive dividends, capital gains, social security, bonuses, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax; or
3. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay these taxes through withholding from your wages, use the estimator at www.irs.gov/W4App to figure the amount to have withheld.

Nonresident alien. If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Specific Instructions

Step 1(c). Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

Step 2. Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work.

Option **(a)** most accurately calculates the additional tax you need to have withheld, while option **(b)** does so with a little less accuracy.

Instead, if you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may check the box in option **(c)**. The box must also be checked on the Form W-4 for the other job. If the box is checked, the standard deduction and tax brackets will be cut in half for each job to calculate withholding. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



Multiple jobs. Complete Steps 3 through 4(b) on only one Form W-4. Withholding will be most accurate if you do this on the Form W-4 for the highest paying job.

Step 3. This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative. For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. To do so, add an estimate of the amount for the year to your credits for dependents and enter the total amount in Step 3. Including these credits will increase your paycheck and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

Step 4 (optional).

Step 4(a). Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include income from any jobs or self-employment. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your paycheck, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2024 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

Step 4(c). Enter in this step any additional tax you want withheld from your pay **each pay period**, including any amounts from the Multiple Jobs Worksheet, line 4. Entering an amount here will reduce your paycheck and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe.



Step 2(b)—Multiple Jobs Worksheet (Keep for your records.)

If you choose the option in Step 2(b) on Form W-4, complete this worksheet (which calculates the total extra tax for all jobs) on **only ONE** Form W-4. Withholding will be most accurate if you complete the worksheet and enter the result on the Form W-4 for the highest paying job. To be accurate, submit a new Form W-4 for all other jobs if you have not updated your withholding since 2019.

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables; or, you can use the online withholding estimator at www.irs.gov/W4App.

- 1 Two jobs.** If you have two jobs or you're married filing jointly and you and your spouse each have one job, find the amount from the appropriate table on page 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, **skip** to line 3 **1** \$ _____
- 2 Three jobs.** If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
 - a** Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a **2a** \$ _____
 - b** Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b **2b** \$ _____
 - c** Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c **2c** \$ _____
- 3** Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc. **3** _____
- 4 Divide** the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in **Step 4(c)** of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld) **4** \$ _____

Step 4(b)—Deductions Worksheet (Keep for your records.)

- 1** Enter an estimate of your 2024 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income **1** \$ _____
- 2** Enter:

{	• \$29,200 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse • \$21,900 if you're head of household • \$14,600 if you're single or married filing separately	}		2 \$ _____
---	--	---	-----------	-------------------
- 3** If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-" **3** \$ _____
- 4** Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information **4** \$ _____
- 5 Add** lines 3 and 4. Enter the result here and in **Step 4(b)** of Form W-4 **5** \$ _____

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and territories for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.



Married Filing Jointly or Qualifying Surviving Spouse

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

Single or Married Filing Separately

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$240	\$870	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,540	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040
\$10,000 - 19,999	870	1,680	1,830	1,830	2,350	3,350	3,680	3,680	3,680	3,720	3,920	4,050
\$20,000 - 29,999	1,020	1,830	1,980	2,510	3,510	4,510	4,830	4,830	4,870	5,070	5,270	5,400
\$30,000 - 39,999	1,020	1,830	2,510	3,510	4,510	5,510	5,830	5,870	6,070	6,270	6,470	6,600
\$40,000 - 59,999	1,390	3,200	4,360	5,360	6,360	7,370	7,890	8,090	8,290	8,490	8,690	8,820
\$60,000 - 79,999	1,870	3,680	4,830	5,840	7,040	8,240	8,770	8,970	9,170	9,370	9,570	9,700
\$80,000 - 99,999	1,870	3,690	5,040	6,240	7,440	8,640	9,170	9,370	9,570	9,770	9,970	10,810
\$100,000 - 124,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	9,530	9,730	10,180	11,180	12,180	13,120
\$125,000 - 149,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	10,180	11,180	12,180	13,180	14,180	15,310
\$150,000 - 174,999	2,040	4,050	5,400	6,860	8,860	10,860	12,180	13,180	14,230	15,530	16,830	18,060
\$175,000 - 199,999	2,040	4,710	6,860	8,860	10,860	12,860	14,380	15,680	16,980	18,280	19,580	20,810
\$200,000 - 249,999	2,720	5,610	8,060	10,360	12,660	14,960	16,590	17,890	19,190	20,490	21,790	23,020
\$250,000 - 399,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$400,000 - 449,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$450,000 and over	3,140	6,450	9,110	11,610	14,110	16,610	18,430	19,930	21,430	22,930	24,430	25,870

Head of Household

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$510	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,220	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,960
\$10,000 - 19,999	510	1,510	2,020	2,220	2,220	2,220	2,420	3,420	4,070	4,070	4,160	4,360
\$20,000 - 29,999	850	2,020	2,560	2,760	2,760	2,960	3,960	4,960	5,610	5,700	5,900	6,100
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,760	2,960	3,160	4,160	5,160	6,160	6,900	7,100	7,300	7,500
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,810	4,010	5,010	6,010	7,070	8,270	9,120	9,320	9,520	9,720
\$60,000 - 79,999	1,070	3,270	4,810	6,010	7,070	8,270	9,470	10,670	11,520	11,720	11,920	12,120
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,070	8,270	9,470	10,670	11,870	12,720	12,920	13,120	13,450
\$100,000 - 124,999	2,020	4,420	6,160	7,560	8,760	9,960	11,160	12,360	13,210	13,880	14,880	15,880
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,180	7,580	8,780	9,980	11,250	13,250	14,900	15,900	16,900	17,900
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,180	7,580	9,250	11,250	13,250	15,250	16,900	18,030	19,330	20,630
\$175,000 - 199,999	2,040	4,510	7,050	9,250	11,250	13,250	15,250	17,530	19,480	20,780	22,080	23,380
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,620	11,120	13,420	15,720	18,020	20,320	22,270	23,570	24,870	26,170
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,310	11,810	14,110	16,410	18,710	21,010	22,960	24,260	25,560	26,860
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,880	12,580	15,080	17,580	20,080	22,580	24,730	26,230	27,730	29,230



Formulario de selección de pago

Nombre: _____
(escribir en letra de imprenta)

Consumer Direct le sugiere que use depósitos directos. Puede hacerlo mediante una tarjeta de prepago o una cuenta de su elección.

