

**Wisconsin Medicaid**  
**Children's Long-Term Support (CLTS) Waiver Program**  
**Acuerdo del proveedor y reconocimiento de los términos de participación**

Acuerdo estándar o reconocimiento para proveedores de servicios de exención basados en el hogar y la comunidad (apoyo a largo plazo para niños)

Mediante la firma de su representante autorizado a continuación, el proveedor identificado a continuación acepta y reconoce las condiciones de participación y los términos de reembolso establecidos en el presente acuerdo:

Nota: El nombre del proveedor utilizado a continuación **debe** coincidir exactamente con el nombre utilizado en **todos** los demás documentos de Medicaid.

La participación del proveedor en Medicaid de Wisconsin está sujeta a los siguientes términos y condiciones:

- 1. Cumplimiento federal:** De conformidad con 42 C.F.R. § 431.107 de las regulaciones federales de Medicaid, el proveedor acepta lo siguiente:
  - a. Conservar los registros necesarios para revelar el alcance de los servicios prestados a los participantes del CLTS Waiver Program durante un **período de diez años** y para conservar los registros y documentos de acuerdo con los términos previstos por el Wis. Admin. Code chs. DHS 101-108, excepto por el período de retención especificado en el Wis. Admin. Code DHS § 106.02(9)(e)2.
  - b. Si se solicita, proporcionar al Department of Health Services (DHS) de Wisconsin, al Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services (HHS) o a la State Medicaid Fraud Control Unit (MFCU) cualquier información mantenida bajo el párrafo a. de esta sección y cualquier información sobre los pagos reclamados por el proveedor por la prestación de servicios bajo el Medicaid de Wisconsin, incluidos los servicios de exención basados en el hogar y la comunidad.
  - c. Enviar todos los datos requeridos al DHS, incluido su identificador nacional de proveedor (NPI), si corresponde. Enviar actualizaciones de información, según sea necesario, para garantizar que los datos precisos estén en los archivos del DHS.
  - d. Cumplir con los requisitos de divulgación en 42 C.F.R. Part 455, Subpart B, que incluye todos los requisitos de divulgación desde 455.100 hasta 455.106.
    - i. A los efectos de este acuerdo, la persona con un interés de propiedad o control significa una persona o corporación que:
      - a. Tiene una participación en la propiedad por un total del 5 por ciento o más en una entidad divulgadora.
      - b. Tiene una participación indirecta en la propiedad igual al 5 por ciento o más en una entidad divulgadora.
      - c. Tiene una combinación de intereses de propiedad directos e indirectos iguales al 5 por ciento o más en una entidad divulgadora.
      - d. Posee un interés del 5 por ciento o más en cualquier hipoteca, escritura, fideicomiso u otra obligación garantizada por el proveedor si ese interés equivale al menos al 5 por ciento del valor de la propiedad o los activos de la entidad divulgadora.
      - e. Es un funcionario o director de una entidad divulgadora que está organizada como una corporación.
      - f. Es un socio en una entidad divulgadora que está organizada como una sociedad.
    - ii. El proveedor deberá proporcionar al DHS:

