



**ASISTENCIA PERSONAL DIRIGIDA POR EL CONSUMIDOR  
ACUERDO CON RESPECTO AL PROGRAMA ENTRE  
EL CONSUMIDOR/REPRESENTANTE DESIGNADO Y  
EL PLAN DE SALUD**

Nombre del consumidor: \_\_\_\_\_

Nombre del representante designado (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombre del plan de salud: **Aetna Better Health of New York**

**I. ACUERDO CON RESPECTO AL PROGRAMA DE ASISTENCIA PERSONAL  
DIRIGIDA POR EL CONSUMIDOR**

El Programa de Asistencia Personal Dirigida por el Consumidor (el “Programa”) está destinado a beneficiarios de Medicaid (“Consumidores”) que necesitan servicios de cuidado en el hogar, incluido el cuidado personal y determinados servicios de cuidado de salud en el hogar y de enfermería especializada. El Programa les otorga a los Consumidores más flexibilidad y libertad, ya que les permite dirigir su propio cuidado, lo que incluye elegir sus propios asistentes personales según lo autorice su plan de salud.

Para participar en el programa, los consumidores deben poder dirigir su propio cuidado, comprender sus responsabilidades en el programa y cumplirlas, o bien deben tener un representante designado que se encargue de todo ello en su nombre. El Consumidor o su representante designado también deben entender las funciones y responsabilidades del plan de salud y de los intermediarios fiscales estatales en virtud del Programa.

Según se utiliza en este acuerdo, el término “consumidor” también incluye al representante designado del consumidor cuando corresponda, a menos que se especifique lo contrario. Conforme se usa en este acuerdo, las expresiones en primera persona se refieren al consumidor o al representante designado del consumidor, cuando corresponda y según el contexto.

Este acuerdo describe las funciones y responsabilidades del consumidor y del plan de salud en virtud del programa. El Consumidor debe firmar este acuerdo para reconocer que comprende las funciones y responsabilidades, y para participar en el Programa. El Consumidor también debe celebrar un acuerdo por separado con el intermediario fiscal estatal; en dicho acuerdo se describirán las funciones y responsabilidades del Consumidor y del intermediario.

## **II. RESPONSABILIDADES DEL CONSUMIDOR O DEL REPRESENTANTE DESIGNADO:**

Como Consumidor que participa en el Programa, haré lo siguiente:

1. Leeré y comprenderé este acuerdo y las funciones y responsabilidades del plan de salud, del intermediario fiscal estatal y del Consumidor en virtud del Programa.
2. Trabajaré con el intermediario fiscal estatal como mi intermediario fiscal. Entiendo que puedo elegir trabajar con un [facilitador del Programa](#) que tenga contrato con el intermediario fiscal estatal, pero que el intermediario fiscal estatal será el único intermediario fiscal con el que podré trabajar.
3. Administraré mi plan de cuidado.
4. Seré responsable de seleccionar, contratar, capacitar, supervisar y organizar a las personas suficientes que cumplan con los requisitos para ser mis asistentes personales, según lo autorice mi plan de salud.
5. Tendré un plan de respaldo para sustituir a un asistente personal cuando este no esté disponible temporalmente por cualquier motivo.
6. Conservaré un ambiente adecuado en el hogar.
7. Revisaré el plan de cuidado con cada asistente personal para describir sus responsabilidades.
8. Garantizaré que mis asistentes personales realicen de manera completa y segura solo las tareas que se identifican en el plan de cuidado durante las horas autorizadas.
9. Cumpliré con las leyes laborales para brindar igualdad de oportunidades en el empleo, según se especifica en el acuerdo del Consumidor con el intermediario fiscal estatal del Programa.
10. Informaré al plan de salud y al intermediario fiscal estatal, en un plazo de cinco días hábiles, sobre cualquier cambio de estado o condición, lo que incluye, entre otros, hospitalizaciones, cambios de dirección o número de teléfono, y vacaciones.
11. Rescindiré el contrato de un asistente personal, si es necesario.
12. Notificaré al intermediario fiscal estatal de cualquier cambio en la situación laboral de un asistente personal.
13. Me aseguraré de que los documentos de mis asistentes personales se envíen al intermediario fiscal estatal del Programa. Esto incluye evaluaciones de salud anuales de los trabajadores y documentos laborales requeridos.
14. Me aseguraré de que mis asistentes personales cumplan con los requisitos de la verificación electrónica de visitas (EVV), incluidos aquellos descritos en [Requisitos y pautas del programa de EVV](#).
15. Certificaré la exactitud de las horas trabajadas por mis asistentes personales mediante el sistema de datos de verificación electrónica de visitas del intermediario fiscal estatal, la aplicación Time4Care del intermediario fiscal estatal o a través de mi firma en la planilla de control del trabajador.
16. Entregaré cheques de pago en papel a cada asistente personal, si corresponde.

