



## **PROGRAMA DE EXCLUSIÓN - ACUERDO DEL PROVEEDOR PARA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA**

---

Como Asistente Personal o Asistente de Enfermera Certificada (CNA) privado del Programa de Servicios en el Hogar del Departamento de Servicios Humanos, accedo a registrarme como proveedor del Programa de Exclusión del Medicaid con el propósito de ser compensado por los servicios y cumplir con todas las condiciones contenidas en este acuerdo

Como Proveedor del Programa de Exclusión de Medicaid, estoy de acuerdo en:

- cumplir con todos los requisitos establecidos en el Acuerdo de Servicios en el Hogar entre el Paciente / Proveedor (IL488-1947);
- no discriminar al proveer servicios debido a sexo, raza, color, origen nacional o discapacidad;
- cumplir con los requisitos del Asistente Personal, establecidos en el código Adm. 89 Ill. 686.10 , o con los requisitos para Asistente de Enfermera Certificada establecidos en el código Adm.77 Ill. 395;
- voluntariamente, asignar la responsabilidad de mis pagos para los servicios que proporciono a la División de Servicios de Rehabilitación del Departamento de Servicios Humanos (DHS-DRS);
- aceptar pagos del estado de Illinois, por los servicios proporcionados, como pagos completos;
- ser preciso, completo y sincero al completar la DOCUMENTACIÓN DE SERVICIOS PARA SERVICIOS EN EL HOGAR (IL488\_2251), y al firmar el formulario IL488\_2251, estoy de acuerdo que soy completamente responsable por la información contenida en el formulario. (Por cualquier facturación falsa o fraudulenta que someta u ocultar cualquier información relacionada a los pagos de estas facturas, se puede entablar una acción judicial bajo las leyes federales y estatales que aplican);
- mantener una copia del formulario IL488\_2251 completado y de otros registros relacionados a facturación por los servicios pagados por la Oficina de Servicios para Rehabilitación. (Estos registros tienen que ser mantenidos por lo menos por tres años desde la fecha en que se facturó);
- avisar a ORS si hay un exceso de pago por algún servicio pagado y devolver cualquier exceso de pago al estado de Illinois.

Yo estoy de acuerdo, en caso que la información proporcionada esté incompleta, incorrecta o sea falsa, puede ser causa para que se termine mi función como proveedor DHS-DRS bajo el Programa de Servicios en el Hogar.

**El Proveedor debe completar lo siguiente:**

Firma del Asistente Personal o CNA: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde del Asistente Personal o CNA: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Asistente Personal o CNA : \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Asistente Personal o CNA: \_\_\_\_\_

Nombre del Cliente HSP: \_\_\_\_\_

<b>Para Ser Completado por Oficina</b>		
HSP Customer district number: _____		
HSP Office: _____		
Address _____		
City _____		
State _____	Zip Code _____	
_____	_____	_____
(Signature of HSP staff)	(Job Title)	(Date)

<b>Sólo Para Uso del Estado</b>	
<b>Illinois Department of Healthcare and Family Services</b>	
_____	_____
Administrator, Division of Medical Programs	Date