

# Paquete de Inscripción para un Nuevo PSW

ID Requerida

**\*Quédese con la hoja de Navegación para Registrarse y la lista de Recursos de Referencia (Las ultimas 2 páginas)**

This page intentionally left blank.

# PSW (TRABAJADOR DE APOYO PERSONAL) FORMULARIO DEMOGRAFICO

SE REQUIERE VERIFICAR EL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN EN PERSONA

**\*REQUERIDO**

* MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:	<input type="checkbox"/> APLICANTE NUEVO <input type="checkbox"/> AÑADIR CLIENTE <input type="checkbox"/> SIN CLIENTE	<input type="checkbox"/> ACUALIZAR DEMOGRÁFICOS/INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DE EXPEDIENTE DE CRIMINALIDAD
LANGUAGE PREFERIDO:	Ingles ____ Español ____ Otro: _____	
* NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PSW:		
* APELLIDO:	* NOMBRE:	
* DIRECCIÓN DE ENVÍO:		
* DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	* NÚMERO DE TELÉFONO:	
* FECHA DE NACIMIENTO:	* NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	
* CLIENTE/NOMBRE DEL INDIVIDUO:	* PRIME CLIENTE/INDIVIDUO:	
* RELACIÓN CON EL CLIENTE / INDIVIDUO:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO RELACIONADO	
* NOMBRE DEL EMPLEADOR:		

**DATE STAMP:**

This page intentionally left blank.



## SOLICITUD DE VERIFICACION DE ANTECEDENTES

(Background Check Information Form)

**Por favor traiga este formulario completo y una identificacion o licencia actual a nuestra recepcion**

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Sufijo: (circule uno) Sr, Jr, III, IV, V

Genero:  Masculino

Femenino

Otro \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Tenga en cuenta que esto es voluntario, pero obligatorio para la portabilidad)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Correo electronico** (email): \_\_\_\_\_

**Permanente/Fisica** (Direccion) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

**Marque si la direccion es**

igual que la direccion permanente/fisica

Direccion postal (si es diferente a la permanente/fisica) \_\_\_\_\_

# de Telefono \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Tipo: (circule uno) Casa – Mobil – Oficina – Mensaje

**Nombres o alia anteriores/Direcciones anteriores fuera del estado**

- El sujeto individual informa que no tiene otros nombres o alias. *(Si corresponde, vea el reverso)*
- El sujeto informa que no ha vivido fuera del estado durante los ultimos 5 años durante mas de 60 dias. *(Si corresponde, vea el reverso)*

**Verificar Identidad:** Numero de Identificacion/Lisencia: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado/Autoridad: \_\_\_\_\_

**Autorizo al Condado de Marion a iniciar esta solicitud de verificacion de antecedentes.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Porfavor complete la Autorizacion y Divulgacion que le sera enviada por Correo Electronico de [noreply@innovativearchitects](mailto:noreply@innovativearchitects), [noreply-dev@innovativearchitects](mailto:noreply-dev@innovativearchitects). Una vez que haya ingresado y completado el formulario entonces comenzara la verificacion de antecedentes. Si no esta completo y devuelto dentro de 21 dias, la verificacion de antecedentes se cerrara y deberia reiniciar el proceso.**

(Solo si aplica)

**Nombres previos y alias**

*Nombres previos y alias, incluidos apellidos de soltera/o, apellidos de casada/o, cambios de nombre y cualquier nombre que haya utilizado o conocido el individuo/a sujeto/a. Requerido para que la verificación de antecedentes sea completa y precisa.*

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo Nombre: _____	
# de seguro social: ____ - ____ - ____	Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre: _____ Apellido: _____ Segundo Nombre: _____	
# de seguro social: ____ - ____ - ____	Fecha de nacimiento: ____/____/____

**Direcciones anteriores**

*Ingrese todas las direcciones en las que haya vivido fuera del estado durante el periodo del tiempo especificado.*

Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo postal: _____ Desde que Año: ____ Hasta que Año: ____
Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo postal: _____ Desde que Año: ____ Hasta que Año: ____
Ciudad: _____ Estado: ____ Codigo postal: _____ Desde que Año: ____ Hasta que Año: ____

## Solicitud de verificación de antecedentes

### Instrucciones para la persona objeto (SI)

**Lea todas las instrucciones antes de completar el formulario.**

Como objeto de la presente verificación de antecedentes, nos referimos a usted en estas instrucciones como persona objeto (SI). La entidad calificada (QE) que aparece en la casilla 1 es la agencia en la que solicita el empleo, o bien, mantener un puesto. La persona designada de la entidad calificada (QED) es la persona de la entidad calificada que ha recibido capacitación de la Unidad de verificación de antecedentes (BCU) del Departamento de Servicios Humanos para verificaciones de antecedentes: la QED habitualmente es el contacto para realizar esta verificación de antecedentes.

### Sección 2 — Usted, la SI, debe completar esta sección.

11. Escriba su nombre completo a máquina o en letra de imprenta.
12. La divulgación del número de su Seguro Social (*Social Security Number, SSN*) es opcional. La BCU le pide el SSN únicamente para poder identificarle a ciencia cierta durante el proceso de verificación de antecedentes. Si usted no proporciona su SSN, la BCU podría pedirle tomar sus huellas digitales para corroborar su identidad.
13. Ingrese su fecha de nacimiento (*mm/dd/aaaa*).
14. Ingrese su dirección de correo electrónico.
15. Marque la casilla de su sexo.
16. Ingrese su licencia de conducir o identificación estatal, e incluya el estado y el número.
17. Escriba a máquina o en letra de imprenta todos los alias u otros nombres que haya usado alguna vez.
18. Marque esta casilla solo si prefiere que la correspondencia de la BCU se envíe a su domicilio postal en lugar de enviarlo a la dirección de correo electrónico. *La BCU enviará correspondencia a través de correo postal regular si contiene información confidencial.*
19. Escriba a máquina o en letra de imprenta su domicilio de residencia. Si tiene un domicilio postal que sea diferente de su domicilio de residencia, escríbalo a máquina o en letra de imprenta.
20. Escriba a máquina o en letra de imprenta los números de teléfono a los cuales podamos comunicarnos.
21. Si vivió fuera de Oregon en los últimos cinco (5) años durante más de 60 días seguidos, marque la casilla “Sí” y proporcione detalles de sus domicilios anteriores de residencia. Si vivió solamente en Oregon en los últimos cinco (5) años, marque la casilla “no” y pase a la pregunta n.º 22.
22. Proporcione información sobre sus antecedentes penales. Si nunca lo han detenido (*arrestado*), acusado ni condenado, marque la casilla “no” y pase a la pregunta n.º 23.