Los depósitos directos evitan todos los retrasos probables relacionados con la entrega de correo. Esto ayuda a que usted acceda a su pago el día de pago. Los talones de pago (resumen de su pago) están disponibles en línea a través de nuestro portal web seguro: www.DirectMyCare.com.

A continuación, encontrará las opciones de pago que puede elegir. Elija una opción.

☐ **Tarjeta Wisely Pay.** Autorizo a Consumer Direct para que expida una nueva Tarjeta de Wisely Pay en mi nombre. Se usarán mi Número de Seguro Social y otros datos de identificación de mi expediente para tramitar la tarjeta. Los pagos se harán a esta tarjeta. Debo recibir mi tarjeta de débito en alrededor de dos semanas. Se enviará a la dirección en mi expediente.

☐ **Depósito directo a mi cuenta.** Autorizo a Consumer Direct para que deposite mi pago a (nombre del banco o institución financiera): _____.

Tipo de cuenta (marque una): ☐ Cheques. ☐ Ahorro.

Para cuentas de cheques:

Pegue un cheque cancelado aquí.
No adjunte un comprobante de depósito.

Para cuentas de ahorro: proporcione un documento de su banco. Este formulario debe tener los números exactos para su cuenta. Se usará para programar los depósitos directos. ¿El documento es más grande que este recuadro? Envíelo como documento aparte. No adjunte un comprobante de depósito. Los comprobantes de depósito no tienen todos los números necesarios.

Autorizo a Consumer Direct para que envíe mi pago. Esto se basará en mis respuestas anteriores. Es posible que se depositen fondos a mi cuenta por error. Si esto sucede, autorizo a CDCN para que retire dinero de mi cuenta para corregir el error. Es mi deber revisar que se haya hecho cada depósito. Debo pagar cualquier cargo causado por sobregiros en mi cuenta. Los depósitos se harán cada día de pago aplicable. Debo decirle a mi empleador si ya no quiero depósitos directos. Debo hacerlo por escrito. Consumer Direct se reserva el derecho de negar cualquier solicitud de depósito directo. Todos los depósitos directos se hacen a través de una Cámara de Compensación Autorizada (ACH); el procesamiento está sujeto a los términos y limitaciones de la ACH, así como los de mi institución financiera. Configurar mi método de pago seleccionado puede tardar algún tiempo. Mientras tanto, recibiré cheques de papel.

Firma

Fecha





If you need help, please contact Consumer Direct at 877-270-9580 or UnitedHealthcare Toll-Free 800- 791-9233; TTY/TTD 711. We are happy to help.

UnitedHealthcare does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities

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.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, hay servicios de asistencia con el idioma disponibles sin costo para usted. Llame al **1-800-791-9233, TTY 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.**



Control financiero: ¡Ahora es posible!



Controle su dinero con una cuenta digital de Wisely®¹.



Reciba pagos con anticipación².

Ya sea que quiera pagar una factura u obtener dinero para planes de último momento, Wisely le permite obtener el dinero con hasta 2 días de anticipación².



Ahorre y organice su dinero como quiera.

Realice un seguimiento de su saldo y sus gastos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y obtenga importantes ahorros³.



Realice compras con confianza.

Pague en línea, en la tienda, en la aplicación o por teléfono dondequiera que se acepten tarjetas de débito Visa® o Mastercard®.

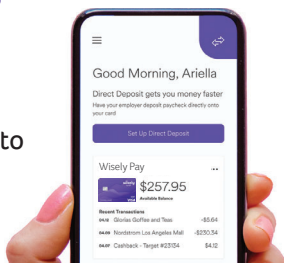


Evite los cargos del cajero automático.

Acceda a una red de 90 000 cajeros automáticos sin cargo a nivel nacional⁴.

¡Aproveche todos los beneficios de Wisely hoy mismo!

Hable con su departamento
de Nóminas.



Administre su dinero como quiera.

Afford yourself every advantage™.

¹ La tarjeta Wisely es una tarjeta prepagada. La cuenta digital se requiere para la administración y el mantenimiento de su tarjeta prepaga en línea de forma digital o mediante una aplicación móvil. La tarjeta Wisely no es una tarjeta de crédito, por cual no otorga crédito.

² Debe iniciar sesión en la aplicación myWisely o en su cuenta de mywisely.com para inscribirse en el depósito directo anticipado. No se garantiza el depósito directo anticipado de los fondos y queda sujeto a los plazos de la orden de pago del pagador. La referencia acerca del plazo de financiación más rápido se establece al comparar nuestra política de extender los fondos al recibir la orden de pago con la práctica bancaria habitual de otorgar los fondos al momento de la liquidación. Consulte las reglas completas en mywisely.com o en la aplicación myWisely. Si tiene una tarjeta Wisely Pay o Wisely Cash (vea el reverso), se requiere una actualización que es posible que no esté disponible para todos los tarjetahabientes. Permita que pase un plazo de hasta 3 semanas después de la configuración inicial del depósito directo para que su pago se cargue a su tarjeta.