- a. El nombre y la dirección de cualquier persona (individuo o corporación) con un interés de propiedad o control en la entidad divulgadora. La dirección de las entidades corporativas debe incluir, según corresponda, la dirección comercial principal, todas las ubicaciones comerciales y cualquier dirección de apartado postal.
  - b. Fecha de nacimiento y número de seguro social (SSN) (en el caso de un individuo).
  - c. Otro número de identificación fiscal (en el caso de una corporación) con un interés de propiedad o control en la entidad divulgadora o en cualquier subcontratista en el que la entidad divulgadora tenga una participación del 5 por ciento o más.
  - d. Si la persona (individuo o corporación) con un interés de propiedad o control en la entidad divulgadora está relacionada con otra persona con interés de propiedad o control en la entidad divulgadora como cónyuge, padre, hijo o hermano; o si la persona (individuo o corporación) con un interés de propiedad o control en cualquier subcontratista en el que la entidad divulgadora tenga un interés del 5 por ciento o más está relacionada con otra persona con interés de propiedad o control en la entidad divulgadora como cónyuge, padre, hijo o hermano.
  - e. El nombre de cualquier otra entidad divulgadora en la que el propietario de la entidad divulgadora tenga un interés de propiedad o control.
  - f. El nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el número de seguro social de cualquier empleado administrativo de la entidad divulgadora.
  - g. Un proveedor debe presentar, dentro de los 35 días posteriores a la fecha de una solicitud del HHS o DHS, información completa y exhaustiva sobre:
    1. La propiedad de cualquier subcontratista con el que el proveedor haya tenido transacciones comerciales por un total de más de \$25,000 durante el período de 12 meses que finaliza en la fecha de la solicitud.
    2. Cualquier transacción comercial significativa entre el proveedor y cualquier proveedor de propiedad absoluta, o entre el proveedor y cualquier subcontratista, durante el período de cinco años que finaliza en la fecha de la solicitud.
  - h. El proveedor debe revelar al DHS la entidad de cualquier persona que:
    1. Tiene interés de propiedad o control en el proveedor o es un agente o empleado gerente del proveedor.
    2. Ha sido condenado por un delito penal relacionado con la participación de esa persona en cualquier programa bajo Medicare, Medicaid o el programa de servicios del Título XIX desde el inicio de esos programas.
- iii. La divulgación, según lo requerido en este acuerdo, de cualquier proveedor o entidad divulgadora vence en cualquiera de los siguientes momentos:
- a. Una vez que el proveedor o la entidad divulgadora presente la solicitud del proveedor.
  - b. Una vez que el proveedor o la entidad divulgadora ejecute este acuerdo.
  - c. A solicitud del DHS durante el proceso de revalidación de inscripción bajo 42 C.F.R. § 455.414.
  - d. Dentro de los 35 días posteriores a cualquier cambio en la propiedad de la entidad divulgadora.
- 2. Medicaid de Wisconsin:** La participación del proveedor en Medicaid de Wisconsin, incluidos los servicios de exención en el hogar y en la comunidad, está sujeta a los siguientes términos y condiciones:
- a. **Leyes, normas, reglamentos y políticas.** El proveedor se compromete a cumplir con las leyes, reglas, regulaciones y políticas federales y estatales, relacionadas con la prestación de servicios de exención en el hogar y en la comunidad bajo el Programa Medicaid de Wisconsin. Esto incluye, pero no se limita a, las verificaciones de antecedentes del cuidador, los derechos de un participante de

exención otorgados bajo la ley federal y estatal, las comunicaciones de política publicadas por el DHS y los estándares para el servicio específico del CLTS Waiver Program que el proveedor brindará según se define en el Manual de exención de servicios en el hogar y la comunidad (HCBS) de Medicaid para el CLTS Waiver Program, P-02256 ([Medicaid Home and Community-Based Services \(HCBS\) Waiver Manual for the CLTS Waiver Program P-02256](#)).