**No omita parte alguna de sus antecedentes penales** — Debe proporcionar de manera precisa y cabal todos sus antecedentes (*como adulto y como menor*), independientemente de cuándo hayan ocurrido los sucesos. Esto incluye todos los delitos, mayores y menores,

violaciones de libertad condicional y faltas de comparecencia. Si usted omite parte alguna de sus antecedentes, su solicitud podría ser cerrada o podría denegársele por falsedad en su declaración. Se debe incluir todas las infracciones de tránsito graves como imprudencia temeraria al conducir (*reckless driving*), conducir bajo la influencia de sustancias tóxicas (DUII) y conducir con la licencia suspendida (DWS). Se debe incluir la falta de comparecencia, incluso cuando se trata de una infracción de tránsito menor.

Si no está seguro de si debe incluir algo o no, inclúyalo. Incluya la fecha exacta (*mm/dd/aaaa*), el lugar y el resultado de cada acusación, detención (*arresto*), sentencia o condena. Si no recuerda la fecha exacta, redondéela al mes o al año más cercano (*por ejemplo, si la fecha fue en algún momento de mayo de 2013, use la fecha 01/01/2013; si la fecha fue en algún momento de 2010, use la fecha 01/01/2010*).

No necesita divulgar ninguna acusación, detención (*arresto*), condena o sentencia que haya sido tachada o descartada. Si no está seguro (*por ejemplo, no posee una prueba documentada de la acción judicial o bien no ha solicitado una copia de sus expedientes para confirmar que se ha eliminado legalmente o descartado*), puede realizar la divulgación sin sanción alguna: si divulga cualquier elemento que haya sido eliminado legalmente o descartado, o proporciona documentación que constate un elemento que haya sido eliminado legalmente o descargado, la BCU no usará de modo alguno ninguna acusación, detención (*arresto*), condena o sentencia que haya sido tachada o eliminada en el examen de ponderación ni en la determinación de la idoneidad.

***Si se producen nuevas detenciones (arrestos), acusaciones, condenas o sentencias después de presentar el formulario de solicitud de verificación de antecedentes, pero antes de la determinación definitiva de idoneidad:*** comuníquese con la agencia en la cual solicita el empleo o mantener un puesto. La QED deberá agregar esta información, incluida cualquier información adicional que desee brindar (*consulte las instrucciones de la pregunta n.º 23 a continuación*) a la solicitud de verificación de antecedentes ya presentada a la BCU.

Violaciones e infracciones: no es obligatorio incluir infracciones de tránsito menores en movimiento o sin movimiento.

**Nota: Si bien en este formulario, no se le pide que divulgue ningún antecedente por el cual se lo haya considerado presunto perpetrador de maltrato o se lo haya denunciado por ello, la BCU realizará una verificación de maltrato. Si desea divulgar antecedentes de maltrato, puede hacerlo adjuntando hojas adicionales al formulario de solicitud de verificación de antecedentes o proporcionárselos a su contacto de la agencia para la cual realiza la presente verificación.**

23. **Si tiene antecedentes penales o de maltrato, la BCU sopesará diversos factores para decidir si es apto para el puesto que está solicitando. Responda las preguntas a continuación y adjunte hojas adicionales según sea necesario. Adjunte documentos que fundamenten sus respuestas.**

- ¿Qué sucedió que tuvo como consecuencia los antecedentes delictivos o de maltrato?
- Explique el resultado de los antecedentes delictivos o de maltrato.
- Indique todo requisito que haya resultado de cada evento.
- Describa todo tratamiento, clase y capacitación que se relacione específicamente con sus antecedentes.
- ¿De qué manera sus antecedentes son relevantes para el puesto?
- ¿De qué manera ha cambiado su vida desde los sucesos?



- Explique la manera en que usted ya no representa un peligro físico, emocional ni económico para el bienestar de personas vulnerables.
- Incluya cualquier otra información que considere que será útil al momento de decidir el caso.

Nota: Algunas condenas y condiciones pueden quedar sujetas al Estatuto modificado del Oregon (*Oregon Revised Statute, ORS*) 443.004 o a las exclusiones federales obligatorias, y es posible que no se permita una evaluación de ponderación. Para obtener más información, lea a continuación en Posibles resultados.

24. **LEA ATENTAMENTE LAS DECLARACIONES DE ESTA SECCIÓN. SU FIRMA INDICA QUE COMPRENDE Y ACEPTA TODAS LAS DECLARACIONES, Y SU AUTORIZACIÓN PARA QUE LA BCU DIVULGUE INFORMACIÓN.** Firme y feche el formulario. Remítalo a la persona que se indica en la pregunta n.º 2 o al contacto de la agencia para la cual lleva a cabo esta solicitud de verificación de antecedentes.

**Qué es potencialmente descalificante** — Revise las normas de verificación de antecedentes del Departamento de Servicios Administrativos (*Department of Administrative Services, DAS*) y del Proveedor, las cuales se encuentran disponibles en <http://www.oregon.gov/DHS/BUSINESS-SERVICES/CHC/Pages/index.aspx>, para obtener una lista completa de lo que resulta potencialmente descalificante. Si tiene una condena potencialmente descalificante o bien otra condición penal de esta naturaleza, puede disputar su expediente si considera que este se encuentra incompleto o no incluye datos exactos. Consulte a continuación para obtener información sobre disputas. En general, los siguientes puntos son potencialmente descalificantes:

- Todas las condenas y sentencias.
- Todo otro delito actual o reciente, por ejemplo, violaciones de la libertad condicional, inclusión en el registro de agresores sexuales, programas alternativos actuales, libertad condicional o libertad vigilada.
- Antecedentes de servicios de protección para adultos respecto negligencia y descuido, abuso físico o sexual, o explotación financiera evaluados el 1 de enero de 2010 o después de esa fecha en los cuales se estableció su responsabilidad. La Oficina de Prevención e Investigación de Maltrato y Abuso (*Abuse Prevention and Investigations*) y la Oficina de Ancianos y Personas con Discapacidades (*Aging and People with Disabilities, APD*) suministrarán información relativa al maltrato y abuso en base a su gravedad a la BCU.
- A partir del 12/01/2016, los antecedentes de servicios de protección infantil en poder del departamento, independientemente del tipo de maltrato o la fecha del informe inicial en el cual se estableció que usted era responsable.

