

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE DESARROLLO  
**DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE LA VERIFICACIÓN  
ELECTRÓNICA DE VISITAS (EVV) DEL PROVEEDOR**

NOMBRE DEL PROVEEDOR: \_\_\_\_\_  
NÚMERO(S) DEL  
PROVEEDOR: \_\_\_\_\_

SERVICIO DEL  
CENTRO REGIONAL: \_\_\_\_\_  
CENTRO(S)  
REGIONAL(ES): \_\_\_\_\_

UCI(S) DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE(S) DEL PERSONAL  
EN EL HOGAR: \_\_\_\_\_

El personal remunerado en el hogar es una persona que permanece habitualmente en el domicilio del cliente durante más de 24 horas seguidas. La EVV no se aplica a los servicios prestados por personal en el hogar.

**DECLARACIÓN**

Confirmando que el personal antes mencionado es personal en el hogar y que las horas de servicio que presta no están sujetas a la EVV, y que tengo la autoridad para proporcionar esta declaración en nombre de la agencia proveedora que figura en la parte superior de este formulario.

FIRMADO POR: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Este formulario se conservará como parte de los registros de los servicios prestados a los clientes a los que se hace referencia en el Título 17 del Código de Regulaciones de California, División 2, §54326(3), y deberá ser actualizado por el proveedor según sea necesario\*.

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE DESARROLLO  
**DECLARACIÓN DE EXENCIÓN DE LA VERIFICACIÓN  
ELECTRÓNICA DE VISITAS (EVV) DEL PROVEEDOR**

Instrucciones:

**Nombre del proveedor:** Escriba el nombre del prestador al que se aplica esta declaración.

**Número(s) de proveedor:** Escriba el número de proveedor al que se aplica esta declaración. **Código(s) de servicio:** Escriba el código o los códigos de servicio autorizados a los que se aplica esta declaración. Los códigos de servicio que actualmente se han identificado como necesarios para cumplir los requisitos de la EVV son:

*Servicios de cuidado personal:* como servicios de relevo (465, 862, 864), los servicios de vida con apoyo (896), los servicios de asistencia personal (062) o los servicios de amo o ama de casa (858, 860) y Servicios del Programa de Autodeterminación (SDP) como apoyos para la vida comunitaria (320), amo o ama de casa (313) y relevo (310).

*Servicios de atención médica en el hogar:* Enfermería (460, 742, 744 y SDP 361) y las agencias proveedoras de los siguientes servicios: atención médica en el hogar (854, 856), logopedia (707), terapia ocupacional (773), fisioterapia (772), Y servicios de SDP atención médica en el hogar, auxiliar (359), habla, audición y lenguaje (372), terapia ocupacional (375) y fisioterapia (376).

Si usted es un prestador que no proporciona estos servicios, los requisitos de la EVV y este formulario no se aplican a usted.

**Centro(s) regional(es):** Escriba el o los centro(s) regional(es) al que se aplican los números de proveedor que ha identificado anteriormente.

**UCI(s) del cliente:** Escriba el número del identificador único de cliente (UCI) de los clientes a los que se aplica esta declaración. Si este certificado se aplica a varios clientes, puede adjuntar una lista de clientes en lugar de enumerar todos los clientes en este espacio. Debe asegurarse de que el listado de UCIs adjunto esté fechado (incluso si la fecha está escrita) para que coincida con la fecha en que se firma esta declaración.

**Nombre(s) del personal, si corresponde:** Escriba el o los nombre(s) del personal si esta declaración es solo para personal específico que es elegible para los motivos de exención.

**Declaración:** Una persona autorizada para dar fe de la exención en el prestador debe completar esta sección para dar fe de que el documento es verdadero y correcto.

\*Esta declaración debe actualizarse cuando cambien los datos que figuran en ella. Un ejemplo es cuando un miembro del personal deja de ser considerado un cuidador en el hogar del cliente.