

Instrucciones

Actualizado: 1/2021

Propósito

Proporcionar información al empleador de Servicios Administrados por el Cliente (CDS) sobre los requisitos para usar el sistema de verificación electrónica de visitas (EVV) para verificar electrónicamente la prestación de los servicios de Medicaid requeridos y registrar la fecha y las horas de inicio y de terminación de los servicios. El EVV sustituye el registro en papel de los servicios de atención personal requeridos.

El empleador de CDS puede elegir hacer una revisión de visitas según sea necesario para corregir información sobre las visitas y aprobar las horas de la jornada de trabajo de sus empleados. O bien, puede elegir que la agencia de servicios de administración financiera (FMSA) sea la que se encargue de esa o más funciones del sistema EVV.

Procedimiento

Cuándo se debe llenar este formulario

La FMSA y el empleador de CDS deben llenar este formulario al implementar el sistema EVV para un programa o servicio que se prestará a través de CDS, al inscribirse en la opción de CDS y en cualquier momento en que el empleador de CDS solicite un cambio en la designación de las responsabilidades de la EVV.

Procedimiento

La FMSA explica sus responsabilidades y las del empleador de CDS relacionadas con el uso del sistema EVV. El empleador de CDS elige la opción que corresponda:

- Responsable de hacer las revisiones de visitas: El empleador de CDS o la FMSA.
- Responsable de registrar las horas trabajadas por el prestador de servicios:
 - el empleador de CDS aprueba las horas trabajadas en el sistema EVV; o bien,
 - el empleador de CDS elige que la FMSA confirme las horas trabajadas en el sistema EVV de acuerdo con lo que el empleador de CDS haya aprobado.

La FMSA debe procesar y seleccionar las opciones correspondientes en el sistema EVV a más tardar cinco días después de haber entregado el formulario completo, o como lo indique la HHSC.

Número de copias

Una copia para la FMSA y otra para el empleador de CDS.

Entrega del formulario

La FMSA entrega una copia del formulario 1722 al empleador de CDS o al representante designado (DR) para que la llene.

Retención del formulario

Tanto el empleador de CDS como la FMSA deben guardar una copia mientras esté en vigor o hasta que se hayan resuelto todos los conflictos, reclamaciones y auditorías pendientes.

Instrucciones detalladas

1. Nombre de la persona que recibe los servicios: Introduzca el nombre de la persona que recibe los servicios.

Nota: Los programas de atención médica administrada y las normas de EVV de la HHSC podrían referirse a la persona que recibe los servicios como “beneficiario”.

2. Nombre del empleador de CDS (si no es la misma persona que recibe los servicios): Introduzca el nombre de la persona que recibe los servicios, quien es mayor de 18 años y no tiene un tutor legal; o el de su representante legalmente autorizado.

3. Identification Number: Esta sección debe ser llenada exclusivamente por la FMSA, la cual debe introducir el número de seguimiento único para cada persona que recibe los servicios.

4. Relación con la persona que recibe los servicios: Si el empleador de CDS no es la persona que recibe los servicios, defina la relación entre el empleador y la persona que recibe los servicios.

Nombre del proveedor de EVV: Introduzca el nombre del proveedor de EVV, si corresponde. Si la FMSA opta por usar su propio sistema, este campo debe dejarse en blanco.

Nombre del sistema EVV: Introduzca el nombre del sistema EVV.

Nota: el sistema EVV puede ser el de un proveedor de EVV aprobado por el estado o el sistema EVV propio de la FMSA.

Información de contacto del sistema EVV: Introduzca la información de contacto del sistema EVV.

Selección de las responsabilidades para la revisión de visitas de EVV: El empleador de CDS marca la casilla que corresponda a la opción que seleccione. Solo puede elegir una opción. Si en algún momento el empleador de CDS decide cambiar de una opción a otra, debe llenar un nuevo formulario 1722.

Opción 1: El empleador de CDS decide hacer las revisiones de visitas y aprobar las horas trabajadas por sus empleados en el sistema EVV.

Opción 2: El empleador de CDS decide delegar todas las revisiones de visitas a la FMSA, pero debe aprobar las horas trabajadas por su empleado en el sistema EVV.

Opción 3: El empleador de CDS decide delegar todas las revisiones de visitas a la FMSA, así como la confirmación de las horas trabajadas por el empleado en el sistema EVV de acuerdo con lo que el empleador haya aprobado.

Decido que mi representante designado (DR) me asista con las responsabilidades descritas en este formulario: Marque esta casilla si el empleador de CDS decide que su DR lo asista.

Acepto que la selección hecha en este formulario entrará en vigor a partir de: Introduzca la fecha en la que estos cambios entrarán en vigor.

Firmas

Firma del empleador de CDS y fecha: El empleador de CDS firma y escribe la fecha, esto indica que la FMSA ha revisado la información del formulario junto con el empleador de CDS.

Firma del representante designado (si aplica): El DR firma y escribe la fecha, esto indica que acepta asistir al empleador de CDS con el uso del sistema EVV. Si se decide que el DR asista con el uso del sistema EVV, el DR deberá tomar las capacitaciones sobre el sistema y las normas de EVV antes de asistir con el uso del sistema.

Firma del representante de la FMSA y fecha: El representante de la FMSA firma y escribe la fecha, con esto indica que se le ha explicado el sistema EVV y que el empleador de CDS entiende el contenido del formulario.