La Ley de Curas del Siglo XXI, promulgada en 2016, requiere que los estados establezcan un sistema de verificación electrónica de visitas (EVV, por sus siglas en inglés) para verificar que los servicios de todos los servicios de atención personal y atención médica en el hogar financiados por Medicaid requieran una visita domiciliaria de un proveedor. Se requiere que los servicios en el Programa de Autodeterminación (SDP, por sus siglas en inglés) sean elegibles para la participación financiera federal de acuerdo con la sección 4685.8(e) del Código de Bienestar e Instituciones. Los servicios de cuidado personal y atención médica en el hogar proporcionados a los participantes de SDP están sujetos a este requisito federal.

Usted/su agencia ha sido identificada como proveedor de un servicio que está obligado a cumplir con EVV. Al firmar este acuerdo, usted verifica que comprende que cumplirá con el requisito de EVV. Si no puede o no quiere cumplir con EVV, informe al proveedor de servicios de administración financiera (FMS) para que el participante de SDP pueda seleccionar otro proveedor de servicios.

**ACUERDO**

Al firmar a continuación, usted o su agencia aceptan cumplir con el requisito federal de EVV al brindar servicios de atención personal y/o atención médica en el hogar a los participantes de SDP y que cumplirá con la Declaración de confidencialidad a continuación.

**Declaración de confidencialidad:** Los números de proveedor, los números de identificador único de cliente (UCI) y los códigos de servicio que se proporcionan a continuación son privados y confidenciales. Deben usarse cuando se reporta información de servicio al estado para cumplir con los requisitos de EVV exigidos por el gobierno federal y no están autorizados para ser utilizados para ningún otro propósito.

|  |  |
| --- | --- |
| PROVEEDOR DE SERVICIOS NOMBRE/TÍTULO: |  |
| PROVEEDOR DE SERVICIOS FIRMA: |  |
| FECHA DE FIRMA: |  |

**Por favor, devuelva una copia de este acuerdo firmado al proveedor de FMS.**

**Proveedor de FMS, complete la siguiente información:**

|  |  |
| --- | --- |
| ENUMERE LOS NÚMEROS DE PROVEEDOR DE FMS: | [NÚMEROS DE PROVEEDOR 1], [NÚMEROS DE PROVEEDOR 2] [NÚMEROS DE PROVEEDOR 3] |
| LISTA DE CENTROS REGIONALES COORDINACIÓN DE SERVICIOS:  | [RC 1], [RC 2], [RC 3] |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE DEL PARTICIPANTE DE SDP | El UCI DEL PARTICIPANTE DEL SDP | CÓDIGO DE SERVICIO PARA EL PARTICIPANTE |
| [Introduzca el nombre del participante] | [Introduzca el número UCI del participante] | [Introduzca el código de servicio de este participante] |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |