



Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria (HCW)

El presente acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores de Medicaid para trabajadores de atención domiciliaria (HCW, por sus siglas en inglés) explica cómo hacer lo siguiente:

- Cómo inscribirse como proveedor con el Programa de Ancianos y Personas con Discapacidades (APD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés) y cómo establecer obligaciones de cumplimiento para los HCW
- Cómo actualizar la información de inscripción, y
- Cómo recibir un número de proveedor.

Nota: Los proveedores deben tener un número de proveedor para recibir pagos por proporcionar servicios a personas elegibles para Medicaid en Oregon. Los fondos federales de Medicaid y los fondos estatales pagan por estos servicios.

Usted puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. Llame a la Unidad de Relaciones con los Proveedores APD al 800-241-3013 o envíe un correo electrónico a HCW.Enrollment@dhsosha.state.or.us. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.

Provider name

Su nombre legal completo (*como aparece en su tarjeta de Seguro Social vigente, incluidos sufijos después del primer nombre, como Jr.*):

Primer nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: ____ Apellido: _____

Alias u otros nombres que haya utilizado:

Primer nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: ____ Apellido: _____

Primer nombre: _____ Inicial del 2.º nombre: ____ Apellido: _____

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

- Inscripción como nuevo HCW (73-737)
- Renovación de número de proveedor para HCW
Número de proveedor: _____
- Reinscripción de HCW (*si el número de proveedor ha estado cerrado durante más de 30 días*)
Número de proveedor: _____
- Cambio de nombre de HCW
Número de proveedor: _____ Número de sucursal: _____

Los proveedores deben proporcionar su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Los SSN se requieren para:

- Establecer su identidad [de conformidad con 42 USC 405(c)(2)(C)(i)]

- Verificar que usted no está excluido como proveedor [de conformidad con 42 CFR 455.104 y 455.436], y
- Reportar información fiscal [de conformidad con 26 CFR 301.6109-1].

El ODHS 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.

¿Da usted su consentimiento para ingresar su SSN en ORCHARDS (sistema de verificación de antecedentes) a fin de vincular las aprobaciones previas de verificaciones de antecedentes? Sí No

No deje ningún área de esta sección en blanco. Si el formulario no está completo, se denegará su solicitud.

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Código postal (+4): _____ Condado: _____

Dirección postal (si es distinta): _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal (+4): _____
Condado: _____	Número telefónico: _____	

Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ Correo electrónico: _____

¿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

¿Tiene ahora, o alguna vez ha tenido, cualquier otro número de proveedor estatal de Medicaid, Medicare u otros números de proveedor del ODHS, de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés), la APD, la Oficina de Servicios de Discapacidades del Desarrollo (ODDS, por sus siglas en inglés) o de la División de Sistemas de Salud de la OHA (OHA-HSD, por sus siglas en inglés)? Sí No

De ser así, incluya aquí el/los número(s) de proveedor: _____

¿Ha vivido fuera del estado de Oregon en los últimos cinco años? Sí No

De ser así, ingrese la información en la siguiente tabla:

Año		Ciudad	Estado	País	Nombre(s) usado(s) en esta residencia
Inicio	Fin				

Identidad de género — ¿Cómo se identifica? (*Marque todas las opciones que correspondan*).

- Mujer Hombre
- No binario, agénero, persona que no sigue las convenciones de género u otra identidad de género
- Prefiero no responder

¿Se considera usted una persona transgénero?

- Sí No Prefiero no responder

Idioma

¿Qué idiomas, incluido el lenguaje de señas estadounidense, habla usted? (*Elija todas las opciones que correspondan*).

Hablo [Elija el idioma]

y también hablo [Elija el idioma]

Hablo otro idioma (*ingrese aquí el idioma*): _____

¿En qué idiomas lee? (*Elija todas las opciones que correspondan*).

Leo [Elija el idioma]

y también leo [Elija el idioma]

Leo otro idioma (*ingrese aquí el idioma*): _____

Raza y grupo étnico — ¿Cómo se identifica? (*Marque todas las opciones que correspondan*).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Africano | <input type="checkbox"/> Latino/Latina/Latinx |
| <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Más de una raza |
| <input type="checkbox"/> Árabe o de Oriente Medio | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Negro/afroestadounidense | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

ESTA SECCIÓN SE HA DEJADO EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Acuerdo de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria (HCW)

Este acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores para HCW (*denominado "Acuerdo"*) describe la relación entre el estado de Oregon, el Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés), Ancianos y Personas con Discapacidades (APD, por sus siglas en inglés), la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) y el proveedor con respecto al pago por parte de la ODHS o las entidades financiadas y autorizadas por la ODHS para pagar por los servicios domiciliarios autorizados previamente y financiados públicamente que un HCW proporciona a un empleador consumidor elegible.

