



Servicios de atención personal delegados por el consumidor
INFORMACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Nombre: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Alias utilizados (incluido el nombre de soltera o nombres de casada anteriores):

Dirección física: _____
Calle Dpto./unidad nro. Ciudad Estado Código postal

Teléfono principal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Nro. de seguro social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Lugar de nacimiento: _____ (estado o país, si nació fuera de los EE. UU.)

Nro. de licencia de conducir/ID del estado: _____ Estado: _____

Nacionalidad: _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Peso: _____ Altura: _____

Raza: ☐ Asiático/isleño del Pacífico ☐ Negro ☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Blanco/Latino
☐ Se desconoce

Color de ojos: ☐ Negro ☐ Azul ☐ Café ☐ Verde ☐ Gris ☐ Miel

Color del cabello: ☐ Negro ☐ Rubio ☐ Castaño ☐ Rojizo

Por favor, lea con atención

Comprendo que la información anterior se solicita con el objetivo de realizar una verificación de antecedentes penales para dar cumplimiento a la normativa de Medicaid conforme al Programa de Servicios de Atención Personal de Nuevo México, y que no se utilizará para discriminarme en infracción de la ley. Asimismo comprendo que las declaraciones falsas o la omisión de hechos pueden ser causales para no contratarme o despedirme luego de haber comenzado a trabajar.

Firma del Postulante

Fecha



Nombre del Asistente: _____

Complete los formularios del programa y la nómina de pagos listados a continuación. Adjunte los comprobantes de sus licencias y capacitaciones según corresponda.

Formularios relacionados con el programa y la nómina de pagos (requeridos para todos los empleados nuevos)

1. ☐ Información para la verificación de antecedentes
2. ☐ Lista de verificación para empleados nuevos (este formulario)
3. ☐ Declaración de igualdad de oportunidades laborales
4. ☐ Formulario I-9 – Verificación de los requisitos para el empleo – *Hay instrucciones adicionales sobre el I-9 en el sitio Web de CDCN Nuevo México, en la pestaña «Recursos».*
5. ☐ Formulario W-4 – Certificado de desgravaciones sobre las retenciones del empleado
6. ☐ Formulario de selección de forma de pago – *Es posible que deba presentar adjuntos, vea las instrucciones del formulario.*
7. ☐ Memorando del salario
8. ☐ Contrato del empleado
9. ☐ Reconocimiento de EVV del empleado
10. ☐ Examen sobre la EVV del empleado
11. ☐ Cuestionario de salud del empleado
12. ☐ Confirmación de servicios de manejo ☐ de que no se proporcionarán servicios de manejo – *Presentar solo uno de estos formularios según vaya a proporcionar servicios de manejo para el Miembro de Medicaid o no.*
13. ☐ Declaración sobre el Fraude contra Medicaid
14. ☐ Autorización/declinación de la vacuna contra la hepatitis B
15. ☐ Horas semanales esperadas para los empleados nuevos

Verificaciones de las licencias y capacitaciones (según corresponda, presente fotocopias de la documentación)

1. ☐ Certificación en RCP vigente Fecha de vencimiento: _____ ☐ El Postulante no tiene certificación en RCP vigente*
2. ☐ Certificación en primeros auxilios vigente Fecha de vencimiento: _____ ☐ El Postulante no tiene certificación en primeros auxilios vigente*
**Se pueden completar dentro de los 3 meses de la fecha de contratación.*
3. ☐ Licencia de conducir o tarjeta de ID del estado – *Ver los Formularios de confirmación de servicios de manejo o confirmación de que no se proporcionarán servicios de manejo.*
4. ☐ Seguro mínimo del vehículo – *Si corresponde, solo presentarlo si transportará al Miembro.*

Material complementario distribuido

1. ☐ Manual del empleado
2. ☐ Calendario de la nómina de pagos
3. ☐ Planilla de beneficios

He revisado y verificado que los formularios mencionados estén completos, y todos los formularios presentados son legibles.

Fecha en que se completó: ____/____/____

Nombre del Representante de CDCN (en imprenta): _____

10490



Nombre: _____ # de Seguro Social (últimos 4 dígitos) _____ Empresa: _____

El propósito de este cuestionario es ayudar con el cumplimiento de la retención de registros gubernamentales requerida y/o con requisitos de reportes. **Esta información no se tomará en cuenta en el proceso de selección/empleo.** La información solicitada es voluntaria y no será objeto de ningún trato negativo en caso de elegir no completar el cuestionario. De proporcionarse, la información se utilizará para fines estadísticos y de reportes y no para identificar a individuos específicos.

Género (por favor seleccione el género con el que más se identifica):

☐ Masculino ☐ Femenino

Raza/Identificación étnica:

Por favor marque **una casilla** que describa la raza/categoría étnica (conforme a lo definido por la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo) con la que se identifique principalmente:

☐ Hispano o latino	Una persona de origen o cultura mexicana, puertorriqueña, cubana, centro o sudamericana o cualquier otra cultura u origen hispano, independientemente de su raza.
---	---

-O-

☐ Blanco (<u>no</u> hispano o latino)	Una persona que proviene de los pueblos originarios de Europa, el Norte de África o el Medio Oriente.
☐ Indio americano o nativo de Alaska (<u>no</u> hispano o latino)	Una persona que proviene de cualquiera de los pueblos originarios de Norte o Sudamérica y que mantienen una identificación cultural a través de afiliación a una tribu o comunidad.
☐ Negro o afroamericano (<u>no</u> hispano o latino)	Una persona que proviene de cualquiera de los pueblos originarios de África.
☐ Asiático (<u>no</u> hispano o latino)	Una persona que proviene de cualquiera de cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sur de Asia o el Subcontinente Indio que incluyen, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Filipinas, Tailandia y Vietnam.
☐ Nativo hawaiano o de otra Isla del Pacífico (<u>no</u> hispano o latino)	Una persona que proviene de uno de los pueblos de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
☐ Dos o más razas (<u>no</u> hispano o latino)	Una persona que se identifica con más de una de las razas indicadas previamente.

Declina identificarse:

☐ No deseo identificarme.

Si bien no deseo identificar mi género, origen étnico y/o raza, comprendo que el gobierno federal requiera mi empleador determinar esta información (completar este formulario) a través de un análisis visual y/u otra información disponible.

Firma del empleado: _____ **Fecha:** _____

Opción del personal:

Only sign here if employee declined to self-identify their gender, ethnicity and/or race, and you were the employee who determined this information by "visual survey" and/or other available information.

Staff Signature (completed this form): _____ **Date:** _____





Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS

Form I-9

OMB No.1615-0047

Expires 07/31/2026

START HERE: Employers must ensure the form instructions are available to employees when completing this form. Employers are liable for failing to comply with the requirements for completing this form. See below and the [Instructions](#).

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: All employees can choose which acceptable documentation to present for Form I-9. Employers cannot ask employees for documentation to verify information in **Section 1**, or specify which acceptable documentation employees must present for **Section 2** or Supplement B, Reverification and Rehire. Treating employees differently based on their citizenship, immigration status, or national origin may be illegal.

Section 1. Employee Information and Attestation: Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the **first day of employment**, but not before accepting a job offer.

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)	Other Last Names Used (if any)		
Address (Street Number and Name)			Apt. Number (if any)	City or Town		State	ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		Employee's Email Address			Employee's Telephone Number	
I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.		Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):					
		☐ 1. A citizen of the United States					
		☐ 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)					
		☐ 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)					
		☐ 4. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) authorized to work until (exp. date, if any)					
		If you check Item Number 4. , enter one of these:					
		USCIS A-Number	OR	Form I-94 Admission Number	OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance	
Signature of Employee					Today's Date (mm/dd/yyyy)		

If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person **MUST** complete the [Preparer and/or Translator Certification](#) on Page 3.