**Posible resultado de la verificación de antecedentes:**

- **Aprobada:** Se aprueba la verificación de sus antecedentes para el puesto que se indica en el presente formulario. Una aprobación no es garantía de empleo ni colocación.
- **Aprobada con restricciones:** Se aprueba la verificación de sus antecedentes para trabajar, pero se limita a un cliente específico, a un lugar de trabajo específico o a un grupo específico de obligaciones. Esta decisión puede ser apelada. La aprobación restringida no es garantía de empleo ni colocación.
- **Rechazada:** Se rechaza en función de la verificación de sus antecedentes. Usted no puede ocupar el puesto que se indica en el presente formulario y debe descontinuarse de inmediato. Esta decisión puede ser apelada, pero usted no puede ocupar el puesto en cuestión durante la apelación.
- **Caso cerrado:** Si usted no divulga de manera precisa y cabal sus antecedentes penales o si no coopera con el proceso de la verificación de antecedentes, su solicitud se cerrará sin tomarse

una decisión definitiva. No tiene derecho de apelar, pero quizá pueda volver a presentar la solicitud de inmediato.

- **No elegible:** el Estatuto Modificado de Oregon (ORS) 443.004 prohíbe que las personas trabajen en ciertos puestos si han recibido una o más condenas específicas. Hay disponible una lista completa de las condenas en <http://www.oregon.gov/DHS/BUSINESS-SERVICES/CHC/Pages/HB2442.aspx>. El ORS 443.004 contempla a los trabajadores de atención domiciliaria y los trabajadores de apoyo del personal; hogares de cuidado temporal para adultos, atención comunitaria para adultos mayores y personas con discapacidades (*sin incluir los centros de enfermería*) y todos los puestos en los cuales se trabaje con personas con discapacidades del desarrollo. Si se determina que usted no es elegible, no puede ocupar el puesto que se indica en el presente formulario y debe discontinuarse de inmediato. No tiene derecho de apelar. La BCU le proporcionará más información por correo electrónico o en una carta que le enviará por correo.
- **Exclusión obligatoria:** Si tiene condenas o condiciones que lo harían objeto de una exclusión federal (*por ejemplo, la Ley de Servicio a Estados Unidos, requisitos de puestos supeditados a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS], etc.*), la BCU emitirá una notificación y usted no podrá tener el puesto que figure en este formulario; además, debe discontinuarse de inmediato. Es posible que tenga derechos de audiencia si los permite la ley federal. Puede obtener más detalles en las normas del Proveedor que se encuentran en <http://www.oregon.gov/DHS/BUSINESS-SERVICES/CHC/Pages/index.aspx>.

**Autoridad** — La BCU cuenta con la autorización de la ley estatal para llevar a cabo verificaciones de antecedentes de las SI que trabajan, hacen voluntariados o viven con personas que son vulnerables al maltrato o abuso (ORS 181A.195, 181A.200, 409.027 y 443.004; OAR 407-007-0200 a 407-007-0370, OAR 943-007-000 a 943-007-0501). Entre las personas vulnerables se hallan menores de edad, adultos mayores y personas con discapacidades físicas o del desarrollo o con enfermedades mentales. Podría exigirse la verificación de la SI incluso si esta no tiene contacto directo con personas vulnerables.

**Fuentes para la verificación** — La BCU puede verificar información con la División de Servicios de Conductores y Vehículos Motorizados (*Driver and Motor Vehicle Services Division*), el Departamento de Correcciones (*Department of Corrections*), la Policía Estatal de Oregon, la Oficina Federal de Investigaciones (*Federal Bureau of Investigation, FBI*), así como con tribunales locales, estatales y federales. La BCU podría emplear información proveniente de otras entidades de justicia penal, correcciones y fuerzas del orden, así como de otras agencias gubernamentales estatales y locales. Podría solicitarse a la persona objeto que proporcione sus huellas digitales para realizar una verificación de antecedentes penales a nivel nacional.

**Disputa de información penal** — Tiene la oportunidad de disputar sus antecedentes penales si considera que contiene inexactitudes. Si desea obtener una copia de su expediente o disputar la información de este, debe comunicarse con la Policía Estatal de Oregon, 503-378-3070, extensión 330 (*antecedentes penales en Oregon*) o con la Oficina Federal de Investigaciones, 304-625-3878 (*antecedentes penales a nivel nacional*). Puede solicitar una copia del informe nacional de la Oficina Federal de Investigaciones (FBI) a la BCU. De acuerdo con sus roces anteriores con las fuerzas del orden y los tribunales, podría ser necesario que se comunique con diversas fuentes para ubicar todos sus expedientes penales. La información de contacto de las fuerzas del orden y los tribunales se encuentra disponible en línea mediante motores de búsqueda.

**Reverificación** — **El proceso de verificación de antecedentes puede repetirse en cualquier momento mientras usted trabaja, reside o continúa en el puesto.**

Si tiene preguntas o necesita este formulario en letra grande o en otro formato, comuníquese con la agencia para la cual lleva a cabo esta verificación de antecedentes.

Conserve estas instrucciones para sus registros.

## **Trabajador de apoyo personal (PSW) Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores**

(Revisado el 1.º de agosto de 2018)

Este Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores (*Acuerdo*) establece las condiciones y los acuerdos para inscribirse como un Trabajador de apoyo personal de Medicaid (*Proveedor*) con la Oficina de Discapacidades del Desarrollo (ODDS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (DHS, por sus siglas en inglés), y para recibir un número de proveedor, con el fin de recibir pagos por los servicios realizados por el Proveedor a personas aprobadas y elegibles para Medicaid (*Beneficiarios*) en Oregon. Los pagos por servicios se realizan mediante fondos federales de Medicaid y fondos estatales.

### **Tipo de acción solicitada**

- Nueva inscripción       Renovación o reinscripción:

### **Tipo de proveedor solicitado (*marque todas las respuestas que correspondan*)**


Nota: todos los proveedores nuevos y los que están renovando su inscripción se inscribirán como Trabajadores de apoyo personal (84-803). Solo marque los tipos **adicionales** de proveedor que correspondan a su inscripción.

**Nombre legal (*primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, como aparecen en su tarjeta de SSN vigente*):**

- PSW: Servicios Intensivos Domiciliarios Infantiles (84-801)
- PSW: Cuidado Personal del Plan Estatal (84-800)
- PSW: Instructor laboral (84-809)\*

Los PSW que se están inscribiendo como **Instructores laborales (84-809)** deben contar con la capacitación adecuada requerida en la Regla Administrativa de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés) 411-345-0030 antes de inscribirse, y deben presentar

la documentación de la capacitación junto con esta solicitud. La inscripción para Instructores laborales solo es válida por dos años y debe renovarse por separado.



## Información del proveedor (requerida)

- **Se requiere** la divulgación del Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) conforme a lo dispuesto en 41 USC 405(c)(2)(C)(i), con el fin de establecer la identidad, 42 CFR 455.104 y 455.436, con el fin de excluir la verificación, y 26 CFR 301.6109-1, con el fin de declarar la información fiscal. El DHS puede reportar información al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) y al Departamento de Impuestos de Oregon bajo el nombre y Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) proporcionados abajo.