Revise este Acuerdo cuidadosamente antes de firmar. Este describe sus obligaciones como proveedor de Medicaid en Oregon. No cumplir con este Acuerdo y las obligaciones puede resultar en la terminación de su número e inscripción de proveedo, o tener otras consecuencias.

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 relacionadas con artículos y servicios del presente Acuerdo. Esto incluye, entre otras cosas, la Regla Administrativa de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés) 407-120-0325 (*cumplimiento con los estatutos federales y estatales*).
- B. Si un tribunal decide que cualquier término o disposición de este Acuerdo es ilegal o que está en conflicto con cualquier ley, el resto de los términos y disposiciones de este Acuerdo seguirán vigentes. Los derechos y obligaciones de las partes se interpretarán y ejecutarán como si el Acuerdo no incluyera el término o la disposición considerada como inválida.
- C. No cumplir con los términos de este Acuerdo o con cualquier regla aplicable del ODHS puede ocasionar la terminación o la desactivación del número de proveedor del proveedor. El proveedor puede tener derechos de apelación, de acuerdo con OAR 411-031-0050 (Trabajadores de atención domiciliaria inscritos en el Programa de Proveedores Empleados por Consumidores). 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. El proveedor debe, la 24 horas del día, los siete días de la semana, reportar el abuso o la sospecha de abuso de:
 - Un menor de edad,
 - Un adulto mayor,
 - Un residente de un centro de enfermería, o
 - Una persona que esté recibiendo servicios de salud mental o para personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo.

No reportar el abuso o la sospecha de abuso está penalizado por la ley y puede resultar en la terminación de la inscripción del proveedor.

- D. Si el proveedor brinda servicios de transporte o viajes relacionados con el servicio directamente entre los hogares de los consumidores en el mismo día, el proveedor debe tener y mantener una licencia de conducir válida y cobertura de seguro de auto, según lo requerido por la ley. El proveedor debe entregarle al ODHS un comprobante de la cobertura de seguro de auto cada seis meses, o antes si la cobertura se renueva. El proveedor entiende que el tiempo del transporte y de los viajes relacionados con el servicio no se autorizará o pagará si el proveedor no tiene una licencia de conducir válida y seguro de auto.

1. Elegibilidad del empleador consumidor

Al proveedor se le pagará con base en:

- Este Acuerdo,
- El contrato de negociación colectiva entre la Comisión de Atención Domiciliaria 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 al momento en que se proporcionaron los servicios aprobados a un empleador consumidor elegible para servicios domiciliarios financiados públicamente.

Se le pagará al proveedor por servicios autorizados en el plan de servicio y la lista de tareas de un empleador consumidor aprobados por la ODHS o una Agencia sobre el Envejecimiento del Área (AAA, por sus siglas en inglés). Cualquier pago que se realice bajo cualquiera de las siguientes condiciones se considera un sobrepago:

- Servicios no incluidos en el plan de servicio y lista de tareas aprobados del empleador consumidor,
- Servicios proporcionados durante más horas de las autorizadas, o
- Servicios proporcionados a un empleador consumidor no elegible para los servicios.

Cualquier sobrepago debe reembolsarse al ODHS y es responsabilidad única del proveedor.

2. Mantenimiento de registros, acceso y confidencialidad de los expedientes del empleador consumidor

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

A. Mantenimiento de registros:

- i. El proveedor es responsable de la finalización y la exactitud de los registros económicos y de control de horas trabajadas (por ejemplo, planillas de horarios) y del resto de la documentación relacionada con los servicios específicos para los cuales el proveedor reclama un reembolso. El proveedor

mantendrá todos los registros que documenten totalmente los servicios específicos proporcionados a un empleador consumidor elegible a quien se atiende bajo este Acuerdo para los cuales el proveedor reclama un reembolso, de conformidad con las reglas administrativas aplicables.

- ii. El proveedor mantendrá y será capaz de proporcionar todos los registros antes descritos en 3(A)(i), durante el periodo que sea más largo:
 - Seis años siguientes al pago final y a la terminación de este Acuerdo
 - Cualquier periodo requerido por la ley aplicable, o
 - Hasta que una auditoría, controversia o litigio que haya surgido de, o esté relacionado con, este Acuerdo se complete.