Section 2. Employer Review and Verification: Employers or their authorized representative must complete and sign **Section 2** within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.

List A		OR	List B	AND	List C	
Document Title 1						
Issuing Authority						
Document Number (if any)						
Expiration Date (if any)						
Document Title 2 (if any)		Additional Information				
Issuing Authority						
Document Number (if any)						
Expiration Date (if any)						
Document Title 3 (if any)		☐ Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.				
Issuing Authority						
Document Number (if any)						
Expiration Date (if any)						
Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge, the employee is authorized to work in the United States.					First Day of Employment (mm/dd/yyyy):	
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative			Signature of Employer or Authorized Representative			Today's Date (mm/dd/yyyy)
Employer's Business or Organization Name			Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code			

For reverification or rehire, complete [Supplement B, Reverification and Rehire](#) on Page 4.



LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents containing an expiration date must be unexpired.

* Documents extended by the issuing authority are considered unexpired.

Employees may present one selection from List A or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For an individual temporarily authorized to work for a specific employer because of his or her status or parole: a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the individual's status or parole as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI		1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record		1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security For examples, see Section 7 and Section 13 of the M-274 on uscis.gov/i-9-central. The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, Item Number 4. document, not a List C document.
Acceptable Receipts May be presented in lieu of a document listed above for a temporary period. For receipt validity dates, see the M-274.				
• Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List A document. • Form I-94 issued to a lawful permanent resident that contains an I-551 stamp and a photograph of the individual. • Form I-94 with "RE" notation or refugee stamp issued to a refugee.	OR	Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List B document.		Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List C document.

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on [I-9 Central](#) for more information.





Supplement A, Preparer and/or Translator Certification for Section 1

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
Supplement A
OMB No. 1615-0047
Expires 07/31/2026

Last Name (Family Name) from Section 1 .	First Name (Given Name) from Section 1 .	Middle initial (if any) from Section 1 .
---	---	---

Instructions: This supplement must be completed by any preparer and/or translator who assists an employee in completing Section 1 of Form I-9. The preparer and/or translator must enter the employee's name in the spaces provided above. Each preparer or translator must complete, sign, and date a separate certification area. Employers must retain completed supplement sheets with the employee's completed Form I-9.

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)
Address (Street Number and Name)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)
Address (Street Number and Name)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)
Address (Street Number and Name)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (mm/dd/yyyy)	
Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)
Address (Street Number and Name)	City or Town	State	ZIP Code



Employee's Withholding Certificate

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.

Give Form W-4 to your employer.

Your withholding is subject to review by the IRS.

2024**Step 1:**
Enter
Personal
Information

(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
Address		Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov .
City or town, state, and ZIP code		
(c) ☐ Single or Married filing separately ☐ Married filing jointly or Qualifying surviving spouse ☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, and when to use the estimator at www.irs.gov/W4App.

Step 2:
Multiple Jobs
or Spouse
Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

- (a) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; **or**
- (b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**
- (c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate ☐

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only **ONE** of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependent and Other Credits	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly): Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$ _____ Multiply the number of other dependents by \$500 \$ _____ Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here	3	\$			
	Step 4 (optional): Other Adjustments			(a) Other income (not from jobs). If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income	4(a)	\$
	(b) Deductions. If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here			4(b)	\$	
	(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each pay period . .	4(c)	\$			

Step 5:
Sign
Here

Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)_____
Date**Employers**
Only

Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)
-----------------------------	--------------------------	--------------------------------------



General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

Future Developments

For the latest information about developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to www.irs.gov/FormW4.

Purpose of Form

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. If too little is withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty. If too much is withheld, you will generally be due a refund. Complete a new Form W-4 when changes to your personal or financial situation would change the entries on the form. For more information on withholding and when you must furnish a new Form W-4, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2024 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2023 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2024. You had no federal income tax liability in 2023 if (1) your total tax on line 24 on your 2023 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2024 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2025.

Your privacy. Steps 2(c) and 4(a) ask for information regarding income you received from sources other than the job associated with this Form W-4. If you have concerns with providing the information asked for in Step 2(c), you may choose Step 2(b) as an alternative; if you have concerns with providing the information asked for in Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c) as an alternative.

When to use the estimator. Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App if you:

1. Expect to work only part of the year;
2. Receive dividends, capital gains, social security, bonuses, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax; or
3. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay these taxes through withholding from your wages, use the estimator at www.irs.gov/W4App to figure the amount to have withheld.

Nonresident alien. If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Specific Instructions

Step 1(c). Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

Step 2. Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work.

Option **(a)** most accurately calculates the additional tax you need to have withheld, while option **(b)** does so with a little less accuracy.

Instead, if you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may check the box in option **(c)**. The box must also be checked on the Form W-4 for the other job. If the box is checked, the standard deduction and tax brackets will be cut in half for each job to calculate withholding. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



Multiple jobs. Complete Steps 3 through 4(b) on only one Form W-4. Withholding will be most accurate if you do this on the Form W-4 for the highest paying job.

Step 3. This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative. For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. To do so, add an estimate of the amount for the year to your credits for dependents and enter the total amount in Step 3. Including these credits will increase your paycheck and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

Step 4 (optional).

Step 4(a). Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include income from any jobs or self-employment. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your paycheck, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2024 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

Step 4(c). Enter in this step any additional tax you want withheld from your pay **each pay period**, including any amounts from the Multiple Jobs Worksheet, line 4. Entering an amount here will reduce your paycheck and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe.



Step 2(b)—Multiple Jobs Worksheet (Keep for your records.)

If you choose the option in Step 2(b) on Form W-4, complete this worksheet (which calculates the total extra tax for all jobs) on **only ONE** Form W-4. Withholding will be most accurate if you complete the worksheet and enter the result on the Form W-4 for the highest paying job. To be accurate, submit a new Form W-4 for all other jobs if you have not updated your withholding since 2019.

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables; or, you can use the online withholding estimator at www.irs.gov/W4App.

- 1 Two jobs.** If you have two jobs or you're married filing jointly and you and your spouse each have one job, find the amount from the appropriate table on page 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, **skip** to line 3 **1** \$ _____
- 2 Three jobs.** If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
 - a** Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a **2a** \$ _____
 - b** Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b **2b** \$ _____
 - c** Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c **2c** \$ _____
- 3** Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc. **3** _____
- 4 Divide** the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in **Step 4(c)** of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld) **4** \$ _____

Step 4(b)—Deductions Worksheet (Keep for your records.)

- 1** Enter an estimate of your 2024 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income **1** \$ _____
- 2** Enter:

• \$29,200 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse • \$21,900 if you're head of household • \$14,600 if you're single or married filing separately	}	
--	---	-----------

2 \$ _____
- 3** If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-" **3** \$ _____
- 4** Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information **4** \$ _____
- 5 Add** lines 3 and 4. Enter the result here and in **Step 4(b)** of Form W-4 **5** \$ _____

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and territories for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.