³ Los montos transferidos a su sobre de ahorros ya no aparecerán en su saldo disponible. Puede restituirlos a su saldo disponible en cualquier momento con la aplicación myWisely o desde su cuenta de mywisely.com.

⁴ El número de transacciones en cajero automático sin cargo podría estar limitado. Inicie sesión en la aplicación myWisely o en mywisely.com para consultar el acuerdo del tarjetahabiente y la lista de todos los cargos a fin de obtener más información.

La tarjeta Wisely Pay Visa® es emitida por Fifth Third Bank N.A., miembro de FDIC, o Pathward, N.A., miembro de FDIC, de conformidad con la licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta Wisely Pay Mastercard® es emitida por Fifth Third Bank N.A., miembro de FDIC, o Pathward, N.A., miembro de FDIC, de conformidad con la licencia de Mastercard International Incorporated. ADP es una ISO registrada de Fifth Third Bank, N.A., o Pathward, N.A. La tarjeta Wisely Pay Visa se puede usar en todos los establecimientos donde se acepte la tarjeta de débito Visa. Visa y el logotipo de Visa son marcas comerciales registradas de Visa International Service Association. La tarjeta Wisely Pay Mastercard puede usarse donde se acepten tarjetas de débito Mastercard. Mastercard y el diseño de los círculos son marcas comerciales registradas de Mastercard International Incorporated. ADP, el logotipo de ADP, Wisely, myWisely y el logotipo de Wisely son marcas comerciales registradas de ADP, Inc.

Copyright © 2022 ADP, Inc. Todos los derechos reservados.

Acuerdo de participante/trabajador de servicio directo (DSW)

Nombre del DSW

Nombre del participante

INSTRUCCIONES

- Repase cada tema. Haga las preguntas que sean necesarias. Firme abajo para indicar que está conforme.

TÉRMINOS

- En este acuerdo:
 - a. “CDCN” se refiere a Consumer Direct for Florida, LLC. que opera bajo el nombre comercial de Consumer Direct Care Network Florida
 - b. “AHCA” se refiere a la Florida Agency for Health Care Administration (Agencia para Administración del Cuidado de la Salud de Florida)
 - c. “MCP” se refiere al plan de atención administrada (Managed Care Plan) del Participante
 - d. “PDO” significa Opción Dirigida por el Participante (Participant Direction Option)
 - e. “LG” significa el tutor legal del participante

El DSW es el empleado del participante. **CDCN no es el empleador del DSW.** CDCN es el agente empleador fiscal; ayudamos al participante con algunas tareas que tiene como empleador. Este acuerdo se celebra entre el DSW y el participante. Por favor llene todos los formularios que se encuentran en el Paquete de inscripción del DSW. Llenar estos formularios lo preparará para su empleo con el participante/LG.

1. Las funciones y responsabilidades del participante/LG incluyen, pero no se limitan a:

- Capacitar al DSW.
- Supervisar al DSW.
- Tratar al DSW de forma respetuosa; esto incluye respetar sus creencias, cultura, religión y privacidad.
- Completar y enviar hojas de asistencia correctas; hacerlo garantizará que al DSW se le pague según lo acordado.
- Asegurarse de que el DSW no trabaje más horas de las aprobadas en este acuerdo.

2. El participante/LG:

- A. Recibirá una copia del Manual del empleador. Repasará el manual con el DSW. El manual describe los lineamientos que rigen el PDO; esto incluye políticas y procedimientos. También puede encontrar el manual en el sitio web de CDCN.
- B. Recibirá la copia del programa de pagos.



Acuerdo de participante/trabajador de servicio directo (DSW)

C. Capacitar al DSW.

- i. CDCN ofrece las siguientes capacitaciones **opcionales** que pueden usarse a criterio del participante:
- ii. Se recomienda que el DSW esté capacitado en primeros auxilios/RCP. La capacitación de primeros auxilios/RCP no es obligatoria para el programa de PDO; el participante debe decidir si desea que su DSW esté capacitado.
 - Control de infecciones (precauciones universales)
 - Health Insurance Portability and Accountability Act (Ley de Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro Social, HIPAA) y confidencialidad
 - Maltrato, abandono o explotación (ANE, por sus siglas en inglés)
 - Fraude de Medicare
 - Levantar y mover a pacientes

D. Repasará el plan de atención con el DSW. Ambas partes comprenden que CDCN no tiene responsabilidad financiera por el pago de servicios en situaciones en las que:

- i. El participante no sea elegible para Medicaid.
- ii. El participante/LG permita al DSW trabajar horas extra que no se hayan aprobado. Las horas extra suceden cuando un DSW trabaja más de 40 horas en una semana.
- iii. El participante/LG permita al DSW:
 - a. Trabajar más tiempo del aprobado en el plan de atención; o
 - b. Realizar tareas que no estén aprobadas en el plan de atención.

E. Pedirá al DSW que mantenga a CDCN al tanto de cualquier cambio. De haber cambios, el DSW debe informar a CDCN en un plazo de 5 días. Los cambios que se deben reportar a CDCN son:

- Cambio al nombre del DSW.
- Cambios al número de teléfono del DSW.
- Cambio a la dirección del DSW.
- Cualquier condena penal que suceda tras la fecha de contratación.