**No deje ningún espacio de esta sección en blanco; podríamos rechazar su solicitud si no la llena por completo. Ingrese "N/A" en cualquier espacio que no aplique.**

Calle y número: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código postal (+4): \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es distinta): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal (+4): \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_

¿Usted ha sido condenado por una ofensa criminal relacionada con su participación en cualquier programa bajo Medicare, Medicaid o el Programa de Servicios Título XXI, desde el inicio de dichos programas?  Sí  No

¿Lo han expulsado o excluido de participar como proveedor en Medicare o en cualquier programa estatal de Medicaid o Programa del Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)?  Sí  No

No tengo un número actual de proveedor de Medicare, Medicaid, CHIP o del DHS de Oregon

Tengo un número actual de proveedor de Medicare, Medicaid, CHIP o del DHS de Oregon (mencione a continuación):

---

**Información de la agencia que presenta la solicitud (opcional)**

Marion County Intellectual and Developmental Disabilities

Correduría/CDDP/CIIS que presenta la  
solicitud

[ddprocessing@co.marion.or.us](mailto:ddprocessing@co.marion.or.us)

Correo electrónico de contacto de la correduría/CDDP/CIIS que presenta la solicitud

## **ACUERDO:**

Este Acuerdo establece la relación entre el Estado de Oregon, el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés), la Oficina de Discapacidades del Desarrollo, la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) y el Proveedor, con respecto a los pagos realizados por el DHS, o por las entidades financiadas y autorizadas por el DHS a pagar servicios domiciliarios financiados públicamente y previamente autorizados, proporcionados a un Beneficiario elegible.

**Revise este Acuerdo cuidadosamente antes de firmar. Este describe sus obligaciones como proveedor de Medicaid en el estado de Oregon. No cumplir con este Acuerdo puede dar como resultado la terminación de su número de proveedor.**

### **1. Cumplimiento de las leyes aplicables:**

El proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- a. El Proveedor deberá cumplir con las leyes y regulaciones federales, estatales y locales aplicables a los artículos y servicios en este Acuerdo, incluyendo, entre otras, la Regla Administrativa de Oregon (OAR) 407-120-0325.
- b. Si un tribunal declara que cualquier término o provisión de este Acuerdo es ilegal o está en conflicto con cualquier ley, la validez del resto de los términos y provisiones no se verá afectada. Los derechos y obligaciones de las partes se interpretarán y ejecutarán como si el Acuerdo no incluyera el término o la provisión considerada como inválida.
- c. No cumplir con los términos de este Acuerdo o de cualquier regla aplicable del DHS puede provocar la terminación, la inactivación o la recuperación de pagos, sujetas a los derechos de apelación de los proveedores, conforme a lo dispuesto en las OAR 411-375-0070 y 411-375-0080.
- d. El Proveedor es un informante por mandato de acuerdo con los Estatutos Modificados de Oregon (ORS, por sus siglas en inglés) 419B.005 a 419B.050 y ORS 124.050 a 124.095.
- e. Si el proveedor brinda servicios de transporte, este deberá cumplir con todos los requisitos reglamentarios, de licencia y de certificación, según lo establecido en los estatutos federales y estatales, reglamentos o requisitos de seguro identificados en las OAR, necesarios para proporcionar Servicios de Transporte Relacionados con la Comunidad y el Empleo, como condición para el recibo de pagos por dichos servicios.

### **2. Elegibilidad del Beneficiario:** el Proveedor recibirá pagos conforme a lo dispuesto en este Acuerdo, en el Convenio de Negociación Colectiva entre la Comisión de Cuidado Domiciliario de Oregon (OHCC, por sus siglas en inglés) y el Sindicato Internacional de Empleados de Servicios (SEIU, por sus siglas en inglés), Local 503, y las reglas



administrativas aplicables vigentes en la fecha del servicio, para los servicios brindados a un Beneficiario que cuente con un plan de servicio elegible que haya sido aprobado por el DHS o por una entidad autorizada a aprobar servicios a través de un contrato con el DHS. Cualquier pago realizado por servicios proporcionados fuera del plan de servicio o pagos por servicios más allá del plan de servicio aprobado, o pagos por servicios a Beneficiarios no elegibles, se consideran pagos excesivos y son responsabilidad única del Proveedor y se le deberán reembolsar al DHS si este ha realizado dichos pagos.

### **3. Mantenimiento de registros; acceso; confidencialidad de los registros del**

#### **Beneficiario:**

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

#### **a. Mantenimiento de registros:**

- i. El Proveedor mantendrá los registros (por ejemplo, hojas de trabajo, informes de incidentes [IR, por su siglas en inglés] y notas sobre el progreso) necesarios para divulgar en su totalidad el cuidado y los servicios específicos proporcionados a un Beneficiario elegible bajo este Acuerdo para el cual se solicite un reembolso, de conformidad con las reglas administrativas aplicables.
- ii. El Proveedor es responsable de completar y garantizar la veracidad de los registros financieros y clínicos y de cualquier otra documentación relacionada con el cuidado y los servicios específicos para los cuales se ha solicitado un pago.
- iii. El Proveedor conservará y mantendrá accesibles todos los registros descritos en 3(a)(i) durante: seis años después del pago final y la terminación de este Acuerdo; cualquier periodo requerido por la ley aplicable, incluyendo los calendarios de conservación establecidos en la OAR capítulo 166, división 150; o hasta la conclusión de cualquier auditoría, controversia o litigio que resulte o esté relacionado con este Acuerdo, lo que dure más.

**b. Acceso:** todos los registros financieros y mantenimiento de registros, además del resto de la documentación relacionada con los servicios prestados bajo este Acuerdo, deberán ponerse a disposición del DHS, la OHA, el Programa Comunitario de Discapacidades del Desarrollo (CDDP, por sus siglas en inglés) que esté gestionando el caso del Beneficiario, la correduría del Beneficiario, los Servicios Intensivos Domiciliarios Infantiles (CIIS, por sus siglas en inglés), la Unidad de Fraudes contra Medicaid del Departamento de Justicia de Oregon, la Oficina de la Secretaría del Estado de Oregon y el gobierno federal, y sus representantes debidamente autorizados, para examinar, auditar y sacar copias bajo solicitud.