Married Filing Jointly or Qualifying Surviving Spouse

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

Single or Married Filing Separately

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$240	\$870	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,540	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040
\$10,000 - 19,999	870	1,680	1,830	1,830	2,350	3,350	3,680	3,680	3,680	3,720	3,920	4,050
\$20,000 - 29,999	1,020	1,830	1,980	2,510	3,510	4,510	4,830	4,830	4,870	5,070	5,270	5,400
\$30,000 - 39,999	1,020	1,830	2,510	3,510	4,510	5,510	5,830	5,870	6,070	6,270	6,470	6,600
\$40,000 - 59,999	1,390	3,200	4,360	5,360	6,360	7,370	7,890	8,090	8,290	8,490	8,690	8,820
\$60,000 - 79,999	1,870	3,680	4,830	5,840	7,040	8,240	8,770	8,970	9,170	9,370	9,570	9,700
\$80,000 - 99,999	1,870	3,690	5,040	6,240	7,440	8,640	9,170	9,370	9,570	9,770	9,970	10,810
\$100,000 - 124,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	9,530	9,730	10,180	11,180	12,180	13,120
\$125,000 - 149,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	10,180	11,180	12,180	13,180	14,180	15,310
\$150,000 - 174,999	2,040	4,050	5,400	6,860	8,860	10,860	12,180	13,180	14,230	15,530	16,830	18,060
\$175,000 - 199,999	2,040	4,710	6,860	8,860	10,860	12,860	14,380	15,680	16,980	18,280	19,580	20,810
\$200,000 - 249,999	2,720	5,610	8,060	10,360	12,660	14,960	16,590	17,890	19,190	20,490	21,790	23,020
\$250,000 - 399,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$400,000 - 449,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$450,000 and over	3,140	6,450	9,110	11,610	14,110	16,610	18,430	19,930	21,430	22,930	24,430	25,870

Head of Household

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$510	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,220	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,960
\$10,000 - 19,999	510	1,510	2,020	2,220	2,220	2,220	2,420	3,420	4,070	4,070	4,160	4,360
\$20,000 - 29,999	850	2,020	2,560	2,760	2,760	2,960	3,960	4,960	5,610	5,700	5,900	6,100
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,760	2,960	3,160	4,160	5,160	6,160	6,900	7,100	7,300	7,500
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,810	4,010	5,010	6,010	7,070	8,270	9,120	9,320	9,520	9,720
\$60,000 - 79,999	1,070	3,270	4,810	6,010	7,070	8,270	9,470	10,670	11,520	11,720	11,920	12,120
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,070	8,270	9,470	10,670	11,870	12,720	12,920	13,120	13,450
\$100,000 - 124,999	2,020	4,420	6,160	7,560	8,760	9,960	11,160	12,360	13,210	13,880	14,880	15,880
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,180	7,580	8,780	9,980	11,250	13,250	14,900	15,900	16,900	17,900
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,180	7,580	9,250	11,250	13,250	15,250	16,900	18,030	19,330	20,630
\$175,000 - 199,999	2,040	4,510	7,050	9,250	11,250	13,250	15,250	17,530	19,480	20,780	22,080	23,380
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,620	11,120	13,420	15,720	18,020	20,320	22,270	23,570	24,870	26,170
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,310	11,810	14,110	16,410	18,710	21,010	22,960	24,260	25,560	26,860
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,880	12,580	15,080	17,580	20,080	22,580	24,730	26,230	27,730	29,230



Nombre del empleado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Los pagos de Consumer Direct Care Network (CDCN) se realizan mediante depósito directo a una cuenta bancaria o tarjeta de pago. Los comprobantes de pago (talones) se le enviarán por correo a la dirección que tiene registrada con nosotros.

Marque una de las siguientes opciones de pago.

Nota: Se le inscribirá en la opción de tarjeta Wisely Pay si (1) no hace ninguna selección a continuación, o (2) selecciona el depósito directo a una cuenta bancaria pero proporciona información de cuenta no válida o su cuenta.

- ☐ **Depósito directo a una cuenta de Wisely Pay Card.** Autorizo a CDCN a emitirme una tarjeta Wisely Pay. La tarjeta estará vinculada a mi identificación en el archivo. CDCN hará depósitos de nómina en la cuenta de mi tarjeta. Recibiré la tarjeta en 7 a 10 días hábiles después del procesamiento inicial.
- ☐ **Depósito directo a una cuenta de cheques, ahorros o tarjeta de pago existente.** Autorizo a CDCN a iniciar depósitos de nómina en mi banco o institución financiera.

El nombre de mi banco es:

El tipo de cuenta es: (marque una opción) ☐ Cheques ☐ Ahorros ☐ Tarjeta de pago**SE REQUIERE UN ANEXO.**

Para una cuenta de cheques. Adjunte un cheque anulado. Este es el preferido. Un formulario de depósito directo emitido por un banco o una carta bancaria también son aceptables

Para una cuenta de ahorros o tarjeta de pagos. Adjunte un formulario de depósito directo emitido por el banco o una carta bancaria.

** No envíe una boleta de depósito. Los códigos bancarios (números de ruta) difieren de los números de ruta de depósito directo.*

Reconocimiento. Autorizo a CDCN a procesar mi método de pago seleccionado. Entiendo que:

- CDCN se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de depósito directo.
- Soy responsable de confirmar que se haya realizado cada depósito. Debo pagar cualquier cargo causado por sobregiros en mi cuenta.
- Todos los depósitos directos se realizan a través de una Cámara de Compensación Automatizada (CCA). El procesamiento está sujeto a los términos de la CCA. También se aplicarán las condiciones y los términos de mi banco.
- Si se llegaran a realizar depósitos en mi cuenta por error, autorizo a CDCN a debitar mi cuenta para corregir el error. Si no se puede debitar mi cuenta debido al cierre o al saldo insuficiente, entonces CDCN podrá retener pagos futuros hasta que se paguen las cantidades depositadas erróneamente.
- Es posible que reciba un cheque en papel mientras se configura el método de pago que seleccioné.
- Debo enviar un nuevo formulario de selección de pago a CDCN si deseo cambiar mi opción de depósito directo.

Firma del Empleado _____

Fecha _____





Control financiero: ¡Ahora es posible!



Controle su dinero con una cuenta digital de Wisely®¹.



Reciba pagos con anticipación².

Ya sea que quiera pagar una factura u obtener dinero para planes de último momento, Wisely le permite obtener el dinero con hasta 2 días de anticipación².



Ahorre y organice su dinero como quiera.

Realice un seguimiento de su saldo y sus gastos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y obtenga importantes ahorros³.



Realice compras con confianza.

Pague en línea, en la tienda, en la aplicación o por teléfono dondequiera que se acepten tarjetas de débito Visa® o Mastercard®.

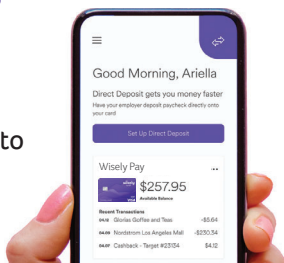


Evite los cargos del cajero automático.

Acceda a una red de 90 000 cajeros automáticos sin cargo a nivel nacional⁴.

¡Aproveche todos los beneficios de Wisely hoy mismo!

Hable con su departamento
de Nóminas.



Administre su dinero como quiera.

Afford yourself every advantage™.

¹ La tarjeta Wisely es una tarjeta prepagada. La cuenta digital se requiere para la administración y el mantenimiento de su tarjeta prepaga en línea de forma digital o mediante una aplicación móvil. La tarjeta Wisely no es una tarjeta de crédito, por cual no otorga crédito.

² Debe iniciar sesión en la aplicación myWisely o en su cuenta de mywisely.com para inscribirse en el depósito directo anticipado. No se garantiza el depósito directo anticipado de los fondos y queda sujeto a los plazos de la orden de pago del pagador. La referencia acerca del plazo de financiación más rápido se establece al comparar nuestra política de extender los fondos al recibir la orden de pago con la práctica bancaria habitual de otorgar los fondos al momento de la liquidación. Consulte las reglas completas en mywisely.com o en la aplicación myWisely. Si tiene una tarjeta Wisely Pay o Wisely Cash (vea el reverso), se requiere una actualización que es posible que no esté disponible para todos los tarjetahabientes. Permita que pase un plazo de hasta 3 semanas después de la configuración inicial del depósito directo para que su pago se cargue a su tarjeta.

³ Los montos transferidos a su sobre de ahorros ya no aparecerán en su saldo disponible. Puede restituirlos a su saldo disponible en cualquier momento con la aplicación myWisely o desde su cuenta de mywisely.com.