3. El DSW entiende que:

- a. El DSW no debe distorsionar u omitir hechos. Si lo hiciera, puede ser despedido sin previo aviso.
- b. El empleo es condicional hasta que se hayan aprobado los resultados de la verificación de antecedentes penales.
- c. El resultado de esta verificación de antecedentes penales o de cualquier verificación de antecedentes penales que se realice en el futuro puede compartirse con:
 - i. La entidad aprobadora (MCP, condado, etc.); y
 - ii. El participante/LG para el que trabaja el DSW.



Acuerdo de participante/trabajador de servicio directo (DSW)

Requisitos de denuncias para el DSW o participante

- I. El DSW debe denunciar lo siguiente si involucra al DSW o el participante:
 - a. Todos los incidentes, accidentes y lesiones en el lugar de trabajo. El DSW debe hablar con el participante/LG sobre todos los incidentes y accidentes de inmediato. Las lesiones en el lugar de trabajo **tienen que** reportarse a la línea de asistencia de lesiones de CDCN.
 - i. **Línea de asistencia de lesiones de CDCN:** 1-888-541-1701
 - b. Todas la posibles ANE a la línea de asistencia de Maltrato de Adultos y Personas Mayores del Condado.
 - i. **Línea de asistencia de maltrato:** 1-800-962-2873
- II. El participante y el DSW deben denunciar:
 - a. Cualquier presunto fraude de Medicaid. Las denuncias se pueden hace a CDCN o la AHCA. CDCN puede ayudarle con el proceso.
 - i. **Línea de asistencia de fraude de CDCN:** 1-877-532-8530
 - ii. **Línea de asistencia de fraude de Medicaid de la AHCA:** 1-866-966-7226

4. Papeles y responsabilidades de CDCN:

- Enviar los formularios solicitados.
- Pagar al DSW.
- Asegurarse de que no se pague al DSW por trabajar más de las horas aprobadas en este acuerdo.
- Presentar y pagar todos los impuestos estatales y federales por el DSW.
- Proporcionar un número de servicio al cliente sin costo al que pueda llamar en caso de preguntas sobre el PDO.

5. El DSW otorga su consentimiento para ver todas las declaraciones proporcionadas al participante/LG. Esto incluye declaraciones que contenga la documentación del DSW.

Las firmas del DSW y el participante indican que aceptan los términos anteriores.

Firma del participante/LG

Fecha

Firma del trabajador de servicio directo

Fecha

Firma del administrador de la atención

Fecha



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。**

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。**

Anexo al acuerdo entre el participante y el trabajador de servicio directo (DSW) 1 - Salarios y horario laboral

Nombre del DSW _____ Nombre del participante _____

Parentesco del DSW con el participante: _____

1. El DSW brindará el (los) siguiente(s) servicio(s) conforme al plan de atención del participante a cambio del salario indicado a continuación. Se pagará al DSW conforme a los salarios que se indican a continuación . Por favor marque y llene el salario principal para todas las categorías que apliquen):

- ☐ Servicios de atención de compañía para adultos - Salario principal: _____/hora
- ☐ Servicios domésticos - Salario principal: _____/hora
- ☐ Servicios de atención personal - Salario principal: _____/hora
- ☐ Servicios de atención de asistencia de enfermería - Salario principal: _____/hora
- ☐ Servicios de enfermería especializada e intermitente (RN, LPN) - Salario principal: _____/hora

CDCN notificará al participante y al DSW con al menos 30 días de anticipación de cualquier cambio en la tarifa de pago. Esto puede ocurrir si el plan de atención administrada cambia la tarifa de pago.

2. El horario laboral del DSW será:

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

En PDO, los turnos del DSW pueden cambiar. Las horas trabajadas no pueden ser más de las horas aprobadas en el plan de atención del participante.

El DSW ha recibido un programa de pagos.

Como recordatorio, un solicitante no puede tener programado trabajar hasta que:

- Toda la documentación del empleo se haya aprobado;
- Todas las verificaciones de antecedentes se hayan completado; y
- El DSW haya recibido aprobación para comenzar a trabajar. CDCN notificará al participante/tutor legal cuando el DSW haya sido aprobado. El DSW no debe comenzar a trabajar antes de la fecha en la que reciba el formulario "Aprobado para trabajar".

Por favor firme abajo. Sus firmas indican su conformidad con los términos anteriores.

Firma del participante/LG

Fecha

Firma del trabajador de servicio directo

Fecha





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 does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities

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.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, hay servicios de asistencia con el idioma disponibles sin costo para usted. Llame al **1-800-791-9233, TTY 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.**



PRIVACY POLICY ACKNOWLEDGEMENT FORM

I acknowledge that I have received a copy of the privacy policies from the Florida Department of Law Enforcement and the Federal Bureau of Investigation, which describe the exchange of information where criminal record results will become part of the Care Provider Background Screening Clearinghouse.

I understand and agree that I will read and comply with the guidelines contained in the privacy policies.

Employee/Contractor Name (Printed)

Employee/Contractor Signature

Date

04793





ATTESTATION OF COMPLIANCE with Background Screening Requirements

Authority: This form shall be used by **all employees** to comply with:

- the attestation requirements of **section 435.05(2), Florida Statutes**, which state that every employee required to undergo Level 2 background screening must attest, subject to penalty of perjury, to meeting the requirements for qualifying for employment pursuant to this chapter and agreeing to inform the employer immediately if arrested for any of the disqualifying offenses while employed by the employer; **AND**
- the proof of screening within the previous 5 years in **section 408.809(2), Florida Statutes**, which requires proof of compliance with level 2 screening standards that have been screened through the Care Provider Background Screening Clearinghouse created under Section 435.12, F.S., or screened within the previous 5 years by the Agency, Department of Health, Department of Elder Affairs, the Agency for Persons with Disabilities, Department of Children and Families, or the Department of Financial Services for an applicant for a certificate of authority to operate a continuing care retirement community under Chapter 651, F.S., and in accordance with the standards in Section 408.809(2), F.S., if that agency is not currently implemented in the Care Provider Background Screening Clearinghouse.