- b. **No se requieren conocimientos reales.** El proveedor acepta cumplir con todos los términos, condiciones y restricciones aplicables que rigen la participación del proveedor en el Medicaid de Wisconsin, incluido el CLTS Waiver Program, independientemente de si el proveedor tiene conocimiento real de esos términos, condiciones y restricciones.
  - c. **Presentación de reclamos.** El proveedor se compromete a cumplir con todos los requisitos de presentación de reclamos definidos por el DHS, incluidas las metodologías de presentación electrónicas y basadas en la web que requieren la entrada de códigos de acceso seguros y discretos, pero no las firmas escritas del proveedor. El proveedor tiene la responsabilidad exclusiva de mantener la privacidad y la seguridad de cualquier código de acceso utilizado para enviar información al DHS. Cualquier persona que envíe información al DHS utilizando el código de acceso del proveedor lo hace en nombre del proveedor, independientemente de si el proveedor dio permiso para usar el código de acceso, reveló el código de acceso a la persona o tenía conocimiento de que la persona conocía el código de acceso o lo usó para enviar información al DHS.
  - d. **Confidencialidad.** El proveedor está sujeto a las leyes federales y estatales aplicables en materia de confidencialidad y divulgación de registros médicos u otra información médica, incluidas las disposiciones de Simplificación Administrativa de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, HIPAA) para todos los servicios, información, transacciones (incluidas las transacciones electrónicas), privacidad y normas de seguridad.
  - e. **Reembolso.** El proveedor es responsable de reembolsar al DHS cualquier sobrepago basado en cualquier información presentada por el proveedor o por cualquier tercero en nombre del proveedor o NPI o utilizando el código de acceso del proveedor, con o sin el conocimiento o consentimiento del proveedor, independientemente de la forma en que se envió la información.
  - f. **Sanciones.** El proveedor está sujeto a las sanciones que pueden ser impuestas por el DHS en virtud del Wis. Stat. § 49.45(2)(a)13 y el Wis. Admin. Code § DHS 106.08 basada en la información presentada por el proveedor o por cualquier tercero en nombre del proveedor o NPI o utilizando el código de acceso del proveedor, con o sin el conocimiento o consentimiento del proveedor, independientemente de la forma en que se envió la información.
- 3. Políticas escritas para los empleados:** Una entidad que reciba o realice pagos bajo un plan estatal de Medicaid o cualquier exención de dicho plan por un total de al menos \$5,000,000 anualmente deberá establecer políticas escritas para todos los empleados y los contratistas de acuerdo con 42 U.S.C. §1396a(68).
- 4. Cumplimiento de los derechos civiles:** El proveedor acepta todo lo siguiente:
- a. De conformidad con las disposiciones de la Section 1557 of the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (42 U.S.C. § 18116), el Title VI of the Civil Rights Act of 1964 (42 U.S.C. § 2000d et seq.) (42 U.S.C. § 2000d et seq.), la Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973 (29 U.S.C. § 701 et seq.), la Age Discrimination Act of 1975 (42 U.S.C. § 6101 et seq.), y los reglamentos que implementan estas Leyes, que se encuentran en 45 C.F.R. Partes 80, 84, 91 y 92, el proveedor no excluirá, negará beneficios ni discriminará a ninguna persona por motivos de sexo, raza, color, nacionalidad, discapacidad o edad en la admisión, participación en, en ayuda o recepción de servicios y beneficios bajo cualquiera de sus programas y actividades, y en las asignaciones de personal y empleados a los pacientes, ya sea que el proveedor las lleve a cabo directamente o a través de un subcontratista o cualquier otra entidad con la que el proveedor acuerde llevar a cabo sus programas y actividades.

- b. El proveedor cumplirá con todos los procedimientos de garantía, notificación, quejas y otros requisitos de las regulaciones federales antes mencionadas que se encuentran en 45 C.F.R. Partes 80, 84, 91 y 92.
- c. El proveedor garantizará un acceso significativo a las personas con dominio limitado del inglés (LEP, por sus siglas en inglés) sin costo alguno para las personas LEP, de conformidad con 42 U.S.C. § 2000d, et seq., y 42 U.S.C. § 18116, y 45 C.F.R. Partes 80 y 92.
- d. El proveedor se asegurará de que sus comunicaciones con las personas con discapacidades sean tan efectivas como sus comunicaciones con otras personas en sus programas y actividades de salud, incluidas sus comunicaciones electrónicas y de tecnología de la información, y proporcionará ayudas y servicios auxiliares adecuados, de conformidad con el Title II of the Americans with Disabilities Act (42 U.S.C. § 12131 et seq.) y 42 U.S.C. § 18116, y sus respectivos reglamentos de aplicación que se encuentran en 28 C.F.R. Parte 35 y 45 C.F.R. Parte 92.
- e. El proveedor se compromete a cooperar con el DHS en cualquier investigación, supervisión o aplicación de quejas relacionadas con el cumplimiento de los derechos civiles del proveedor o sus subcontratistas.