⁴ El número de transacciones en cajero automático sin cargo podría estar limitado. Inicie sesión en la aplicación myWisely o en mywisely.com para consultar el acuerdo del tarjetahabiente y la lista de todos los cargos a fin de obtener más información.

La tarjeta Wisely Pay Visa® es emitida por Fifth Third Bank N.A., miembro de FDIC, o Pathward, N.A., miembro de FDIC, de conformidad con la licencia de Visa U.S.A. Inc. La tarjeta Wisely Pay Mastercard® es emitida por Fifth Third Bank N.A., miembro de FDIC, o Pathward, N.A., miembro de FDIC, de conformidad con la licencia de Mastercard International Incorporated. ADP es una ISO registrada de Fifth Third Bank, N.A., o Pathward, N.A. La tarjeta Wisely Pay Visa se puede usar en todos los establecimientos donde se acepte la tarjeta de débito Visa. Visa y el logotipo de Visa son marcas comerciales registradas de Visa International Service Association. La tarjeta Wisely Pay Mastercard puede usarse donde se acepten tarjetas de débito Mastercard. Mastercard y el diseño de los círculos son marcas comerciales registradas de Mastercard International Incorporated. ADP, el logotipo de ADP, Wisely, myWisely y el logotipo de Wisely son marcas comerciales registradas de ADP, Inc.

Copyright © 2022 ADP, Inc. Todos los derechos reservados.

Nombre del Atendiente	Nombre del Miembro	Nro. De ID de CDCN del Miembro

Fecha de contratación/entrada en vigor: _____

Role: ☐ Atendiente dual para Medicaid y la Ciudad de Albuquerque
☐ Ciudad de Albuquerque solamente (CDNM)
☐ Medicaid solamente (CDNM)

Puesto: ☐ Atendiente de Atención Personal ☐ Atendiente de Atención Personal Principal

Servicios Autorizados y Salario por Hora:

Servicio	Salario	Payor	Código
☐ Personal Care Services	\$_____/hr	Medicaid	T1019
☐ Homemaker Services	\$_____/hr	Ciudad de Albuquerque*	HMK
☐ Respite	\$_____/hr	Ciudad de Albuquerque*	RES
☐ On Call	\$50.00/day	CDNM	ONCALLWKDAY
☐ Portal-to-Portal**	\$_____/hr	CDNM	PORTAL
☐ Sick Leave	\$_____/hr	_____	SICK

*Su atendiente tampoco puede ser un empleado de la Ciudad de Albuquerque ni tener ninguna relación contractual con la Ciudad de Albuquerque. Su atendiente debe haber completado 10 horas de capacitación antes de proporcionar los servicios.

**El tiempo de tránsito solo es para viajes entre las residencias de dos miembros para prestar servicios. Excluye paradas para mandados, combustible, comer, etc.

En general, no se permiten las horas extraordinarias. Cualquier excepción debe contar con la aprobación previa por escrito del tiempo trabajado por parte de la oficina de Consumer Direct Network.

Firma del Atendiente

Fecha

Firma del Representante de CDCN

Fecha



Este acuerdo se celebra entre New Mexico Consumer Direct Personal Care, LLC que opera bajo el nombre de Consumer Direct Care Network New Mexico (CDCN) y el siguiente empleado:

(Nombre del empleado en letra de molde)

Comprendo que CDCN es mi empleador. Acuerdo y reconozco lo siguiente:

1. Manual para Cuidadores

He recibido una copia del Manual para Cuidadores de Consumer Direct Care Network New Mexico (CDCN). Proporciona lineamientos laborales sobre las políticas, procedimientos y programas de CDCN. El Manual no es un contrato de empleo.

Acuerdo leer y comprender la información del Manual. Es mi responsabilidad acatar todas las políticas y procedimientos del Manual. En caso de dudas, puedo preguntar a CDCN. CDCN puede editar o actualizar las políticas, los procedimientos o cualquier información del Manual en cualquier momento.

2. Compromiso con turnos agendados

No se garantizan horarios definitivos. Las necesidades del miembro determinan las solicitudes y los horarios de servicio. Acuerdo cumplir con los compromisos y las horas agendadas que acepte.

- Las cancelaciones solo se permiten en emergencias extremas. Cancelar frecuentemente puede dar pie a medidas disciplinarias, incluido el despido. Las cancelaciones ("Call-offs") suceden cuando se notifica con al menos dos horas de anticipación antes de no presentarse para un turno asignado.
- No presentarse sin previo aviso dará pie a medidas disciplinarias, incluido el despido. No presentarse sin previo aviso ("no-call/no-show") quiere decir no presentarse a un turno asignado sin proporcionar una notificación con al menos dos horas de anticipación.

3. Atención que no es de emergencia

Comprendo que mi papel como Asistente de Atención Personal es asistir al Miembro con Actividades de la Vida Cotidiana (ADL) y proporcionar atención no médica. Bajo las pautas de CDCN, comprendo que no realizará ningún tratamiento médico y/o invasivo. La administración y/o aplicación de estos tratamientos (por ejemplo, aspirados, cuidado intestinal, inserción/remoción de catéteres urinarios, atención de heridas complejas, llenado de cajas de medicamentos, etc.) requiere de un profesional certificado. Comprendo que violar esta condición puede causar mi despido inmediato.

De haber una emergencia u otra situación de salud peligrosa, me comunicaré con las autoridades pertinentes, lo que incluye al médico del Miembro y/o al 911.

4. Pago

- Se me pagará bajo una tarifa por hora conforme a lo definido en el memorando de salarios. Mi paga está sujeta a la retención de impuestos aplicables.
- CDCN ofrece dos opciones de pago vía depósito directo. Puedo especificar una cuenta bancaria o elegir una tarjeta monedero. Si cambio mis opciones, deberé enviar un nuevo Formulario de Selección de Paga.
- CDCN emite pagos cada dos semanas. CDCN le envía talones de paga (un resumen del salario) y formularios W-2 por correo de primera clase a la dirección que tienen en su expediente o de forma electrónica. Puedo encontrar un programa de pagos actualizado de CDCN en línea en www.consumerdirectnm.com.



- Si soy elegible para un pago portal a portal, se pagará al salario mínimo actual por hora del condado.
- Tengo derecho de devengar y usar licencias por enfermedad pagadas. Acumularé una 1 hora de licencia por enfermedad por cada 30 horas trabajadas y puedo usar hasta 64 horas al año. Las horas utilizadas y devengadas aparecerán en mi talón de nómina. No puedo usar el EVV para solicitar licencia por enfermedad, debo presentar un formulario físico.
- Acuerdo utilizar el sistema telefónico IVR AuthentiCare o la App the AuthentiCare para presentar mis horas trabajadas. Comprendo que:
 - Debo marcar mi hora de entrada y salida en cada turno agendado todos los días.
 - Debo comunicarme con CDCN de inmediato si no puedo utilizar AuthentiCare y reportar los problemas que estoy teniendo. Si no notifico a CDCN en un plazo de veinticuatro (24) horas a partir del turno agendado, no se me proporcionará un formulario de corrección.
 - No se aprobarán formularios de corrección en todos los casos.
- No están permitidas horas extra a menos que las haya aprobado un Supervisor de Coordinador de Servicio de CDCN. Si creo que podrían necesitarse horas extra, debo recibir aprobación antes de trabajar esas horas. Acuerdo supervisar mis horas de trabajo y acatar las restricciones de horas extra.

5. Requisitos de capacitación y certificación:

- Completaré la capacitación inicial de Servicios de Atención Personal a domicilio en un plazo de tres (3) meses a partir de la contratación y aprobaré un examen de aptitud por escrito.
- Completaré 12 horas de educación continua cada año.
- Conservaré mis certificaciones actuales de RCP y primeros auxilios durante todo mi empleo.