- c. **Confidencialidad:** los registros de un Beneficiario son confidenciales y solo pueden entregársele al Beneficiario, o a otras personas con el consentimiento previo por escrito del Beneficiario, al tutor legal del Beneficiario u otra persona que actúe como el Poder Legal del Beneficiario y de conformidad con todos los requisitos de la ley estatal y federal aplicables, o las entidades nombradas en la sección "Acceso" antes mencionada, o para fines directamente relacionados con la administración de las leyes de asistencia pública y este Acuerdo.
4. **Inscripción activa:** al firmar este Acuerdo, el Proveedor acepta que está disponible y puede proporcionar servicios a uno o más Beneficiarios elegibles para los servicios domiciliarios financiados públicamente en Oregon. Este Acuerdo puede inactivarse si los servicios no están autorizados o no se pagan durante un periodo de doce meses. Después de la inactivación, el Proveedor puede volver a presentar una solicitud de inscripción como PSW si el Proveedor desea proporcionar servicios a los Beneficiarios del DHS.
5. **Elegibilidad y participación continua:** la elegibilidad y la participación continua como un PSW están condicionadas por el desempeño y el cumplimiento que el Proveedor haga de este Acuerdo, cualquier certificación o capacitación requerida, y la precisión continua de dicha información. El Proveedor debe continuar cumpliendo con todos los requisitos de elegibilidad, según lo establecido en la OAR 411-375-0020, sujetos a verificación del DHS.
6. **Suspensiones y recuperación de pagos del Proveedor:** no cumplir con los términos de este Acuerdo, las reglas de la ODDS, las reglas del DHS y de la OHA, o no presentar una solicitud verídica en cualquier aspecto, puede provocar la inactivación del número de Medicaid del proveedor, la finalización de este Acuerdo y/o la recuperación de pagos, conforme a lo dispuesto en la división 375 del capítulo 411 de las OAR y la división 120 del capítulo 407 de las OAR.
7. **Sistema Estatal de Registro y Derivación:** la Comisión de Cuidado Domiciliario de Oregon (OHCC, por sus siglas en inglés) tiene un Sistema Estatal de Registro y Derivación (RRS, por sus siglas en inglés) para ayudar a los Beneficiarios a encontrar proveedores domiciliarios calificados. El Proveedor entiende que si acepta que lo deriven a clientes empleadores potenciales (*Beneficiarios*) a través del RRS, la información de contacto del Proveedor (*nombre, número telefónico y número de proveedor*) se divulgará a cualquier persona que esté buscando servicios domiciliarios, y que si el Proveedor no desea que su información de contacto se divulgue, el Proveedor no será elegible para la derivación a Beneficiarios potenciales.

## 8. Firma del proveedor

He leído el Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores, y la Muestra A adjunta, y cualquier adición aprobada, las entiendo y acepto cumplir con sus términos y condiciones. Asimismo, entiendo y acepto que la violación de cualquiera de los términos y condiciones de este Acuerdo constituirá un motivo para la terminación de este Acuerdo y puede ocasionar otras sanciones según lo establecido en los estatutos, las reglas administrativas o en este Acuerdo.

Nombre en letra  
impresión del  
Proveedor:

---

---

Firma del proveedor

---

Firma/fecha de entrada en  
vigor

## **Trabajador de apoyo personal Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores Muestra A**

### **1. PARTICIPACIÓN DE MEDICAID**

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. La información divulgada por el Proveedor está sujeta a verificación. Esta información se usará para fines relacionados con la administración del programa de Medicaid;
- B. El Proveedor le notificará al DHS sobre cualquier cambio que pudiera afectar a este Acuerdo o al pago de servicios cubiertos por este Acuerdo, en un plazo de treinta (30) días a partir del cambio;
- C. El Proveedor deberá, bajo petición razonable del DHS, de la OHA, la Unidad de Fraudes contra Medicaid de Oregon, la Oficina de la Secretaría del Estado de Oregon, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid o sus agentes o contratistas designados, otorgar acceso inmediato para revisar y copiar todos los registros de los que depende el Proveedor como apoyo para prestar el cuidado y los servicios proporcionados bajo este Acuerdo. El término "acceso inmediato" se refiere al acceso a los registros en el momento en que el Proveedor recibe la solicitud por escrito;
- D. El Proveedor no está en violación de ninguna de las Leyes Tributarias de Oregon. Para los fines de esta certificación, las "Leyes Tributarias de Oregon" se refieren a la ley tributaria estatal establecida por los Estatutos Modificados de Oregon (ORS, por sus siglas en inglés) 320.005 a 320.150 y 403.200 a 403.250, y los capítulos 118, 314, 316, 317, 318, 321 y 323 de ORS, además del programa de Asistencia de Alquiler para Adultos Mayores (ERA, por sus siglas en inglés) bajo los ORS 310.630 y 310.706 y los impuestos locales administrados por el Departamento de Hacienda bajo el ORS 305.620.
- E. El Proveedor no está sujeto a las retenciones de reserva debido a que el Proveedor está exento de las mismas, no ha recibido notificación del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de que el Proveedor está sujeto a las retenciones de reserva debido a que no reportó todos los intereses o dividendos, o el IRS le ha notificado al Proveedor que ya no está sujeto a las retenciones de reserva.
- F. El Proveedor no ha discriminado ni discriminará en contra de ninguna minoría, mujer o pequeña empresa emergente certificada bajo el ORS 200.055 para obtener cualquier subcontrato requerido.

- G. El Proveedor no está incluido en la lista titulada “Specially Designated Nationals and Blocked Persons” (Personas Bloqueadas y Nacionales Especialmente Designados) mantenida por la Oficina de Control de Bienes Extranjeros del Departamento del Tesoro de Estados Unidos y que puede encontrarse actualmente en: <https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf>;
- H. En todo momento, el Proveedor deberá cumplir con las capacitaciones requeridas y las calificaciones aplicables, y deberá ser profesionalmente competente para realizar el trabajo establecido bajo este Acuerdo. No cumplir con las capacitaciones o con las calificaciones aplicables puede resultar en la inactivación de la inscripción de un proveedor para realizar un servicio.
- I. Cualquier comunicación o aviso del Proveedor deberá hacerse por escrito vía entrega personal, correo electrónico, fax o correo postal, con franqueo pagado, al DHS. Cualquier tipo de comunicación o aviso dirigido de esta forma y enviado por correo normal se considerará como recibido y efectivo cinco días después de la fecha del envío; si se envía por fax, se considerará como recibido y efectivo el día que la máquina de fax emita el recibo de la transmisión exitosa, si se realizó durante las horas hábiles normales, o al día siguiente fuera de las horas hábiles normales; si se entregó por correo electrónico, se considerará como recibido y efectivo en la fecha y hora registradas en el sistema de recepción de correo electrónico; y si se hace una entrega personal, se considerará como recibido y efectivo en el momento en que se entregue y se confirme por teléfono al DHS.
- J. Toda la información presentada por el Proveedor en este Acuerdo es verdadera y correcta. Cualquier omisión, declaración falsa o falsificación deliberada de la información proporcionada o contenida en cualquier comunicación que le brinde información al DHS puede castigarse a través de la ley administrativa o criminal o ambas, incluyendo, entre otros, la denegación de la emisión de un número de proveedor del DHS, la revocación del número de proveedor del DHS y la recuperación de cualquier sobrepago.
- K. El Proveedor reconoce que la Ley de Reclamos Falsos de Oregon, ORS 180.750 a 180.785, aplica a cualquier “reclamo” (*según lo definido por el ORS 180.750*) realizado por (*o provocado por*) el Proveedor y que tenga que ver con este Acuerdo o con los servicios para los cuales se esté realizando el trabajo conforme a este Acuerdo. El proveedor certifica que ningún reclamo descrito en la frase anterior es, ni será, un “reclamo falso” (*según lo definido por el ORS 180.750*) o una acción prohibida por el ORS 180.755. Asimismo, el Proveedor reconoce que, además de los recursos bajo este Acuerdo, si se realiza (*o provoca que se realice*) un reclamo falso o realiza (*o provoca que se realice*) una acción prohibida bajo la Ley de Reclamos Falsos de Oregon, el Procurador General de Oregon puede hacer cumplir las obligaciones