**5. Términos de reembolso:** El reembolso del proveedor por servicios y artículos proporcionados correctamente bajo el Medicaid de Wisconsin, incluido el CLTS Waiver Program, se rige por este acuerdo y los términos de reembolso que ahora están en vigor en comunicación directa a los proveedores por parte del DHS, [CLTS Program Benefit Code Crosswalk P-02283](#), y [CLTS Statewide Uniform Rate Schedule P-02184](#), o según se modifique posteriormente. Todas las reclamaciones están sujetas a auditoría y recuperación posteriores al pago si la reclamación o la transacción subyacente no cumple con las leyes y las regulaciones aplicables, el [Medicaid Home and Community-Based Services \(HCBS\) Waiver Manual for the CLTS Waiver Program P-02256](#), o comunicación directa del DHS. Los términos de reembolso incluyen, pero no se limitan a:

- a. El proveedor se compromete a proporcionar solo los artículos o los servicios autorizados por la agencia de exención del condado.
- b. El proveedor se compromete a aceptar el pago emitido por el DHS como pago en su totalidad por los artículos o los servicios proporcionados.
- c. El proveedor se compromete a no hacer reclamaciones o cargos adicionales por los artículos o los servicios proporcionados.

**6. Inspecciones en el sitio:** El proveedor debe permitir que los Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS, DHS o sus agentes o contratistas designados realicen inspecciones en el sitio sin previo aviso de todas y cada una de las ubicaciones de los proveedores por 42 C.F.R. § 455.432.

**7. Presentación de reclamos:** El proveedor entiende y acepta que cada vez que el proveedor firma y presenta un reclamo, ya sea electrónicamente o de otra manera, el proveedor certifica que:

- a. El reclamo cumple con todas las leyes y las regulaciones federales y estatales de Medicaid, incluidas, entre otras, el [Medicaid Home and Community-Based Services \(HCBS\) Waiver Manual for the CLTS Waiver Program P-02256](#), la comunicación directa del DHS, y otras orientaciones del programa.
- b. La afirmación es veraz, precisa y completa y contiene servicios y artículos que se han proporcionado o se ha hecho que se proporcionen de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables de Medicaid.
- c. El proveedor no ha ofrecido, pagado ni recibido ninguna remuneración ilegal o cualquier otra cosa de valor a cambio de referir a un individuo a una persona para la prestación de cualquier servicio o artículo, o para organizar la prestación de cualquier servicio o artículo por el cual se pueda realizar un pago en su totalidad o en parte bajo Asistencia Médica en violación de 42 U.S.C. § 1320a-7b, Wis. Stat. § 946.91(3), o cualquier otro estatuto federal o estatal contra el soborno.
- d. El proveedor no ha incurrido ni cometido fraude ni abuso. "Fraude" incluye cualquier acto que constituya fraude según la ley federal o estatal aplicable.