This form must be maintained in the employee's personnel file. If this form is used as proof of screening for an administrator or chief financial officer to satisfy the requirements of an **application for a health care provider license**, please attach a copy of the screening results and submit with the licensure application.

Employee/Contractor Name:

Health Care Provider/ Employer Name:

Address of Health Care Provider:

You must attest to meeting the requirements for employment and you may not have been arrested for and awaiting final disposition of, have been found guilty of, regardless of adjudication, or have entered a plea of nolo contendere (no contest) or guilty to, or have been adjudicated delinquent and the record has not been sealed or expunged for, any offense prohibited under *any* of the following provisions of state law or similar law of another jurisdiction:

Criminal offenses found in section 435.04, F.S.

- (a) Section 393.135, relating to sexual misconduct with certain developmentally disabled clients and reporting of such sexual misconduct.
- (b) Section 394.4593, relating to sexual misconduct with certain mental health patients and reporting of such sexual misconduct.
- (c) Section 415.111, relating to adult abuse, neglect, or exploitation of aged persons or disabled adults.
- (d) Section 777.04, relating to attempts, solicitation, and conspiracy to commit an offense listed in this subsection.
- (e) Section 782.04, relating to murder.

(g) Section 782.071, relating to vehicular homicide

(h) Section 782.09, relating to killing of an unborn child by injury to the mother.

(i) Chapter 784, relating to assault, battery, and culpable negligence, if the offense was a felony.

(j) Section 784.011, relating to assault, if the victim of the offense was a minor.

(k) Section 784.03, relating to battery, if the victim of the offense was a minor.

(l) Section 787.01, relating to kidnapping.

04039



(m) Section 787.02, relating to false imprisonment.

(n) Section 787.025, relating to luring or enticing a child.

(o) Section 787.04(2), relating to taking, enticing, or removing a child beyond the state limits with criminal intent pending custody proceedings.

(p) Section 787.04(3), relating to carrying a child beyond the state lines with criminal intent to avoid producing a child at a custody hearing or delivering the child to the designated person.

(q) Section 790.115(1), relating to exhibiting firearms or weapons within 1,000 feet of a school.

(r) Section 790.115(2)(b), relating to possessing an electric weapon or device, destructive device, or other weapon on school property.

(s) Section 794.011, relating to sexual battery.

(t) Former s. 794.041, relating to prohibited acts of persons in familial or custodial authority.

(u) Section 794.05, relating to unlawful sexual activity with certain minors.

(v) Chapter 796, relating to prostitution.

(w) Section 798.02, relating to lewd and lascivious behavior.

(x) Chapter 800, relating to lewdness and indecent exposure.

(y) Section 806.01, relating to arson.

(z) Section 810.02, relating to burglary.

(aa) Section 810.14, relating to voyeurism, if the offense is a felony.

(bb) Section 810.145, relating to video voyeurism, if the offense is a felony.

(cc) Chapter 812, relating to theft, robbery, and related crimes, if the offense is a felony.

(dd) Section 817.563, relating to fraudulent sale of controlled substances, only if the offense was a felony.

(ee) Section 825.102, relating to abuse, aggravated abuse, or neglect of an elderly person or disabled adult.

(ff) Section 825.1025, relating to lewd or lascivious offenses committed upon or in the presence of an elderly person or disabled adult.

(gg) Section 825.103, relating to exploitation of an elderly person or disabled adult, if the offense was a felony.

(hh) Section 826.04, relating to incest.

(ii) Section 827.03, relating to child abuse, aggravated child abuse, or neglect of a child

(jj) Section 827.04, relating to contributing to the delinquency or dependency of a child.

(kk) Former s. 827.05, relating to negligent treatment of children.

(ll) Section 827.071, relating to sexual performance by a child.

(mm) Section 843.01, relating to resisting arrest with violence.

(nn) Section 843.025, relating to depriving a law enforcement, correctional, or correctional probation officer means of protection or communication.

(oo) Section 843.12, relating to aiding in an escape.

(pp) Section 843.13, relating to aiding in the escape of juvenile inmates in correctional institutions.

(qq) Chapter 847, relating to obscene literature.

(rr) Section 874.05(1), relating to encouraging or recruiting another to join a criminal gang.

(ss) Chapter 893, relating to drug abuse prevention and control, only if the offense was a felony or if any other person involved in the offense was a minor.

(tt) Section 916.1075, relating to sexual misconduct with certain forensic clients and reporting of such sexual misconduct.

(uu) Section 944.35(3), relating to inflicting cruel or inhuman treatment on an inmate resulting in great bodily harm.

(vv) Section 944.40, relating to escape.

(ww) Section 944.46, relating to harboring, concealing, or aiding an escaped prisoner.

(xx) Section 944.47, relating to introduction of contraband into a correctional facility.

(yy) Section 985.701, relating to sexual misconduct in juvenile justice programs.

(zz) Section 985.711, relating to contraband introduced into detention facilities.