y sanciones que aparecen en la Ley de Reclamos Falsos de Oregon en contra del Proveedor.

## 2. SERVICIOS

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. El Proveedor deberá desempeñar los servicios identificados en el plan de servicio del Beneficiario de conformidad con las siguientes reglas, según corresponda:
  - 1. OAR, capítulo 411, división 305 (*Servicios de Apoyos Familiares*)
  - 2. OAR 411-034-0000 a 411-034-0090 o las normas subsecuentes (*Cuidado personal del plan estatal*)
  - 3. OAR, capítulo 411, división 375 (*Proveedores independientes que brindan servicios de discapacidades del desarrollo*)
  - 4. OAR, capítulo 411, división 450 (*Apoyos para la vida comunitaria*)
  - 5. OAR, capítulo 411-435-0050(6) (*Transporte comunitario*)
  - 6. OAR, capítulo 411, división 345 (*Servicios de empleo*)
- B. El Proveedor no entrará en ningún subcontrato ni autorizará a otra persona a realizar los servicios autorizados por este Acuerdo.

## 3. PAGO

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. El DHS o un proveedor de los Servicios de Administración y Gestión Fiscal (FMAS, por sus siglas en inglés), en nombre del DHS, le pagará al Proveedor el trabajo proporcionado bajo este Acuerdo que esté autorizado para un pago y que sea aplicable a los servicios del PSW. Los pagos realizados por el DHS a partir de fondos públicos están sujetos al ORS 293.462. Las obligaciones del DHS y del Proveedor con respecto a los pagos del DHS al Proveedor están establecidas en el capítulo 411, divisiones 027 y 370; el capítulo 407, división 120; el capítulo 410, división 120; y el capítulo 411, división 375 de las Normas Administrativas de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés).
- B. Los pagos recibidos por parte del DHS o de un FMAS en nombre del DHS por cualquier servicio proporcionado bajo este Acuerdo son pagos íntegros. El Proveedor no le cobrará importes adicionales a los Beneficiarios elegibles, o a sus representantes, atendidos bajo este Acuerdo, excepto cuando las reglas del DHS lo permitan específicamente. El monto del pago y la metodología para hacer un pago se determina mediante los procedimientos descritos en las reglas aplicables del DHS. Al aceptar el pago, el Proveedor certifica el cumplimiento de todas las reglas aplicables del DHS. El Proveedor no recibirá pagos por trabajo realizado después del vencimiento o terminación de este Acuerdo.
- C. Como condición del pago, el Proveedor debe cumplir y continuar cumpliendo con las siguientes reglas de este Acuerdo y de pago: OAR 407-120-0300 a 407-120-1505,

OAR capítulo 410, división 120, 42 CFR 455.400 a 455.470, según corresponda, y 42 CFR 455.100 a 455.106.

- D. Un pago excesivo al Proveedor realizado por el DHS o un FMAS puede ser recuperado según lo autorizado por la ley y de conformidad con el Convenio de Negociación Colectiva aplicable, incluyendo, entre otras cosas, la retención de futuros pagos al Proveedor.
- E. El pago por los servicios realizados por un PSW depende de que el DHS reciba, por parte de la Asamblea Legislativa de Oregon, las consignaciones, limitaciones, asignaciones u otros gastos autorizados suficientes para permitirle al DHS, dentro de su discreción administrativa razonable, continuar realizando pagos.
- F. El Proveedor no es un funcionario, empleado o agente del estado de Oregon o del DHS y no deberá considerarse como *(a excepción del convenio colectivo según lo establecido en la ley estatal)* un empleado del estado de Oregon para ningún propósito. El Proveedor deberá realizar todo el trabajo como el empleado de un Beneficiario elegible o del representante *(empleador)* del Beneficiario responsable de determinar la forma y los medios adecuados del desempeño del Proveedor. Asimismo, el Proveedor entiende y acepta que el Proveedor no es un empleado de ningún CDDP, correduría ni cualquier otro contratista del DHS y no deberá considerarse como un empleado del CDDP, la correduría ni ningún otro contratista del DHS para ningún propósito, sin importar si alguna de estas entidades ayuda al empleador a seleccionar al Proveedor o a gestionar la nómina. El empleador es responsable de entrevistar y contratar a sus propios empleados, incluyendo al Proveedor. Los términos de la relación laboral del Proveedor son responsabilidad del empleador.
- G. Antes de proporcionar cualquier servicio a un Beneficiario, el Proveedor deberá haber establecido una relación laboral con el Beneficiario o el Representante *(empleador del Beneficiario)* y tanto el Proveedor como el empleador del Proveedor deben estar inscritos con el FMAS para ser elegibles para los pagos bajo este Acuerdo.
- H. La inscripción del Proveedor y la emisión de un número de Proveedor no constituye una garantía de trabajo o de ninguna cantidad mínima de trabajo.