- e. El pago de las reclamaciones será de fondos federales y estatales, o ambos; que el cumplimiento de los requisitos anteriores es una condición previa al pago y está condicionada al cumplimiento de todas las leyes, regulaciones estatales y federales de Medicaid, el [Medicaid Home and Community-Based Services \(HCBS\) Waiver Manual for the CLTS Waiver Program P-02256](#), comunicación directa del DHS, y todas las demás directrices del programa, y por lo tanto, no se realizará ningún pago por servicios que infrinjan dichos requisitos; cualquier reclamación presentada o causada por la presentación o cualquier declaración hecha o utilizada en violación de los requisitos anteriores constituye una reclamación falsa o fraudulenta a efectos de responsabilidad en virtud de 31 U.S.C. § 3729 y/o Wis. Stats. § 49.485 y 49.49; y que cualquier reclamo falso o declaración de ocultamiento o falta de divulgación de un hecho material puede ser procesado bajo la ley federal y/o estatal aplicable.
- 8. Reclamaciones falsas:** Cualquier acto u omisión por parte del personal del proveedor o de cualquier entidad que actúe en nombre del proveedor se considerará como del proveedor, incluidos los actos y/u omisiones que infrinjan los estatutos federales o estatales penales y civiles de reclamaciones falsas.
- 9. Extrapolación para determinar el sobrepago:** La extrapolación bajo el Wis. Admin. Code § DHS 105.01(3)(f) puede usarse como método para calcular el monto adeudado por el proveedor al Medicaid de Wisconsin cuando se ha determinado, como resultado de una investigación o auditoría realizada por el DHS, la unidad de control de fraudes contra Medicaid del Department of Justice (DOJ), HHS, la Federal Bureau of Investigation, o un agente autorizado de cualquiera de estas entidades, sobre la base de una muestra de afirmaciones, de que al proveedor se le pagó de más.
- 10. Estado inactivo:** El hecho de que el proveedor no presente reclamaciones de pago durante más de un período de 12 meses consecutivos puede resultar en que el proveedor pase al estado inactivo. Un proveedor no es elegible para el reembolso por los servicios prestados mientras está en estado inactivo. Un proveedor colocado en estado inactivo debe volver a presentar una solicitud a Medicaid de Wisconsin para reactivar su estado.
- 11. Licencia:** El proveedor certifica que el proveedor y cada persona empleada por él con el fin de proporcionar servicios poseen todas las licencias, registros, certificaciones o derechos similares y cumplen con otros requisitos especificados en el estatuto, reglamento, regla o autoridad del programa federal o estatal para la prestación del servicio.
- 12. Terminación voluntaria:** El proveedor puede terminar su certificación para participar en el Medicaid de Wisconsin según lo dispuesto en el Wis. Admin. Code § DHS 106.05.
- 13. Terminación involuntaria:** DHS puede terminar o suspender la certificación del proveedor bajo este acuerdo según lo dispuesto en el Wis. Admin. Code § DHS 106.06.
- 14. Duración:** A menos que se rescinda antes, este acuerdo permanecerá en pleno vigor y efecto durante un máximo de cuatro años. Este acuerdo no se extenderá más allá de la fecha de vencimiento de los requisitos de reinscripción de cuatro años. El DHS emitirá una notificación cuando venza el requisito de reinscripción de cuatro años.
- 15. Declaración de hecho material:** El proveedor reconoce que cualquier declaración hecha en este acuerdo, o en el proceso de solicitud del proveedor, constituye una declaración o representación de un hecho material hecho o causado por el proveedor a sabiendas y voluntariamente para un beneficio o pago, o para su uso en la determinación de los derechos a dicho beneficio o pago. Según los Wis. Stat. § 49.49 (1d) y (4m), si tales declaraciones o representaciones son falsas, el proveedor puede estar sujeto a sanciones penales o de otro tipo.
- 16. Atestados:** El proveedor reconoce y da fe del cumplimiento de todas las declaraciones a continuación.
- El proveedor tiene documentación para respaldar todas las declaraciones realizadas dentro de esta solicitud y acepta proporcionar al DHS dicha documentación cuando se le solicite.
  - Si un participante experimenta una emergencia médica mientras está en presencia del proveedor, el proveedor llamará al 911 para acceder a los servicios de emergencia y esperará con el participante

hasta que los socorristas estén en el lugar, hayan evaluado la situación y se hayan hecho cargo del participante si es necesario.