(3) The security background investigations under this section must ensure that no person subject to this section has been found guilty of, regardless of adjudication, or entered a plea of nolo contendere or guilty to, any offense that constitutes domestic violence as defined in s. 741.28, whether such act was committed in this state or in another jurisdiction.



Criminal offenses found in section 408.809(4), F.S.

- (a) Any authorizing statutes, if the offense was a felony.
- (b) This chapter, if the offense was a felony.
- (c) Section 409.920, relating to Medicaid provider fraud.
- (d) Section 409.9201, relating to Medicaid fraud.
- (e) Section 741.28, relating to domestic violence.
- (f) Section 777.04, relating to attempts, solicitation, and conspiracy to commit an offense listed in this subsection.
- (g) Section 817.034, relating to fraudulent acts through mail, wire, radio, electromagnetic, photoelectronic, or photooptical systems.
- (h) Section 817.234, relating to false and fraudulent insurance claims.
- (i) Section 817.481, relating to obtaining goods by using a false or expired credit card or other credit device, if the offense was a felony.
- (j) Section 817.50, relating to fraudulently obtaining goods or services from a health care provider.
- (k) Section 817.505, relating to patient brokering.
- (l) Section 817.568, relating to criminal use of personal identification information.

- (m) Section 817.60, relating to obtaining a credit card through fraudulent means.
- (n) Section 817.61, relating to fraudulent use of credit cards, if the offense was a felony.
- (o) Section 831.01, relating to forgery.
- (p) Section 831.02, relating to uttering forged instruments.
- (q) Section 831.07, relating to forging bank bills, checks, drafts, or promissory notes.
- (r) Section 831.09, relating to uttering forged bank bills, checks, drafts, or promissory notes.
- (s) Section 831.30, relating to fraud in obtaining medicinal drugs.
- (t) Section 831.31, relating to the sale, manufacture, delivery, or possession with the intent to sell, manufacture, or deliver any counterfeit controlled substance, if the offense was a felony.
- (u) Section 895.03, relating to racketeering and collection of unlawful debts.
- (v) Section 896.101, relating to the Florida Money Laundering Act.

- ☐ **I have been granted an Exemption from Disqualification through the Agency for Healthcare Administration (AHCA).**

Date of Decision: _____

- ☐ **I have been granted an Exemption from Disqualification through the Florida Department of Health.**

Date of Decision: _____

****A copy of the Exemption from Disqualification decision letter must be attached****

If you are also using this form to provide evidence of prior Level 2 screening (fingerprinting) in the last 5 years and have not been unemployed for more than 90 days, please provide the following information. **A copy of the prior screening results must be attached.**

Purpose of Prior Screening: _____

Screening conducted by: _____ Date of Prior Screening: _____

- ☐ Agency for Healthcare Administration
- ☐ Department of Health
- ☐ Agency for Persons with Disabilities

- ☐ Department of Elder Affairs
- ☐ Department of Financial Services
- ☐ Department of Children and Families

04041



Attestation

Under penalty of perjury, I, _____, hereby swear or affirm that I meet the requirements for qualifying for employment in regards to the background screening standards set forth in Chapter 435 and section 408.809, F.S. In addition, I agree to immediately inform my employer if arrested or convicted of any of the disqualifying offenses while employed by any health care provider licensed pursuant to Chapter 408, Part II F.S.

Employee/Contractor Signature

Title

Date

05051



Información necesaria para la toma de huellas dactilares para trabajadores de servicio directo (DSW)

Instrucciones: Llene todos los campos que se encuentran abajo con su información. Escriba claramente. Esto es necesario para registrarlo para una verificación de antecedentes de huellas dactilares. Si necesita ayuda, por favor comuníquese con Consumer Direct al 877-270-9580 o con UnitedHealthcare sin costo al 800-791-9233; TTY/TTD 711. Con gusto le ayudaremos.

- * Apellido _____.
- * Nombre _____.
- * Segundo nombre _____.
- * Fecha de nacimiento _____.
- * Estado/país de nacimiento _____.
- * Ciudad de nacimiento _____.
- * Número de seguridad social _____.
- * Sexo _____.
- * Raza _____.
- * Color de ojos _____.
- * Color de cabello _____.
- * Estatura (pies y pulgadas) _____.
- * Peso _____.
- * País de ciudadanía _____.
- * Dirección - calle _____.
- * Dirección - Ciudad, estado, código postal _____.
- * Número telefónico _____.
- * Dirección de correo electrónico _____.

Uso en la oficina únicamente.

Nombre del representante de CD _____.

Nombre del participante _____.

Plan de cuidado de la salud _____.

Fecha de reunión de inscripción _____.

10298





UnitedHealthcare does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities

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.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, hay servicios de asistencia con el idioma disponibles sin costo para usted. Llame al **1-800-791-9233, TTY 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**.

Descripción del puesto del trabajador de servicio directo (DSW)

Nombre del DSW	Nombre del participante

Instrucciones: Utilice las listas que se encuentran a continuación: Busque y marque los servicios que se proporcionarán y las tareas que realizará el DSW. **Complete todas las páginas. Marque todas las opciones que apliquen.**

Servicios de atención de compañía para adultos (ACCS)

¿El DSW proporcionará este servicio? ☐ Sí ☐ No (Marque sí o no. En caso afirmativo, llene los siguientes campos)

Resumen del puesto. Los ACCS incluyen actividades necesarias para asistir al beneficiado. El DSW puede ayudar con tareas personales o del hogar. Los ACCS también consisten en brindar estimulación social para aliviar los efectos negativos del aislamiento y la soledad.