6. Mis responsabilidades como Asistente de Atención Personal incluyen:

- Mantener el cumplimiento con el programa (seguir todas las políticas y procedimientos).
- Mantener registros y proporcionar documentación precisa (incluye reportes en caso de no presentarse a trabajar sin previo aviso).
- Mantener la confidencialidad.
- No transportar a un miembro en un auto a menos que dichos servicios estén autorizados en el IPoC del Miembro y CDCN tenga en archivo prueba de seguro automotriz y una licencia de conducir vigente.
- Reportar lesiones en el lugar de trabajo de inmediato al Gerente de Riesgo de CDCN en la Línea Directa de Lesiones disponible 24 horas (888-541-1701).
- Informar a CDCN o las autoridades pertinentes si tengo inquietudes de fraude, maltrato, abandono, explotación, peligros ambientales, intervención de las fuerzas policiales, servicios de emergencia o muerte.

7. Acuerdo de sobriedad

Acuerdo no proporcionar servicios bajo la influencia de drogas o alcohol. Comprendo que mi empleo cesará de inmediato en caso de brindar servicios bajo la influencia de drogas o alcohol.

Firma del empleado

Fecha

*Firma del representante
autorizado de CDCN (Empleador)*

Fecha

Nombre del Empleado (Asistente) en imprenta

Instrucciones:

1. Revise cada punto y haga preguntas, si fuera necesario. Coloque sus iniciales junto a cada punto para indicar su acuerdo y comprensión.
2. En el presente reconocimiento «yo, mí, mi» se refiere al Empleado nombrado más arriba, que prestará los servicios a un Miembro del Programa de Servicios de Atención Personal.

_____ **Recepción del material de capacitación de AuthentiCare:** He recibido la planilla de instrucciones de IVR o la información de la Aplicación de AuthentiCare, y he recibido capacitación sobre cómo utilizar el sistema de Verificación Electrónica de Visitas (*Electronic Visit Verification*, «EVV»). Debo asegurarme de que los servicios comiencen y finalicen en la casa del Miembro.

_____ **Reconocimiento de la obligación de utilizar el sistema de EVV de AuthentiCare y de las Horas Autorizadas:** Comprendo que el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México y las Organizaciones que Administran la Atención exigen el uso del sistema de EVV de AuthentiCare. Comprendo que tengo la responsabilidad de fichar la entrada y la salida de cada turno agendado con el sistema telefónico de IVR de AuthentiCare o con la Aplicación de AuthentiCare. Comprendo que no percibiré remuneración alguna por las horas trabajadas que no cuenten con la autorización de Consumer Direct Care Network.

_____ **Reconocimiento de los métodos de registro de horas del sistema de EVV de AuthentiCare:** Comprendo que tengo la responsabilidad de fichar mis entradas y salidas con el teléfono registrado del Miembro. Comprendo que si el Miembro que se me asigne no tiene un teléfono, el teléfono o el servicio telefónico no está disponible, o si tengo alguna dificultad con el sistema telefónico, habrá alternativas disponibles para mí. Una alternativa es utilizar mi propio teléfono inteligente con la aplicación de AuthentiCare.

_____ **Reconocimiento del requisito de presentar la información precisa y completa en forma oportuna:** He recibido una copia de los períodos de la nómina de pagos de Consumer Direct Care Network («CDCN»). Comprendo que todas las horas trabajadas se deben presentar con el método de EVV seleccionado en forma diaria. Comprendo que tengo la obligación de comunicarme con CDCN de inmediato, si no puedo fichar una entrada o salida, de modo que me puedan ayudar con las dificultades. Comprendo que no todos los problemas se aprobarán para el uso de un formulario de corrección. Comprendo que si no notifico a CDCN de los problemas dentro de las 24 horas de un turno programado, no se me proporcionará un formulario de corrección. Comprendo que para asegurar las correcciones oportunas para la remuneración, debo notificar a CDCN de cualquier discrepancia en los pagos dentro de los 14 días de recibir mi pago. **Comprendo que en el caso de una situación extraordinaria e inevitable que esté fuera de mi control conforme a los requisitos de presentación oportuna de Medicaid, las solicitudes de pago que no se hayan presentado dentro de los 60 días de la fecha de trabajo del empleado no se podrán procesar.**

_____ **Reconocimiento del requisito de notificar a CDCN, si no puedo fichar una entrada o salida con el sistema de EVV:** Comprendo que tengo la obligación de comunicarme con CDCN, si no puedo fichar una entrada o salida, de modo que el problema se pueda resolver en el momento. Comprendo que si ocurre un corte de luz o una interrupción en el servicio telefónico, tendré la responsabilidad de comunicarme con el proveedor y documentar la interrupción con un número de referencia tan pronto como se restablezca el servicio.

Firma del Empleado

Fecha



Puntaje _____

Autoevaluación

Verdadero o falso

- | | | |
|--|----------|----------|
| 1. Debe notificar a Consumer Direct Care Network dentro de las 24 horas de un reclamo faltante o pendiente. | V | F |
| 2. Me puedo comunicar con Consumer Direct Care Network para solicitar un formulario de corrección sin motivo válido. | V | F |
| 3. Las visitas no realizadas que no se informen de inmediato no se podrán procesar. | V | F |
| 4. El Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México y las Organizaciones que Administran la Atención exigen el uso del sistema de EVV. | V | F |
| 5. Debo informar a Consumer Direct Care Network de inmediato en caso de extravío/robo de mi teléfono/tableta. | V | F |
| 6. No tengo la obligación de usar el sistema de EVV en todo momento. | V | F |
| 7. Consumer Direct Care Network tiene la responsabilidad de supervisar que fiche las entradas y salidas. | V | F |
| 8. Tengo la obligación de seguir la agenda de trabajo dispuesta por Consumer Direct Care Network. | V | F |
| 9. Puedo fichar las entradas y salidas desde otros lugares distintos de la casa del Miembro. | V | F |
| 10. El Miembro puede fichar las entradas y salidas en mi nombre. | V | F |
| 11. Solo puedo trabajar las horas autorizadas por Consumer Direct Care Network. | V | F |
| 12. Mi nómina de pagos puede verse afectada, si no ficho la entrada y la salida en forma correcta todos los días. | V | F |

Nombre del Empleado (Asistente)

Firma del Asistente

Fecha

Nombre del Miembro

Firma del Miembro

Fecha



Nombre del empleado: _____

Antecedentes: Se le ha contratado condicionalmente para brindar servicios para el destinatario del servicio de conformidad con su plan de atención autorizado. Es posible que se le requiera realizar tareas físicas. El propósito de este cuestionario de salud es evaluar su capacidad de realizar las tareas autorizadas de forma segura. La información que proporcione en este cuestionario se utilizará para ayudar a gestionar su empleo de forma segura. Sus respuestas se consideran *Confidenciales*.

Instrucciones: Responda a cada artículo sobre si tiene una restricción o limitante médica o a su actividad física. **Por favor explique cualquier respuesta afirmativa en el reverso de este formulario y adjunte la información adicional que sea necesaria.** Devuelva este formulario completado y otros formularios de empleo a la oficina de Consumer Direct Care Network (CDCN).

