

**GIẤY CHỨNG NHẬN NHÀ CUNG CẤP ĐƯỢC MIỄN TRỪ XÁC MINH
CHUYỂN THẨM ĐIỆN TỬ (EVV) DÀNH CHO NHÂN VIÊN TẠI NHÀ**

TÊN NHÀ CUNG CẤP: _____
SỐ NHÀ CUNG CẤP: _____
DỊCH VỤ RC: _____
TRUNG TÂM VÙNG: _____
SỐ UCI KHÁCH
HÀNG: _____
TÊN NHÂN
VIÊN TẠI NHÀ _____

Nhân viên tại nhà được trả lương là người thường xuyên ở lại nhà của khách hàng trong thời gian hơn 24 giờ liên tục. EVV không áp dụng cho các dịch vụ được cung cấp bởi nhân viên tại nhà

CHỨNG NHẬN

Tôi chứng nhận rằng các nhân viên được nêu tên ở trên là nhân viên tại nhà và thời gian làm việc của họ không thuộc phạm vi áp dụng của hệ thống EVV, và tôi có thẩm quyền đưa ra chứng nhận này thay mặt cho cơ quan cung cấp dịch vụ được liệt kê ở đầu biểu mẫu này.

ĐƯỢC KÝ BỞI: _____
CHỨC DANH: _____
CHỮ KÝ: _____
NGÀY: _____

Mẫu đơn này sẽ được lưu trữ như một phần hồ sơ về các dịch vụ được cung cấp cho khách hàng theo quy định tại Tiêu Đề 17, Bộ Quy Tắc California, Phần 2, Điều §54326(3) và phải được nhà cung cấp cập nhật khi cần thiết*.

GIẤY CHỨNG NHẬN NHÀ CUNG CẤP ĐƯỢC MIỄN TRỪ XÁC MINH CHUYỂN THẨM ĐIỆN TỬ (EVV) DÀNH CHO NHÂN VIÊN TẠI NHÀ

Hướng Dẫn:

Tên Nhà Cung Cấp: Nhập tên của nhà cung cấp mà chứng nhận này áp dụng.

Số Nhà Cung Cấp: Nhập số nhà cung cấp mà giấy chứng nhận này áp dụng.

Mã Dịch Vụ: Nhập mã dịch vụ được ủy quyền mà giấy chứng nhận này áp dụng. Các mã dịch vụ hiện được xác định cần tuân thủ các yêu cầu của hệ thống xác minh dịch vụ điện tử (EVV) bao gồm:

Dịch Vụ Chăm Sóc Cá Nhân: Các Dịch Vụ Chăm Sóc Thay Thế Tạm (465, 862, 864), Dịch Vụ Hỗ Trợ Sinh Hoạt (896), Dịch Vụ Hỗ Trợ Cá Nhân (062) hoặc Dịch Vụ Nội Trợ (858, 860) và các dịch vụ thuộc Chương Trình Tự Quyết Định (Self- Determination Program, hoặc SOP) như Hỗ Trợ Sinh Hoạt Cộng Đồng (320), Dịch Vụ Nội Trợ (313) và Chăm Sóc Thay Thế Tạm (310).

Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Nhà: Các Dịch Vụ Điều Dưỡng (460, 742, 744 và SOP 361) và các cơ quan cung cấp các dịch vụ sau: Sức Khỏe Tại Nhà (854, 856), Liệu Pháp Ngôn Ngữ (707) Liệu Pháp Vật Lý (772), Liệu Pháp Hoạt Động (773) và Các Dịch Vụ SOP Như Trợ Lý Sức Khỏe Tại Nhà (359), Nói, Nghe Và Ngôn Ngữ (372), Liệu Pháp Hoạt Động (375) và Liệu Pháp Vật Lý (376).

Nếu quý vị là nhà cung cấp dịch vụ được ủy quyền nhưng không cung cấp các dịch vụ này, thì các yêu cầu về EVV và biểu mẫu này không áp dụng cho quý vị.

Trung Tâm Vùng: Nhập trung tâm vùng mà số nhà cung cấp quý vị đã xác định ở trên áp dụng.

Số UCI Khách Hàng: Vui lòng nhập mã số nhận dạng khách hàng duy nhất (Unique Client Identifier, hoặc UCI) cho khách hàng mà giấy chứng nhận này áp dụng. Nếu giấy chứng nhận này áp dụng cho nhiều khách hàng, quý vị có thể đính kèm danh sách người tiêu dùng thay vì liệt kê tất cả khách hàng vào chỗ trống này. Quý vị phải đảm bảo rằng danh sách UCI đính kèm được ghi ngày tháng (ngay cả khi ngày tháng được viết tay) sao cho trùng khớp với ngày ký chứng nhận này.

Tên Nhân Viên, nếu có: Vui lòng nhập tên nhân viên nếu giấy chứng nhận này chỉ dành cho những nhân viên cụ thể đủ điều kiện với lý do được miễn trừ.

Chứng Nhận: Người được ủy quyền chứng nhận việc miễn trừ tại nhà cung cấp dịch vụ phải hoàn thành phần này để chứng nhận rằng tài liệu là đúng sự thật và chính xác.

*Giấy chứng nhận này phải được cập nhật khi thông tin trên đó thay đổi. Một ví dụ là khi một nhân viên không còn được xem là người chăm sóc tại nhà cho người được chăm sóc nữa.