☐ **Preparación de comidas**

- ☐ Limpieza tras cocinar.
- ☐ Guardar la comida.

☐ **Limpieza ligera de la casa**

- ☐ Aspirar.
- ☐ Desempolvar.
- ☐ Barrer.

☐ **Lavar ropa**

☐ **Hacer las compras**

- ☐ Preparar la lista de compras.
- ☐ Recoger las compras y los artículos personales.
- ☐ Recoger medicamentos.

Enumere otras necesidades: _____

Servicios de empleo doméstico

¿El DSW proporcionará este servicio? ☐ Sí ☐ No (Marque sí o no. En caso afirmativo, llene los siguientes campos)

Resumen del puesto. Auxiliar con actividades de la vida diaria. Ayudar con tareas del hogar y apoyar a clientes en el ambiente doméstico. Los servicios pueden incluir mantenimiento de pertenencias personales y ligeras tareas de limpieza.

☐ **Limpieza del hogar**

- ☐ Aspirar.
- ☐ Desempolvar.
- ☐ Barrer.
- ☐ Tender la cama.
- ☐ Limpiar el baño.

☐ **Preparación de comidas**

- ☐ Limpieza tras cocinar.

Enumere otras necesidades: _____



Descripción del puesto del trabajador de servicio directo (DSW)

Servicios de atención personal (PCS)

¿El DSW proporcionará este servicio? ☐ Sí ☐ No (Marque sí o no. En caso afirmativo, llene los siguientes campos)

Resumen del puesto. Supervisar o ayudar con las actividades del día a día. Los PCS ofrecen una alternativa a los servicios de asistencia de salud en el hogar cuando la condición de un cliente ya no requiere de la atención de enfermeros o un asistente que actúen bajo supervisión regular. Las tareas bajo los PCS pueden incluir ayudar al beneficiado a comer, bañarse, vestirse e ir al baño. Otras tareas pueden incluir hacer la cama, desempolvar y aspirar.

Vestir y desvestir.

- ☐ Vestirse.

Higiene y cuidados

- ☐ Cuidado dental. (Cepillado, hilo dental, enjuague bucal).
- ☐ Afeitado.
- ☐ Aplicar productos faciales y corporales. (Lociones y maquillaje)
- ☐ Cuidado de las uñas. (En caso de diabetes, proporcionar instrucciones).
- ☐ Cuidado del cabello. (Cepillar, trenzar).

Amplitud de movimiento y movilidad corporal

- ☐ Ejercicio.
- ☐ Ayudarme a salir de la cama. Colocarme en la cama o en una silla.

Asistencia con medicamentos

- ☐ Abrir un frasco de medicinas o un pastillero.
- ☐ Proporcionarme una bebida para tomar mis medicinas.
- ☐ Leer las etiquetas de los medicamentos.
- ☐ Ayudarme a recordar qué medicamentos tomo.
- ☐ Ayudarme a resurtir mis recetas.
- ☐ Ayudar con la colocación de tubos de oxígeno.
- ☐ Recordarme aplicar gotas para los ojos y ungüentos para la piel y colocarlos a mi alcance.

Bañar y ducharse

- ☐ Baño de esponja.
- ☐ Baño en cama.
- ☐ Entrar a la bañera o ducha. (Lavar el cuerpo o el cabello).
- ☐ Salir de la bañera o la ducha. (Secarse).
- ☐ Vestirse.

Transporte y caminar

- ☐ Ayudar a caminar afuera de casa.
- ☐ Ayudar a moverse entre habitaciones. Ayudar a moverse entre distintos niveles de una casa.

Aseo y continencia

- ☐ Ayudo con el aseo.
- ☐ Cuidado de continencia.

Limpieza del hogar

- ☐ Limpieza ligera de la casa.
- ☐ Aspirar.
- ☐ Desempolvar.
- ☐ Barrer.
- ☐ Tender la cama.

Preparación de comidas y asistencia para alimentarse

- ☐ Preparación de comidas y limpieza.
- ☐ Ayuda para comer. (Cortar la comida).

Enumere otras necesidades: _____



Descripción del puesto del trabajador de servicio directo (DSW)

Servicios de atención de asistencia de enfermería

¿El DSW proporcionará este servicio? ☐ Sí ☐ No (Marque sí o no. En caso afirmativo, llene los siguientes campos)

Resumen del puesto. Quien brinda la atención es un enfermero certificado. Por lo regular se brinda atención durante periodos más largos durante el día. Los periodos tienden a durar más de dos horas. El o la enfermera ayuda con necesidades médicas.

Enumere las necesidades médicas específicas: _____

Enfermería especializada e intermitente

¿El DSW proporcionará este servicio? ☐ Sí ☐ No (Marque sí o no. En caso afirmativo, llene los siguientes campos)

Resumen del puesto. Los servicios de enfermería especializada se proporcionan para garantizar la seguridad del cliente y alcanzar los objetivos del plan de tratamiento autorizado por el médico. Un LPN o RN puede prestar estos servicios especializados en el hogar del cliente. La atención tiende a cubrir breves periodos del día; por lo regular menos de dos horas. El o la enfermera ayuda con necesidades médicas. Las necesidades pueden ser inyecciones. Las necesidades pueden incluir atención a heridas.