B. Acceso:

Todos los registros económicos y de control de horas trabajadas y el resto de la documentación relacionada con los servicios proporcionados bajo este Acuerdo se pondrá a disposición inmediata de las siguientes entidades y sus representantes debidamente asignados para que los examinen, auditen y saquen copias bajo solicitud:

- ODHS
- OHA
- El empleador consumidor
- La oficina local de APD o AAA
- La Unidad de Fraude contra Medicaid del Departamento de Justicia de Oregon
- La Oficina de la Secretaría del Estado de Oregon
- Centro de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU., y
- El gobierno federal.

3. Confidencialidad

El proveedor entiende que debe mantener de forma confidencial toda la información relacionada con el empleador consumidor del proveedor. El proveedor solo puede compartir información con el administrador de casos del empleador consumidor, la oficina local de APD o AAA o el enfermero registrado de salud comunitaria que trabaja con el empleador consumidor del proveedor y según lo autorizado por la ley.

4. Inscripción activa

Al firmar este Acuerdo, el Proveedor acepta que está disponible y que puede proporcionar servicios a uno o más empleadores consumidores elegibles para los servicios domiciliarios financiados públicamente en Oregon. Este Acuerdo y la inscripción del proveedor se desactivarán si los servicios no se autorizan o no se pagan durante un periodo de doce meses. Después de la desactivación, el proveedor puede

volver a solicitar la inscripción como HCW si el proveedor desea proporcionar servicios a empleadores consumidores del ODHS.

5. Elegibilidad y participación continua

La elegibilidad y la participación continua como HCW dependen de que el proveedor:

- Firme este Acuerdo
- Complete un nuevo acuerdo cuando se requiera
- Cumpla con todos los estándares de inscripción descritos en OAR 411-031-0040
- Pase una verificación de antecedentes, y
- Complete todos los requisitos de capacitación descritos en la OAR 418-020-0035 (*capacitación obligatoria y estándares de evaluación de competencias*).

El proveedor debe pasar todas las verificaciones requeridas de base de datos de inscripción del proveedor antes de la inscripción y la recertificación. Esto incluye, entre otras cosas, la lista de exclusión de la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés), la lista de exclusión del Sistema para la Administración de Subvenciones (SAM, por sus siglas en inglés), el archivo maestro de defunciones de la Administración del Seguro Social y la validación del nombre legal y del número de Seguro Social del IRS.

6. Suspensiones y recuperación de pagos del proveedor

Si la solicitud no es exacta en cualquier sentido o si no se cumple con los términos de este Acuerdo, las reglas de APD o las reglas de la Autoridad de Salud de Oregon, esto puede ocasionar sanciones o resultar en la terminación del Acuerdo o la recuperación del pago, de acuerdo con OAR 411-031-0020, OAR 411-031-0040 a 411-031-0050, OAR 411-034-0050 y 411-034-0055, OAR 411-020-0000 a OAR 411-020-0130 y 410-120-1397 a 410-120-1600. El proveedor puede tener derechos de apelación, según lo descrito en:

- OAR 411-031-0050 para trabajadores de atención domiciliaria
- OAR 411-034-0055 para asistentes de cuidado personal, y
- OAR 407-007-0200 a 410-007-0370 cuando se basa en una verificación de antecedentes.

7. Relación laboral

A. El proveedor entiende que no es empleado del estado de Oregon, de ninguna división del ODHS o de la OHA o de ninguna Agencia sobre el Envejecimiento del Área (AAA, por sus siglas en inglés), y no se considerará, para ningún propósito, como un empleado del estado de Oregon (excepto según lo establecido por la ley para fines de la negociación colectiva) o una AAA. Cualquier referencia a la Comisión de Atención Domiciliaria como empleador de registro es únicamente para fines de la negociación colectiva, según lo establecido en la ley estatal.

- B. El empleador consumidor es responsable de localizar, entrevistar y contratar a un proveedor calificado. Es responsabilidad del empleador consumidor establecer los términos de la relación laboral al momento de la contratación.