	Actualmente tiene una restricción a la actividad física que involucre:	NO	SÍ
1	Estar sentado		
2	Estar de pie sin moverse		
3	Caminar		
4	Capacidad de movilidad		
5	Ponerse en cuclillas (doblar las rodillas)		
6	Hincarse/gatear		
7	Agacharse (doblar la cintura)		
8	Girar (rodillas/cintura/cuello)		
9	Dar la vuelta, pivotear		
10	Escalar		
11	Equilibrarse		
12	Extenderse hacia arriba		
13	Extenderse horizontalmente		
14	Sujetar		
15	Empujar/Jalar		
16	Alzar/Cargar		
17	Pérdida total o parcial de la audición		
18	Ceguera (parcial o completa) o problemas oculares		
19	¿Un profesional del cuidado de la salud le ha indicado restringir sus actividades físicas de cualquier manera?		
	Historial médico personal - En los últimos cinco años ha sufrido o recibido tratamiento por:	NO	SÍ
20	Epilepsia		
21	Desmayos/mareos		
22	Hernias		
23	Distensión muscular		
24	Lesiones de cuello o espalda		
25	Ruptura de discos intervertebrales		
26	Dolor o lesiones articulares		
27	Fracturas		
28	Tuberculosis o una prueba de tuberculosis con un resultado que no sea negativo		
29	Enfermedades o problemas pulmonares		
30	Lesiones de cabeza		
31	Otros problemas, enfermedades o padecimientos en curso		
32	¿Lo han hospitalizado o se ha sometido a una cirugía, excluyendo partos?		
33	¿Ha rechazado un procedimiento quirúrgico recomendado?		
34	¿Actualmente toma algún fármaco o medicamento, ya sea de venta o libre o con receta, que pueda mermar su toma de decisiones?		



¿Actualmente tiene, o un profesionales del cuidado de la salud le dicho que tiene, una limitante física relacionada con la lista que se encuentra a continuación?

		NO	SÍ			NO	SÍ
A	Regresar			H	Brazo		
B	Hombro			I	Cadera		
C	Cuello			J	Rodilla		
D	Codo			K	Tobillo		
E	Muñeca			L	Pie		
F	Mano			M	Pierna		
G	Dedo			N	Otro		

CDCN no discrimina en la contratación, ascenso u otros términos y condiciones del empleo. De igual manera, CDCN no discrimina contra personas que, de buena fe, han interpuesto una reclamación o han recibido beneficios bajo las Leyes de Compensación para Trabajadores del estado. Las solicitudes de adecuaciones para permitir a los empleados desempeñar las funciones esenciales necesarias deben realizarse por escrito y se proporcionarán en caso de no causar dificultades excesivas.

Por favor explique cualquier repuesta afirmativa en las páginas 1 y 2 a mayor detalle a continuación y anote el número o letra correspondiente. También debe incluir las fechas de lesiones y cirugías. Utilice páginas adicionales, de ser necesario:

[illegible]

Afirmo que he respondido a las preguntas previas según mi leal saber y entender. Mis respuestas son verdaderas y completas. Comprendo que proporcionar información falsa deliberadamente es causal de despido y puede dar pie a que se nieguen los beneficios de compensación para trabajadores.

Firma del empleado: _____ Fecha: ____/____/____

Uso en la oficina únicamente

Revisado por: [] Fecha / / Fecha de envío a Gestor de Riesgo: / /

Ubicación/oficina de estado: _____ Revisión de Gestor de Riesgos: [_____] Fecha: _____



Nombre en imprenta del Asistente

Instrucciones: Completar este formulario y adjuntar los documentos solicitados SOLO si el Asistente proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo. Si el Asistente no proporcionará estos servicios, completar el Formulario de confirmación de que no se proporcionarán servicios de manejo. Por favor, presentar solo uno de estos dos formularios, conforme a su situación.

Para que un Asistente reciba el pago por los servicios que requieran manejar un vehículo, el reglamento del programa exige lo siguiente:

1. Los Servicios de Apoyo deben estar autorizados en el Plan de Atención Individual del Miembro.
2. La licencia de conducir del Asistente y el comprobante del seguro del vehículo manejado deben estar en el expediente de Consumer Direct Care Network («CDCN»). Si estos no se presentan y actualizan según sea necesario, el Asistente no podrá cobrar los servicios de manejo.

Solo se autoriza manejar para los Servicios de Apoyo que se detallen en el plan de atención del Miembro. No se pagará al Asistente por servicios de manejo prestados para asistir a consultas médicas, fuera del estado o durante las vacaciones. Asimismo, el programa no considera el pago de los gastos relacionados con el manejo de un vehículo, como millaje o combustible.

Documentos solicitados

Por favor, adjuntar una fotocopia de los siguientes documentos:

Licencia de conducir del Asistente

Estado: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____

Comprobante del seguro (Se exige el seguro del vehículo utilizado para los servicios que requieran manejar un vehículo. El seguro debe cumplir los requisitos mínimos del estado para la cobertura del seguro de los vehículos).

Fecha de vencimiento: _____ Propietario del vehículo: _____

Reconocimiento

Comprendo que tengo la responsabilidad de mantener informada a CDCN de cualquier cambio o renovación del seguro, y me abstendré de presentar horas de servicios de manejo, a menos que se cumplan los requisitos establecidos más arriba.

Firma del Asistente

Fecha



Nombre en imprenta del Asistente

Instrucciones: Completar este formulario y presentar los adjuntos solicitados SOLO si el Asistente NO proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo. Si el Asistente proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo, completar el Formulario de confirmación de manejo. Por favor, presentar solo uno de estos dos formularios, conforme a su situación.

La normativa del estado exige que se archive una copia de la licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado del Asistente en el expediente, incluso si el Asistente no proporcionará al Miembro servicios que requieran manejar.

Documentos solicitados

Por favor, adjuntar una fotocopia de uno de los siguientes documentos:

☐ **Licencia de conducir del Asistente**

Estado: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____

☐ **Tarjeta de ID del estado del Asistente**

Estado: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____

Reconocimiento

Por la presente, el asistente acepta que no proporcionará servicios de conducción en ningún momento mientras brinde los servicios del programa.

Firma del Asistente

Fecha



Puesto que usted proporciona servicios a un receptor de Medicaid, es importante que sepa qué es el fraude. Los profesionales, los amigos e incluso los familiares pueden cometer fraude. Usted tiene la responsabilidad de reconocer los signos del fraude para poder evitar este problema. El fraude es: «la tergiversación intencional de la verdad a fin de engañar a alguien para que se desprenda de algo de valor o renuncie a un derecho legal».

Consumer Direct Care Network («CDCN») tiene la obligación de denunciar cualquier inconveniente que involucre el fraude contra Medicaid. Cualquier Miembro, Representante Legal o Asistente que participe de los siguientes actos será denunciado ante el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México:

1. Reclamar horas o servicios no prestados en una planilla de registro de horas o en el sistema de Verificación Electrónica de Visitas (*Electronic Visit Verification*, «EVV»).
2. No proporcionar y mantener servicios de calidad tal como se detalla por escrito en el Plan de Atención Individual.
3. Actuar de un modo que se considere abusivo y/o inadecuado conforme al programa de Medicaid.
4. Fingir necesitar servicios que no son necesarios a nivel médico.
5. Alentar a un Miembro a recibir servicios que no son necesarios ni han sido solicitados por el Miembro o el Representante Legal.



Conforme a la ley federal y estatal, CDCN tiene la responsabilidad de identificar, investigar y derivar a las entidades correspondientes los casos de sospecha de fraude o abuso del programa de Medicaid por parte del **Miembro**, el **Asistente** o la **Agencia Proveedora**.

Si usted cree que una persona o agencia (vecino, consultorio médico, prestador de servicios de atención personal, etc.) ha participado de alguna de las acciones enumeradas, debe comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos. (El número se indica a continuación).



El fraude contra Medicaid es un delito contra todos los contribuyentes y es un delito estatal y federal.

Todos los casos de posible fraude contra Medicaid o abuso del programa deben informarse de inmediato a Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México. Los llamados serán confidenciales y anónimos. Para hacer una denuncia, llame o envíe un correo electrónico a la División de Asistencia Médica del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México, al 1-800-228-4802 o a HSD-OIG.Fraud@state.nm.us. Consulte la página de Recursos contra el fraude de nuestro sitio web para obtener más información.

CDCN toma muy en serio el fraude contra Medicaid. CDCN tiene la obligación de denunciar las sospechas de fraude contra Medicaid al estado de Nuevo México. Si se descubre alguna actividad fraudulenta, la compañía la denunciará a las autoridades; y la persona o las personas que cometan el fraude serán procesadas con todo el peso de la ley.