#### **4. Duración y terminación del Acuerdo**

- A. A excepción de la Especialidad de Instructor Laboral para PSW, este Acuerdo vencerá el último día del mes en 5 años a partir de la fecha efectiva de este Acuerdo. La Especialidad de Instructor Laboral para PSW vencerá el último día del mes en 2 años a partir de la fecha efectiva de este Acuerdo. Si el Proveedor ha cumplido con todos los requisitos aplicables, la fecha efectiva de este Acuerdo es la fecha en la que el proveedor lo firmó.
- B. El DHS terminará o inactivará este Acuerdo si:



1. El DHS emite un fallo definitivo que anule el número del Proveedor, basado en un fallo bajo los términos y condiciones de terminación establecidos en la OAR 411-375-0070;
2. El Proveedor no proporciona información completa, correcta y de forma oportuna o no coopera con todos los requisitos de evaluación, a menos que el DHS determine que no es para el mejor interés del programa de Medicaid;
3. Se despide al Proveedor bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social o bajo un programa de Medicaid o programa CHIP de cualquier estado;
4. El Proveedor no proporciona huellas digitales, de una forma que el DHS determine, en un plazo de 30 días a partir de una solicitud de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) o del DHS, a menos que el DHS determine que no es para el mejor interés del programa de Medicaid;
5. El CMS o el DHS determine que el Proveedor ha falsificado cualquier información proporcionada en la solicitud o si el CMS o el DHS no pueden verificar la identidad del proveedor solicitante;
6. El DHS no recibe financiación, apropiaciones, limitaciones u otros gastos autorizados a niveles que el DHS o el programa específico determine que sean suficientes para el pago de servicios o artículos cubiertos bajo este Acuerdo;
7. Las leyes, regulaciones o lineamientos federales o estatales se modifiquen o interpreten por el DHS de tal forma que el Acuerdo prohíba la prestación de servicios y artículos o el DHS no tenga permitido pagar dichos servicios o artículos con la fuente de financiación planeada;
8. El Proveedor ya no califique como tal. La terminación tendrá efecto en la fecha en la que el Proveedor ya no califique; o,
9. El Proveedor no cumple con uno o más de los requisitos que regulan la participación como proveedor inscrito con el DHS, incluyendo los requisitos de pasar una verificación de antecedentes cada dos años. Además de la terminación o inactivación del Acuerdo, el número de Proveedor puede suspenderse inmediatamente, de conformidad con la OAR 407-120-0360. No se deberá proporcionar ningún servicio o artículo a los beneficiarios durante un periodo de suspensión. Además,
10. El DHS puede dar término a este Acuerdo en cualquier momento con un aviso por escrito al Proveedor.

C. El Proveedor puede dar término a este Acuerdo en cualquier momento, de acuerdo con los requisitos de terminación específicos al proveedor en las reglas de la OHA, las reglas específicas al programa del DHS y los reglamentos federales, al presentar

un aviso por escrito, en persona o por correo electrónico, en donde se mencione una fecha efectiva y específica de terminación. La terminación de este Acuerdo no libera al Proveedor de ninguna obligación por los servicios cubiertos o artículos proporcionados en las fechas de servicio durante las cuales el Acuerdo estuvo vigente. Las notificaciones del Proveedor deben presentarse mínimo 60 días antes de la fecha efectiva de terminación y deben enviarse a la oficina local y a la Unidad Administrativa de Contratos y Proveedores del ODDS a la dirección que se encuentra a continuación. El Proveedor y el DHS pueden acordar mutuamente y por escrito una fecha de terminación inmediata o cualquier fecha posterior acordada por escrito.

## 5. Indemnización

**EL PROVEEDOR INDEMNIZARÁ Y DEFENDERÁ AL ESTADO DE OREGON, LOS CDDP, LAS CORREDURÍAS O SUS INTERMEDIARIOS FISCALES, SUS RESPECTIVAS AGENCIAS Y FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y AGENTES CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMO, DEMANDA, ACCIÓN, PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, COSTO Y GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA SURGIDO O RELACIONADO CON LOS ACTOS U OMISIONES DEL PROVEEDOR BAJO ESTE ACUERDO.**

Devuelva el documento completado a:

Marion County CDDP  
DD Processing  
3180 Center St NE, Suite 2100  
Salem, OR 97301

Correo electrónico: [ddprocessing@co.marion.or.us](mailto:ddprocessing@co.marion.or.us)

Fax: 503-576-4593

NOTA: Este formulario puede contener su información personal. Si usted envía este formulario por un correo electrónico no seguro, existe el riesgo de que pudiera ser interceptado por alguien a quien no estaba dirigido.

Si no está seguro sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico seguro, considere usar el correo postal o fax.



**Developmental Disabilities  
Employer/Personal Support Worker/  
Domestic Employee Information**

<b>Cliente &amp; Empleador/participe perfil</b>			
Nombre del cliente:		Fecha de nacimiento:	
Direccion de envio:		Numero de telefono:	
Direccion fisica:		Coordinador de servicios (Case worker):	
Prime number:		Numero de telefono del Coordinador de servicios (Case worker):	
<b>Trabajador de asistencia personal/domestica empleada perfil</b>			
Nombre del trabajador:		Numero de Seguro Social:	
Numero de proveedor:		Fecha de nacimiento:	
Direccion:		Numero de telefono:	
Ciudad, Estado, Codigo Postal:		Correo electronico:	
Program: 49, 150, 151, or PC 20			
Nuevo Empleado: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fecha de empleo:	Pago por hora:	Salario mensual (si se aplica):
Nombre del brokerage/CDDP: Marion County I/DDS		Fecha de inicio: Depende del numer de SPD	Fecha de finalizacion: y/o el proceso del FI
Por favor, marquee los tipos de servicios de que este empleado hara. Vea los detalles de cada una de las areas en la pagina siguiente, por favor.	<input type="checkbox"/> Apoyos de vida en la comunidad	Cambios durante dias de trabajo:	
	<input type="checkbox"/> Servicios de limpieza	De/Desde:	
	<input type="checkbox"/> Transportacion que no relacionada con cita medicas	_____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	
	<input type="checkbox"/> Apoyos de interaccion en la comunidad	A/Hasta:	
<input type="checkbox"/> Otro:	_____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.		Horario Regular dias de descanso:
			<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mart <input type="checkbox"/> Mier <input type="checkbox"/> Jueves
			<input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sab <input type="checkbox"/> Dom

Por favor marquee todos los servicios que su empleado proporcionan. Si una actividad aprobada no esta incluida, por favor la escriba el servicio en la columna "otros servios"

Apoyo viviendo comunidad	Empleado	Domiciliaria y tareas	Empleado	Transporte no medio (marquee todos que hara)	Empleado	Apoyo inclusion en al comunidad (Lista de actividades en el cuadro de abajo)	Empleado	Otro servicios que su Empleado haran (escribalo aqui)	Empleado
Comida	<input type="checkbox"/>	Dar y prepara la medicacion	<input type="checkbox"/>	Maneje su vehiculo	<input type="checkbox"/>	Las actividades que apoyen la independencia e inclusion en la comunidad	<input type="checkbox"/>	<b>Crear y enviar servicio entregado las entradas (horas trabajadas) usando el sistema eXPRS</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
Baño/ducha	<input type="checkbox"/>	Limieza de la casa	<input type="checkbox"/>	Maneje en el carro del Empleado	<input type="checkbox"/>	Eleccion del cliene de las actividades	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	Lavanderia	<input type="checkbox"/>	Te trasportara por public	<input type="checkbox"/>	Servicios de descanso	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Higiene personal	<input type="checkbox"/>	Dieta especial/preparacion de la comida	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Movilidad	<input type="checkbox"/>	<u>Compras</u>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Socializacion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Participacion de la comunidad	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comunicacion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Habilidades personales del medio ambiente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