Enumere las necesidades médicas específicas: _____

Las responsabilidades del DSW para con el participante son:

- Tratar al participante con dignidad y respeto. Respetar sus creencias personales, cultura y religión. Respetar también su privacidad y propiedades personales.
- Denunciar presunto maltrato o abandono.
- Llamar al 911 si se presenta una emergencia.
- Respetar y utilizar los métodos de comunicación preferidos por el participante.
- Mantener la información personal del participante privada.
- Reportar cambios en su estado de salud al plan de atención administrada.
- Notificar con al menos dos semanas de anticipación si planea renunciar.
- Ofrecer atención segura.
- Notificar si llegará tarde o no podrá presentarse a trabajar.

Firma del participante/representante

Fecha

Firma del DSW

Fecha





If you need help, please contact Consumer Direct at 877-270-9580 or UnitedHealthcare Toll-Free 800- 791-9233; TTY/TTD 711. We are happy to help.

UnitedHealthcare does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability in health programs and activities

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.

ATENCIÓN: Si no habla inglés, hay servicios de asistencia con el idioma disponibles sin costo para usted. Llame al **1-800-791-9233, TTY 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.**

Cuestionario de salud del trabajador de servicio directo (DSW)

Nombre de DSW en letra de molde

Antecedentes. ¡Bienvenido! Se encuentra en el proceso de empleo. Un participante lo ha contratado condicionalmente. Él será su empleador. Su título será de DSW. Este título requiere que preste servicios al empleador. Los deberes varían. Se ajustan a las necesidades del empleador. Es necesario obtener autorización para estos servicios. Sus deberes requerirán que realice tareas de naturaleza física; estas tareas conllevan exigencias físicas. El propósito de este formulario es obtener información sobre su capacidad de realizar estas tareas de forma segura. Esto se utilizará para ayudarle a manejar su empleo de forma segura.

Instrucciones. Por favor responda a todos los incisos. Sus respuestas serán *confidenciales*. Marque "sí" si tiene una limitante o restricción médica o física para esa actividad. **Explique todas las respuestas afirmativas en la siguiente página. Adjunte más páginas de ser necesario.** Marque "no" si no tiene ninguna restricción ni limitante. No es necesario explicar las respuestas que marque con "no".

Devuelva este formulario a Consumer Direct. En caso de dudas, comuníquese con Consumer Direct al 877-270-9580 o sin costo a UnitedHealthcare al 800-791-9233; TTY/TTD 711. Con gusto le ayudaremos. Gracias.

	Actualmente tiene alguna limitación o restricción a la actividad física para:	NO.	SÍ.
1	¿Sentarse?		
2	¿Permanecer de pie?		
3	¿Caminar?		
4	¿Capacidad de moverse?		
5	¿Ponerse en cuclillas? <i>Esto significa inclinarse flexionando las rodillas.</i>		
6	¿Arrodillarse/gatear?		
7	¿Agacharse? <i>Esto significa inclinarse con la cintura.</i>		
8	¿Girar? <i>Esto incluye girar con las rodillas, la cintura o el cuello.</i>		
9	¿Voltear/pivotear?		
10	¿Tregar?		
11	¿Mantener el equilibrio?		
12	¿Alcanzar por encima de su cabeza?		
13	¿Extenderse para alcanzar?		
14	¿Sujetar?		
15	¿Empujar/jalar?		
16	¿Levantar/cargar?		
17	¿Pérdida total o parcial de la audición?		
18	¿Ceguera o problemas de la vista? <i>Podría ser parcial o completa.</i>		
19	¿Alguna vez un profesional de la salud le ha recomendado restringir sus actividades físicas de cualquier manera?		



Cuestionario de salud del trabajador de servicio directo (DSW)

Nombre de DSW en letra de molde

	Antecedentes médicos personales. En los últimos 5 años, ha recibido tratamiento por:	NO.	SÍ.
20	¿Epilepsia?		
21	¿Desmayos? ¿Mareos?		
22	¿Hernias?		
23	¿Esfuerzos musculares?		
24	¿Esguinces o lesiones de cuello o espalda?		
25	¿Hernia de disco?		
26	¿Lesiones de articulaciones? ¿Dolor de articulaciones?		
27	¿Fracturas?		
28	¿Tuberculosis? ¿Ha tenido un prueba positiva de tuberculosis?		
29	¿Problemas pulmonares? ¿Enfermedad pulmonar?		
30	¿Lesiones de cabeza?		
31	¿Alergias?		
32	¿Otros padecimientos, enfermedades o problemas actuales?		
33	¿Ha sido hospitalizado o se ha sometido a una cirugía (sin contar partos)?		
34	Se ha rehusado a someterse a un procedimiento quirúrgico recomendado?		
35	¿Está tomando medicamentos o fármacos que podrían deteriorar su toma de decisiones?		

Presenta actualmente -o en algún punto un profesional de la salud le ha indicado que presentó- alguna limitante física en las categorías que se enlistan a continuación:							
		NO.	SÍ.			NO.	SÍ.
A	Espalda?			H	Brazo?		
B	Hombro?			I	Cadera?		
C	Cuello?			J	Rodilla?		
D	Hombro?			K	Tobillo?		
E	Muñeca?			L	Pie?		
F	Mano?			M	Pierna?		
G	Dedo?			N	¿Otro?		

Consumer Direct no discrimina en políticas y prácticas de contratación, ascenso y retención contra personas que, de buena fe, han presentado una reclamación, o han recibido beneficios bajo las leyes de indemnización laboral del estado.



Nombre de DSW en letra de molde

[illegible]

Firma del DSW _____ Fecha: _____

Revisado por: _____. Fecha: _____. Fecha de envío a gerente de riesgo: _____.

Ubicación/oficina estatal: _____. Rev. gerente riesgo: _____. OK: _____. Ver adjunto: _____.

Fecha: _____.



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。**