Nombre del Asistente

Firma del Asistente

Fecha



Servicios de atención personal delegados por el consumidor
**AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE LA VACUNA CONTRA LA
HEPATITIS B**

Nombre en imprenta del Asistente

Instrucciones para el Asistente: Por favor, indique si desea declinar o recibir la vacuna contra la hepatitis B marcando el casillero correspondiente a continuación y firmando al final. Consumer Direct Care Network New Mexico («CDCN») le devolverá el formulario con la firma y fecha de autorización, para que pueda aplicarse la vacuna, si así lo desea.

☐ **Declino la vacuna contra la hepatitis B.**

Entiendo que debido a mi exposición ocupacional a la sangre y otros materiales potencialmente infecciosos puedo estar en riesgo de adquirir una infección por el virus de la hepatitis B («HBV» por sus siglas en inglés). Me han dado la oportunidad de recibir una vacuna contra la hepatitis B sin cargo. Sin embargo, decido declinar la vacuna contra la hepatitis B en este momento. Comprendo que al declinar esta vacuna, seguiré en riesgo de adquirir hepatitis B, una enfermedad grave. En el futuro, si sigo teniendo exposición ocupacional a la sangre y otros materiales potencialmente infecciosos y quiero recibir la vacuna contra la hepatitis B, podré recibir el esquema de vacunación sin costo.

☐ **Decido recibir la vacuna contra la hepatitis B.**

Esta autorización es válida hasta la fecha de autorización indicada más abajo. Si no puede utilizar esta autorización para la fecha límite, debe comunicarse con la oficina y solicitar que se vuelva a emitir la autorización.

El empleado nombrado más arriba está autorizado para recibir o completar el esquema de vacunación contra hepatitis B en una clínica local, un consultorio médico u otro proveedor autorizado.

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN CARECERÁ DE VALIDEZ A MENOS QUE ESTÉ FIRMADA POR CDCN MÁS ABAJO.

Instrucciones para el proveedor: Por favor, no considere esta autorización, si se la presenta con posterioridad a la fecha de caducidad que se indica más abajo. Notifique a CDCN de cualquier solicitud realizada con posterioridad a esa fecha.

Por favor, envíe la factura al siguiente domicilio: Consumer Direct Care Network
1120 Pennsylvania Street NE
Albuquerque, NM 87110
Teléfono 866-344-2371

Esta autorización caduca el: ____/____/____

[para que lo complete un representante de CDCN]

Firma del Asistente (Empleado)

Fecha

Firma de CDCN

Fecha

Establecimiento/proveedor autorizado

Firma del proveedor autorizado

Fecha





EXPECTED WEEKLY HOURS - NEW HIRE

CAREGIVER/NURSE (Non-FEA)

Employee Name: _____

Entity: _____

Email Address: _____

-- Office Use Only --

Hire Date: _____

Anticipated Weekly Hours:

How many hours per week do you reasonably expect this employee to work for the foreseeable future?

- ☐ Full-time (30+ hours)
- ☐ Part-time (10-29 hours)
- ☐ Less than 10 hours
- ☐ Variable – unable to make a reasonable determination*

Comments:

CDCN Representative Name: _____

Benefits will be offered to employees on the first of the month following/coinciding with 30 days from their first day worked.

****Employees marked “variable” will not be offered benefits upon hire.***





Nuevas opciones de cobertura en el mercado de seguros médicos y su cobertura médica

Formulario aprobado OMB
N.º 1210-0149 (caduca el
31-12-2026)

PARTE A: Información general

Cuando entren en vigencia las partes clave de la ley de salud en el 2014, habrá una nueva forma de adquirir seguros médicos: a través del mercado de seguros médicos. A fin de ayudarle mientras evalúa las opciones para usted y su familia, este aviso brinda información básica sobre el nuevo mercado y la cobertura médica basada en el empleo que brinda su empleador.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El mercado ofrece opciones de compra en un solo sitio, para buscar y comparar opciones de seguros médicos privados. También es posible que sea elegible para un nuevo tipo de crédito tributario que reduce su prima mensual de inmediato. El periodo de inscripción para la cobertura de seguro médico a través del mercado comienza en octubre del 2013 para la cobertura que comienza el 1.º de enero del 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en las primas del seguro médico que ofrece el mercado?

Es posible que tenga la oportunidad de ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura médica u ofrece una cobertura que no cumple con determinadas normas. Los ahorros en la prima por la cual puede ser elegible dependen de los ingresos de su familia.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en la prima a través del mercado?

Sí. Si su empleador brinda cobertura médica que cumple con determinadas normas, no será elegible para un crédito tributario a través del mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, es posible que sea elegible para un crédito tributario que reduce la prima mensual o para una reducción en la cuota de los costos si su empleador no brinda cobertura o no brinda cobertura que cumple con determinadas normas. Si el costo del plan de su empleador que le brindaría cobertura a usted (y no, a los demás miembros de la familia) supera el 9.5 % del ingreso anual de su familia, o si la cobertura médica que brinda su empleador no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act o ACA, por sus siglas en inglés), es posible que sea elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del mercado en lugar de aceptar la cobertura médica que brinda su empleador, es posible que pierda las contribuciones (si las hay) que el empleador da para la cobertura médica que brinda. Además, las contribuciones del empleador (así como sus las contribuciones como empleado para la cobertura médica que brinda el empleador) a menudo se excluyen del ingreso sujeto impuesto federal y estatal. Los pagos para la cobertura médica a través del mercado se realizan después de impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que brinda el empleador, consulte el resumen de la descripción del Plan o comuníquese con el departamento de recursos humanos

El mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del mercado y sus costos. Visite CuidadoDeSalud.gov para obtener más información, incluida una solicitud en línea de cobertura de seguros médicos e información de contacto para un mercado de seguros médicos en su área.

¹ Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que brinda su empleador

Esta sección incluye información sobre la cobertura médica que brinda su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura médica en el mercado, deberá brindar esta información. Esta información está enumerada de forma tal que coincida con la solicitud del mercado.

3. Nombre del empleador New Mexico Consumer Direct		4. Número de identificación del empleador (EIN, por sus siglas en inglés) 20-1380008	
5. Dirección del empleador 100 Consumer Direct Way		6. Número de teléfono del empleador 844-360-4747	
7. Ciudad Missoula	8. Estado MT	9. Código postal 59808	
10. ¿Con quién podemos comunicarnos en relación con la cobertura médica del empleado en este empleo? Departamento de Recursos Humanos			
11. Número de teléfono (si difiere del que figura arriba)		12. Dirección de correo electrónico InfoBenefits@consumerdirectcare.com	

A continuación, encontrará información básica sobre la cobertura médica que brinda este empleador:

- Como su empleador, ofrecemos un plan de salud para los siguientes:

- ☐ Todos los empleados.
- ☒ Algunos empleados. Los empleados elegibles son los siguientes:

Empleados de estatus regular que trabajan al menos 30 horas por semana.

- En cuanto a los dependientes:

- ☒ Sí ofrecemos cobertura médica. Los dependientes elegibles son los siguientes:

Cónyuge o pareja de hecho, hijo(s) hasta los 26 años

- ☐ No ofrecemos cobertura médica.

- ☒ Si marca esta opción, esta cobertura médica cumple con la norma de valor mínimo. Asimismo, el costo de la cobertura se pretende que sea asequible para usted según los salarios de los empleados.

****** Incluso si el objetivo de su empleador es brindarle cobertura asequible, es posible que sea elegible para obtener un descuento en la prima a través del mercado. El mercado utilizará el ingreso de su grupo familiar, junto con otros factores, para determinar si es elegible para recibir un descuento en la prima. Si, por ejemplo, sus salarios varían de una semana a la otra (tal vez es un empleado por hora o trabaja con comisiones), si fue contratado recientemente a mitad de año o si tiene otras pérdidas de ingreso, aún así es posible que reúna los requisitos para recibir un descuento en la prima.

