

Formulario de consentimiento de la Opción de dirección por el participante

Yo, _____, elijo participar en la Opción de dirección por el participante (PDO, por sus siglas en inglés). Entiendo que tengo las siguientes responsabilidades:

Escriba sus iniciales en cada renglón a continuación para indicar que ha leído y entendido cada punto. Si el afiliado/participante no puede colocar sus iniciales en cada renglón, otra persona puede marcar cada elemento.

- _____ 1. Tengo las Pautas para el participante de la PDO. Las pautas me indican cómo funciona la PDO y cuáles son mis responsabilidades. Leeré las pautas. Soy responsable de las siguientes pautas.
- _____ 2. Me pondré en contacto con mi asesor de cuidado de la salud si necesito ayuda.
- _____ 3. Le informaré a mi asesor de cuidado de la salud si deseo elegir un representante.
- _____ 4. Acepto que tengo la responsabilidad de entrevistar, contratar, entrenar, supervisar y despedir (si fuera necesario) a mi(s) trabajador(es) de servicio directo.
- _____ 5. Contrataré trabajadores de servicio directo competentes. Las cualificaciones de los trabajadores de servicio directo se encuentran en las Pautas para el participante de la PDO. Debo contratar trabajadores de servicio directo que estén capacitados en RCP, las precauciones universales y las normas de privacidad de la HIPAA.
- _____ 6. Redactaré una lista de tareas y un cronograma de trabajo para mi(s) trabajador(es) de servicio directo. La lista de tareas y el cronograma de trabajo deben aparecer en el Acuerdo entre el participante y el trabajador de servicio directo.
- _____ 7. Me aseguraré de que mi(s) trabajador(es) de servicio directo no trabaje(n) más horas que las aprobadas en el Acuerdo entre el participante y el trabajador de servicio directo.
- _____ 8. En caso de que tenga más de 40 horas de servicio por semana en virtud de la PDO, tendré más de 1 trabajador de servicio directo.
- _____ 9. Entiendo que puedo recibir más capacitación si la deseo/necesito. Me comunicaré con mi asesor de cuidado de la salud si deseo/necesito más capacitación.
- _____ 10. Sé que las planillas de horas de mi trabajador de servicio directo enviadas a través del sistema de verificación electrónica de visitas (EVV) deben ser correctas.
- _____ 11. Me aseguraré de que las planillas de horas de EVV de mi trabajador de servicio directo sean enviadas al Agente fiscal/empleador. Las planillas de horas se deben enviar antes de la fecha que figura en el cronograma de pagos. Si tengo algún problema con mi planilla de horas de EVV, se lo informaré a mi asesor de cuidado de la salud o a F/EA.

Humana | Healthy Horizons™ in Florida

- _____ 12. Entregaré el cronograma de mi trabajador de servicio directo a mi administrador de casos/plan de salud.
- _____ 13. Le informaré a mi asesor de cuidado de la salud si decido despedir a mi(s) trabajador(es) de servicio directo.
- _____ 14. Crearé un plan de respaldo para emergencias para saber qué hacer si mi(s) trabajador(es) de servicio directo no se presenta(n) para proporcionar los servicios.
- _____ 15. Le informaré a mi asesor de cuidado de la salud si tengo problemas con mi(s) trabajador(es) de servicio directo.
- _____ 16. Sé que puedo dejar de participar en la PDO en cualquier momento. Le informaré a mi asesor de cuidado de la salud si deseo dejar de participar en la PDO. Mi asesor de cuidado de la salud se asegurará de que yo siga recibiendo mis servicios. Si dejo de participar en la PDO, un proveedor de la red de mi Plan me proporcionará los servicios.
- _____ 17. Cumpliré los requisitos de este formulario de consentimiento, del Acuerdo entre el participante y el trabajador de servicio directo, mi Acuerdo del Participante y las pautas para el participante de la PDO. Si no cumplo con los requisitos, mi Plan puede suspender mi participación en la PDO. Si mi Plan interrumpe mi participación en la PDO, mi asesor de cuidado médico se asegurará de que un proveedor de la red de mi Plan me siga brindando los servicios.

He leído y comprendo este formulario de consentimiento de la PDO. Sé que mi participación en la PDO es voluntaria.

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

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

He explicado toda la información necesaria para que este participante tome una decisión informada sobre su participación en la PDO.

Nombre en letra de imprenta del asesor de cuidado de la salud	Firma	Fecha
---	-------	-------

ENGLISH: This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at **888-998-7732**. If you use **TTY**, call **711**, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

SPANISH: Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **888-998-7732**. Si usa un **TTY**, marque **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

CREOLE: Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòm. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **888-998-7732**. Si ou itilize **TTY**, rele **711**, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

FRENCH: Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autre langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **888-998-7732**. Si vous utilisez un appareil de télétype (**TTY**), appelez le **711** du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

ITALIAN: Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero **888-998-7732**. Se utilizza una telescrivente (**TTY**), chiami il numero **711** dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00.

RUSSIAN: Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру **888-998-7732**. Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **888-998-7732 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **888-998-7732** o si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **888-998-7732 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan Inc.

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 888-998-7732 (TTY: 711).

Español: (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **888-998-7732 (TTY: 711)**.

Kreyòl Ayisyen: (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **888-998-7732 (TTY: 711)**.

Tiếng Việt: (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **888-998-7732 (TTY: 711)**.