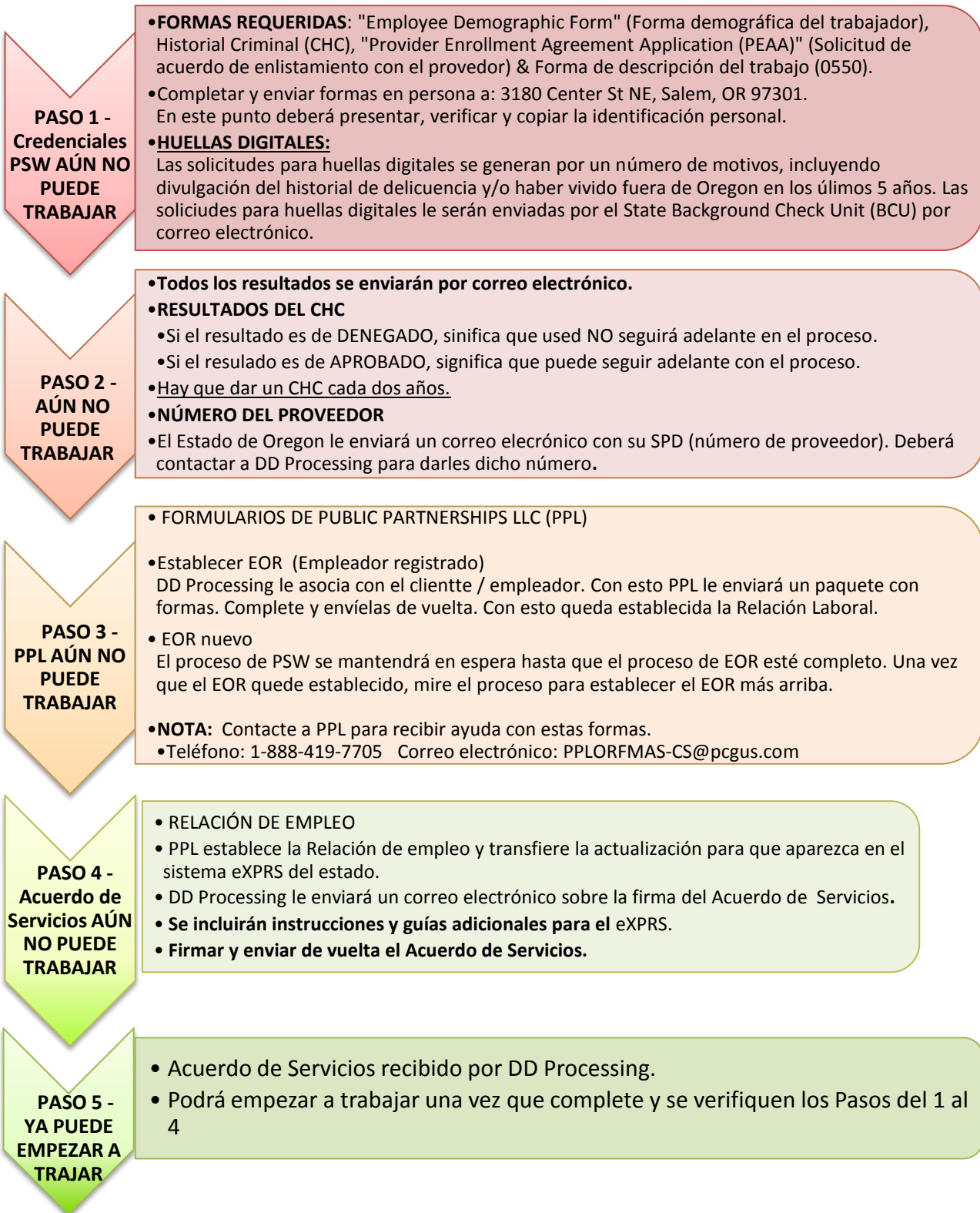
Firme de empleado

Fecha

Firme de empleador

Fecha

# Cómo enlistarse en el proceso CDDP PSW del Condado de Marion



	PASO 1 -2	PASO 3	PASO 4	PASO 5
Tiempo estimado: de 3 a 4 meses	8 - 12 Semanas	3 Semanas	Organizar con DD Processing	PASOs 1 - 4 completados y verificados
	AÚN NO PUEDE TRABAJAR			YA PUEDE TRABAJAR

This page intentionally left blank.

## PSW Resource List

- eXPRS User Accounts – Password or Account Lockouts, New Enrollments & Information Changes
  - Phone: 844-874-2788 Option #3
  - Email: [info.exprs@state.or.us](mailto:info.exprs@state.or.us)

**\*\*\*Note: All locked accounts are unlocked daily**
- Marion County DD Processing – PSW Credentialing & Timesheet Processing
  - Phone: 503-540-2128
  - Email: [ddprocessing@co.marion.or.us](mailto:ddprocessing@co.marion.or.us)
- PSW Forms may be found:  
<http://www.co.marion.or.us/HLT/DD/Pages/services.aspx>
- Criminal Background Checks & Fingerprint Requests
  - Phone: 877-614-4364
  - Email: [customerservice@fieldprint.com](mailto:customerservice@fieldprint.com)
- PSW Credentials – New or Renewing
  - Phone: 844-874-2788 Option #4
  - Email: [psw.enrollment@state.or.us](mailto:psw.enrollment@state.or.us)
- PPL – PPL Paperwork, Payment Status, Direct Deposits, W2 Changes & BetterOnline Accounts
  - Phone: 888-419-7705
  - Email: [pplorfmas-cs@pcgus.com](mailto:pplorfmas-cs@pcgus.com)
- Oregon Home Care Commission – PSW Resources & Training Information
  - Home Care Website: <http://www.oregon.gov/DHS/SENIORS-DISABILITIES/HCC/PSW-HCW/Pages/index.aspx>
  - New PSW Orientation & Training:  
<http://www.oregon.gov/DHS/SENIORS-DISABILITIES/HCC/PSW-HCW/Pages/PSW-Orientation.aspx>
  - PSW Registry and Referral System: <https://or-hcc.org>