Si decide adquirir cobertura a través del mercado, visite [CuidadoDeSalud.gov](https://cuidado.desalud.gov) para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo. Aquí encontrará la información del empleador que debe ingresar cuando visita [CuidadoDeSalud.gov](https://cuidado.desalud.gov) para saber si puede obtener un crédito tributario para reducir las primas mensuales.

La siguiente información corresponde a la Herramienta de cobertura del empleador a través del mercado. Los empleadores no tienen la obligación de completar esta sección, pero hacerlo ayudará a garantizar que los empleados entienden sus opciones de cobertura.

13. Actualmente, ¿el empleado es elegible para la cobertura que brinda el empleador o lo será en los próximos 3 meses?

☐ **Sí.** (Continúe).

13a. Si el empleado no es elegible actualmente, incluso como resultado de un período de espera o de prueba, ¿cuándo será elegible para la cobertura? _____ (dd/mm/aaaa). (Continúe).

☐ **No.** (DETÉNGASE y devuelva este formulario al empleado).

14. ¿El empleador brinda un plan de salud que cumple con la norma de valor mínimo*?

☒ **Sí.** (Pase a la pregunta 15).

☐ **No.** (DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado).

15. Para el plan de menor costo que cumple con la norma de valor mínimo* ofrecido **únicamente al empleado** (no incluya los planes familiares): Si el empleador dispone de programas de bienestar, incluya la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para los programas para dejar de fumar y no recibiera ningún otro descuento sobre la base de los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para este plan? \$ 20.03

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☒ Dos veces al mes ☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente
☐ Anualmente

Si el año del plan está por finalizar y usted sabe que los planes de salud ofrecidos sufrirán una modificación, pase a la pregunta 16. Si no lo sabe, DETÉNGASE y devuelva el formulario al empleado.

16. ¿Qué modificación hará el empleador para el nuevo año del plan?

☐ El empleador no brindará cobertura médica.

☐ El empleador comenzará a brindar cobertura médica a los empleados o modificará la prima para el plan de menor costo disponible únicamente para el empleado, que cumple con la norma de valor mínimo*. (La prima debe reflejar el descuento para los programas de bienestar. Vea la pregunta 15).

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en lo que respecta a las primas para dicho plan? \$ _____

b. ¿Con qué frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes
☐ Mensualmente ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Fecha de la modificación (dd/mm/aaaa):

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos (Artículo 36B(c)(2)(C)(ii) del Código Tributario de 1986).



2024 Benefits Summary Caregivers

<u>Benefit</u>	<u>Eligibility Requirements</u>	<u>Enrollment</u>	<u>Important Details</u>
Health Insurance	30+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Free preventative care. In-network co-pays: \$15 doctor visit, \$25 specialist, \$400 emergency room, \$400 outpatient imaging.
TransChoice Advance (Medical Buy Up)	30+ Hours per week and enrolled in company Medical Insurance Plan	First of the month following 30 days of employment	Add to your Medical Plan a hospital/surgical benefit. Pays \$250/day in-hospital and/or surgery payments per calendar year maximums. Note: Minimum participation requirement of 10 enrollees.
Telemedicine by 98point6	30+ Hours per week and enrolled in company Medical Insurance Plan	First of the month following 30 days of employment	App allows you to text directly with a doctor about non-emergency medical issues. Doctors are available 24/7 by text messaging and can prescribe some medications. Prescription and lab fees are at your own expense.
Health Care Flexible Spending Account (FSA)	30+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Employees can defer up to \$3,200 per calendar year in pre-tax dollars to use for eligible medical expenses. Unused funds (up to \$640) are rolled over to the following year's FSA.

Dependent Care Flexible Spending Account (FSA)	10+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Employees can defer up to \$5,000 per calendar year in pre-tax dollars to use for daycare or disabled adult dependent care expenses. Unused funds are forfeited at the end of the year.
Vision Insurance	10+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Plan participants receive a free annual eye exam with in-network providers, and can choose between new lenses or frames with \$20 copay OR free contacts (within allowance). Additional discounts available.
Voluntary Dental Insurance	10+ Hours per week	First month following 30 days of employment	FREE preventative care (cleanings). Additional services subject to \$50 deductible and \$1,000 maximum benefit per year.
Basic Life/AD&D Insurance	10+ Hours per week	Automatic: First of the month following 30 days of employment	In the event of an employee's death, this company paid plan pays their beneficiary a benefit equal to \$10,000. Life and AD&D Benefits reduce to 65% at age 65 and to 45% at age 80.
Voluntary Supplemental Life Insurance	10+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Employees can elect amounts in \$10,000 increments, up to the lesser of \$300,000 or 5 times your annual earnings. Verification may be required in certain circumstances. Life Benefits reduce to 65% at age 65 and to 45% at age 80.
Unum Supplemental Insurances	10+ Hours per week	First of the month following 30 days of employment	Coverages Available: Critical Illness, Accident and Hospital Insurance

Employee Assistance Program (EAP)	No hours requirement	Automatic: All employees and eligible family members	The EAP offers free and confidential counseling and assistance resolving situations that may impact your personal or professional life. Employees are given 3 counseling sessions per issue.
401(k) Retirement Plan	No hours requirement Must be age 18 or older	First of the month following 90 days of employment	Employees can defer pre-tax dollars into the company's 401(k) plan.
Pet Insurance	No hours requirement	No waiting period	MetLife Pet Insurance offers assistance to pay for your pet's medical care, including check-ups, testing, surgery, and hospitalization. Contact MetLife at www.metlife.com/getpetquote or 800-438-6388.

For additional assistance, please contact Health Advocate at answers@healthadvocate.com or by calling 866-695-8622.

Créditos fiscales por oportunidades laborales - Consumer Direct Care Network

Consumer Direct Care Network (CDCN) participa en el programa Work Opportunity Tax Credit (WOTC). ADP administra WOTC en nombre de CDCN. Siga los pasos que se enumeran a continuación para seleccionar el programa WOTC. Apreciamos tu cooperación.

Instrucciones del solicitante

- Abra <https://tcs.adp.com/consumerdirectcare> o escanee el código QR a continuación.
** Nota: Si usa un dispositivo de detección compartido, asegúrese de que el dispositivo no tenga habilitada una función de autocompletar / autocompletar
- Responda cada pregunta para completar la evaluación voluntaria.
- A los solicitantes elegibles se les **pedirá que firmen electrónicamente** y hagan clic en Enviar para completar la selección.
- A los solicitantes no elegibles se les pedirá que hagan clic en Enviar para finalizar la selección. No se le pedirá que firme electrónicamente.

***ADP se comunicará con las nuevas contrataciones elegibles para WOTC por correo electrónico o mensaje de texto para solicitar un comprobante de edad o documentación de dirección, cuando sea necesario.**

** Si no puede realizar la pantalla a través del enlace web, comuníquese con ADP al 1-800-237-3279 (1-800 - ADP - EASY) disponible de 6 am a 11 pm ET, los 7 días de la semana e ingrese el código de la compañía que se muestra a continuación para pantalla de Créditos fiscales. **CÓDIGO IVR: 410849**



La información proporcionada en este documento es solo para fines informativos y no para brindar asesoramiento legal, contable o fiscal. La información y los servicios que proporciona ADP no deben considerarse un sustituto del asesoramiento de dicho profesional. Dicha información está sujeta por naturaleza a revisión y puede no ser la información más actualizada disponible. ADP, el logotipo de ADP y las marcas comerciales Always Designing for People de ADP, Inc. Copyright © 2020 ADP, Inc. adp.com