8. Participación de Medicaid

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. El ODHS verificará si la información divulgada por el proveedor es verdadera y exacta. Esta información se usará para administrar el programa de Medicaid.
- B. El proveedor le notificará al ODHS sobre cualquier cambio que pudiera afectar a este Acuerdo, o los pagos de servicios cubiertos por este Acuerdo, en un plazo de treinta (30) días a partir del cambio. Esto incluye, entre otras cosas, cambios en el nombre, la información de contacto o los antecedentes penales.
- C. 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 terminación de la inscripción del proveedor.
- D. Cualquier comunicación o aviso del proveedor para los fines de este Acuerdo deberá entregarse por escrito a la oficina local de Ancianos y Personas con Discapacidades, la Agencia sobre el Envejecimiento del Área (AAA, por sus siglas en inglés) o al ODHS mediante entrega personal, correo electrónico, fax o correo regular.
- E. Toda la información presentada por el proveedor en este Acuerdo es verdadera y correcta. Cualquier omisión, mala representación o falsificación deliberada de la información proporcionada o contenida en cualquier comunicación con el ODHS puede ser castigada por la ley administrativa o penal, o ambas. Esto incluye, entre otras cosas, rehusarse a emitir un número de proveedor del ODHS, revocación del número de proveedor del ODHS y recuperación de cualquier sobrepago.
- F. El proveedor debe divulgar cualquier delito relacionado con la participación del proveedor en cualquier programa bajo Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil desde el inicio de dichos programas.
- G. El ODHS no utilizará fondos públicos para apoyar, en parte o en su totalidad, el empleo de personas en cualquier función que hayan recibido una condena por un delito identificado en ORS 443.004(3) y que tengan contacto con personas elegibles para Medicaid.

9. Servicios

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. El proveedor deberá desempeñar los servicios identificados en el plan de servicio y la lista de tareas del empleador consumidor de conformidad con las siguientes reglas, según corresponda:
 - I. OAR capítulo 411, división 30 (Servicios domiciliarios)
 - II. OAR capítulo 411, división 34 (Cuidado personal del plan estatal)

III. OAR capítulo 411, división 35 (Servicios complementarios del Plan estatal K)

IV. OAR capítulo 411, división 32 (Proyecto para la Independencia en Oregon)

- B. El proveedor no firmará ningún subcontrato ni autorizará a otra persona a realizar los servicios autorizados por este Acuerdo en nombre del proveedor. El proveedor entiende que firmar un subcontrato o autorizar a otra persona a realizar los servicios en nombre del proveedor se considera un fraude contra Medicaid y será sancionado por la ley.

10. Pago

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. El ODHS le pagará al proveedor en nombre de los empleadores consumidores por los servicios de HCW proporcionados bajo este Acuerdo que tengan autorización previa para el pago. Los pagos realizados por el ODHS a partir de fondos públicos están sujetos al ORS 293.462. Las obligaciones del ODHS y del proveedor con respecto a los pagos del ODHS al proveedor se describen en el capítulo 411, divisiones 27 y 31; el capítulo 407, división 120; y el capítulo 410, división 120 de las Reglas Administrativas de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés).
- B. Se le pagará al proveedor de acuerdo con la tasa salarial acordada en el contrato de negociación colectiva entre la OHCC y el SEIU, 503.
- C. Cualquier pago por los servicios proporcionados a empleadores consumidores no elegibles o por servicios no autorizados es responsabilidad única del proveedor. El ODHS no realizará pagos en nombre de empleadores consumidores no elegibles o por servicios que no estén autorizados.
- D. El pago del ODHS por cualquier servicio proporcionado bajo este Acuerdo será el pago total. El proveedor no puede cobrarle al empleador consumidor, o a un familiar o representante del empleador consumidor, por:
- Artículos incluidos en los pagos de servicios
 - Cualquier artículo para el cual el ODHS realice pagos, o
 - Cualquier servicio adicional que el proveedor decida proporcionarle al empleador consumidor.

Al aceptar el pago, el proveedor certifica el cumplimiento de todas las reglas aplicables del ODHS.

- E. Como condición del pago, el proveedor debe cumplir y continuar cumpliendo con este Acuerdo y las reglas de pago en las 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.
- F. El ODHS puede recuperar cualquier sobrepago realizado al proveedor según lo autorizado en las OAR 410-120-1397 a 410-120-1600 y de conformidad con el contrato de negociación colectiva aplicable. Esto incluye, entre otras cosas, la retención de pagos futuros al proveedor.

- G. El pago por los servicios realizados por un HCW, más allá del bienio actual al momento de la firma, depende de que el ODHS reciba, por parte de la Asamblea Legislativa de Oregon, las consignaciones, limitaciones, asignaciones u otros gastos autorizados suficientes para permitirle al ODHS, dentro de su discreción administrativa razonable, continuar realizando pagos.
- H. El ODHS no le pagará al proveedor por el trabajo realizado:
- Antes de que se complete el acuerdo y de que el ODHS emita un número de proveedor
 - Después de que el acuerdo venza o termine
 - Después del vencimiento de una verificación de antecedentes, o
 - Mientras un número de proveedor está desactivado, suspendido o terminado inmediatamente.
- I. La inscripción del proveedor y la emisión de un número de proveedor no garantiza trabajo o ninguna cantidad mínima de trabajo.
- J. De conformidad con las OAR 410-120-1300 y 411-031-0040, todos los reclamos por servicios deben entregarse en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio o estos no se pagarán.