17. Cumpliré con los requisitos del Programa, lo que incluye participar en los procesos de evaluación y reevaluación, según sea necesario.
18. Informaré al plan de salud cualquier sobrepago o pago incorrecto de parte del programa Medicaid a mis asistentes personales, y tomaré cualquier medida necesaria para facilitar la devolución del monto a dicho plan.

### **III. RESPONSABILIDADES ADICIONALES EXCLUSIVAS DEL REPRESENTANTE DESIGNADO:**

Además de las responsabilidades antes indicadas que debo asumir como representante designado del Consumidor, cumpliré con lo siguiente:

1. Estaré disponible para garantizar que las responsabilidades del consumidor se cumplan sin demoras.
2. Estaré disponible y presente en cualquier evaluación o visita programadas que estén a cargo de un evaluador independiente, un profesional médico examinador o el plan de salud cuando el miembro no pueda dirigir su propio cuidado.

### **IV. RESPONSABILIDADES DEL PLAN DE SALUD:**

El plan de salud debe brindar al Consumidor materiales educativos impresos en los que se describan las funciones y responsabilidades del Consumidor para garantizar que este tome decisiones informadas cuando reciba servicios del Programa. También se ocupará de lo siguiente:

1. Determinará si el Consumidor (no incluye al representante designado) es elegible para el Programa y si deben autorizarse servicios de cuidado personal o en el hogar en cada evaluación o reevaluación.
2. Definirá si el Consumidor es capaz de asumir todas las responsabilidades asociadas con la participación en el Programa y si está dispuesto a hacerlo, o si tiene un representante designado capaz y dispuesto a actuar en su nombre.
3. En cada evaluación o reevaluación, analizará y registrará el plan que tiene el Consumidor o el representante designado para garantizar que haya respaldos acordados disponibles para satisfacer las necesidades del Consumidor.
4. En cada evaluación o reevaluación, desarrollará junto con el Consumidor o el representante designado un plan de servicios o de cuidado centrado en la persona que describa las tareas que debe completar el asistente personal.
5. Conservará una copia del plan de cuidado en el archivo del Consumidor y entregará otra copia al Consumidor o al representante designado.
6. Autorizará el tipo o la cantidad de servicios necesarios, y el número de horas elegibles.
7. Autorizará únicamente servicios del Programa brindados a través del intermediario fiscal estatal.

8. Investigará informes del intermediario fiscal estatal que indiquen que el consumidor no está cumpliendo con sus responsabilidades.
  9. Evaluará de manera continua si el Consumidor requiere cuidado personal, cuidado de salud en el hogar u otro tipo de servicios.
  10. Notificará al Consumidor y al representante designado que los servicios del Programa se reducirán o interrumpirán si el plan de salud determina que dichos servicios ya no son adecuados. Si corresponde, remitirá al Consumidor a otros programas pertinentes.
  11. Brindará al Consumidor y al representante designado el aviso correspondiente de audiencia imparcial.
- 

TODAS LAS PARTES ACEPTAN LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES QUE IMPLICA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA, SEGÚN SE EXPLICA MÁS ARRIBA. CUMPLIR CON LAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DEL CONSUMIDOR ES UN REQUISITO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA. EL INCUMPLIMIENTO DE DICHAS FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES PUEDE DERIVAR EN LA INTERRUPCIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA.

### **Firmas**

\_\_\_\_\_

Consumidor

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Representante designado (si corresponde)

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Representante del plan de salud

\_\_\_\_\_

Fecha