11. Duración y terminación del Acuerdo

- A. Este Acuerdo estará vigente durante 2 años a partir de la fecha en que se firmó. El proveedor debe entregar un nuevo Acuerdo al menos setenta días antes de su vencimiento para un procesamiento oportuno.
- B. El ODHS terminará, suspenderá o desactivará este Acuerdo si:
1. El ODHS emite un fallo definitivo que anule el número y la inscripción del proveedor, basado en un fallo bajo los términos y condiciones de terminación establecidos en la OAR 411-031-0050.
 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 ODHS determine que no es para el mejor interés del programa de Medicaid.
 3. Se da término a la inscripción del 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 entrega un conjunto de huellas digitales en la forma que el ODHS determine en un plazo de 30 días a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) o una solicitud del ODHS, a menos que el ODHS determine que no es para el mejor interés del programa de Medicaid.
 5. El proveedor ha recibido una condena por un delito, o se le ha suspendido o excluido de participar con Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil en los últimos 10 años.

6. El CMS o el ODHS determina que el proveedor ha falsificado cualquier información proporcionada en la solicitud o si el CMS o el ODHS no pueden verificar la identidad del proveedor solicitante.
7. El ODHS no recibe financiación, apropiaciones, limitaciones u otros gastos autorizados a niveles que el ODHS o el programa específico determine que sean suficientes para el pago de servicios o artículos cubiertos bajo este Acuerdo.
8. Las leyes, regulaciones o lineamientos federales o estatales cambian o el ODHS las interpreta de una forma que prohíba:
 - Proporcionar los servicios o artículos bajo el acuerdo, o
 - Pagar por dichos servicios o artículos de una fuente planificada de financiación.
9. El proveedor ya no califique como tal. La terminación tendrá efecto en la fecha en la que el proveedor ya no califique.
10. El proveedor ya no cumple con uno o más de los requisitos que rigen la participación como proveedor inscrito del ODHS. Esto incluye el requisito de pasar una verificación de antecedentes cada dos años. Además de la terminación, suspensión o desactivación 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 empleadores consumidores durante un periodo de suspensión.
11. El proveedor no cumple con todos la capacitación requerida y los requisitos de evaluación.
12. El ODHS puede dar término a este Acuerdo en cualquier momento con un aviso por escrito al Proveedor.
13. El proveedor puede terminar este Acuerdo en cualquier momento al entregar un aviso por escrito en persona o por correo electrónico a la oficina local o Agencia sobre el Envejecimiento del Área que incluya una fecha efectiva de terminación específica. 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.

12. El proveedor certifica lo siguiente:

- A. 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" significan:
 - Un impuesto estatal que imponen 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 los ORS, y
 - Los impuestos locales administrados por el Departamento de Impuestos bajo el ORS 305.620.

- B. El proveedor no está obligado a pagar las retenciones adicionales de impuestos porque:
- El proveedor está exento de las retenciones adicionales de impuestos
 - El Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) no ha notificado al proveedor de que es responsable de retenciones adicionales de impuestos debido a que no se reportaron todos los intereses o dividendos, o
 - El IRS le ha notificado al proveedor que ya no está sujeto a las retenciones adicionales de impuestos.
- C. El proveedor proporcionará servicios a los empleadores consumidores sin importar la raza, la religión, la nacionalidad, el sexo, la edad, el estado civil, la orientación sexual o la discapacidad (*según lo definido en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades*). Los servicios contratados deben adaptarse razonablemente a las necesidades culturales, del idioma u otras necesidades especiales de los empleadores consumidores.
- D. El proveedor no está incluido en la lista llamada "Specially Designated Nationals and Blocked Persons" (Personas Bloqueadas y Nacionales Especialmente Designados). La Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de EE. UU. mantiene esta lista, disponible en <https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf>.
- E. 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 y solicitando el pago conforme a este Acuerdo.
- El proveedor certifica que ningún reclamo 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.

13. Indemnización

El proveedor indemnizará y defenderá al estado de Oregon, 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.

14. Firma del proveedor

Al firmar esta solicitud de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria, reconozco que he leído el Acuerdo de inscripción, que entiendo los términos del Acuerdo, que me comprometo a obedecer los términos y las condiciones del Acuerdo y que certifico que toda la información que he proporcionado al ODHS es verdadera y exacta. 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 imprenta del Proveedor: _____

Firma del proveedor

Fecha de la firma
(fecha de entrada en vigor)

Devuelva el documento completado a su oficina local de Ancianos y Personas con Discapacidades o a la oficina de la Agencia sobre el Envejecimiento del Área.

NOTA: *Este formulario contiene 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.*