- c. El proveedor cuenta con políticas y procedimientos para la contratación que incluyen la revisión de los resultados del DOJ de Wisconsin y el formulario de divulgación de información de antecedentes (Background Information Disclosure, BID), F-82064. Las políticas y los procedimientos del proveedor incluyen medidas que el proveedor tomará en función de los resultados de la verificación de antecedentes, de conformidad con el Wis. Stat. § 50.065(2)(bb), (br), y el Wis. Admin. Code § DHS 12.06.
- d. El proveedor completa las verificaciones de antecedentes penales y de cuidadores del DOJ de Wisconsin a su expensas para todas las personas que brindarán atención a los participantes, ya sea un empleado o contratista de una entidad o un propietario único, antes de que la(s) persona(s) brinde(n) servicios directos a un participante y como mínimo cada cuatro (4) años a partir de entonces o en cualquier momento en que la organización o agencia tenga una razón para creer que se debe realizar una nueva verificación.
- e. De conformidad con el Wis. Admin. Code ch. DHS 12, antes de proporcionar servicios que resulten en un contacto directo con los participantes, el proveedor verifica a todas las personas que brindarán atención a los participantes, ya sea un empleado o contratista de una entidad o un propietario único que no aparezca en la lista de personas excluidas en el Registro de Mala Conducta del DHS Wisconsin. El proveedor eliminará a cualquier empleado que se encuentre en el Registro de mala conducta de cualquier trabajo relacionado con cualquier programa de atención médica estatal o federal. Se puede acceder al Registro de mala conducta de Wisconsin en: <https://wi.tmuniverse.com/search>.
- f. El proveedor entiende que el DOJ de los EE. UU. puede imponer sanciones monetarias civiles a cualquier persona que contrate a una persona o entidad excluida. El proveedor se compromete a consultar la base de datos en línea de la Lista de personas o entidades excluidas de la Office of Inspector General (OIG) del HHS (Base de datos de exclusiones) para ver todas las nuevas contrataciones y al menos trimestralmente para los empleados existentes para asegurarse de que ningún empleado excluido trabaje en ninguna capacidad relacionada con ningún programa de atención médica estatal o federal. El proveedor eliminará a cualquier empleado que se encuentre en la Base de datos de exclusiones de la OIG de cualquier trabajo relacionado con cualquier programa de atención médica estatal o federal. La OIG mantiene una base de datos en línea en: <https://exclusions.oig.hhs.gov/>.
- g. Según corresponda, el proveedor deberá tener una política por escrito y capacitar a su personal para informar de inmediato todas las acusaciones de mala conducta, incluido el abuso y la negligencia de un participante o la apropiación indebida de la propiedad de un participante.
- h. El proveedor requerirá, a través de una política y procedimientos escritos, que las personas, ya sea un empleado o contratista de una entidad o un propietario único, informen las condenas o investigaciones penales a su supervisor inmediato lo antes posible, pero a más tardar el siguiente día hábil según el Wis. Admin. Code § DHS 12.07(1).
- i. De conformidad con el Wis. Admin. Code DHS § 12.10, el proveedor conservará en sus archivos personales los siguientes documentos relacionados con todas las personas que brindan atención directa a los participantes: formulario de divulgación de información de antecedentes (BID) pertinente, F-82064, y los resultados de búsqueda del DOJ de Wisconsin, DHS y el Department of Safety and Professional Services de Wisconsin, así como registros de fuera del estado, procedimientos judiciales tribales y registros militares, de acuerdo con las búsquedas requeridas en el Wis. Stat. § 50.065(2) y el Wis. Admin. Code § DHS 12.08. El proveedor pondrá estos documentos a disposición del DHS si los solicita.
- j. El proveedor se asegura de que el personal pueda realizar las habilidades requeridas en la descripción de su puesto antes del desempeño inicial.



- k. El proveedor garantiza y documenta las calificaciones de cada miembro del personal, incluida la preparación académica y la experiencia relevante, la verificación de la licencia actual, las certificaciones y/o los registros para ejercer en Wisconsin que son aplicables o requeridos por las funciones del miembro del personal. Previa solicitud, el proveedor proporcionará cualquier documentación aplicable al DHS.
- l. El proveedor mantiene un plan de capacitación para cada miembro del personal que brinda o brindará atención directa a los participantes y tiene un mecanismo para garantizar que se haya completado toda la capacitación necesaria antes de realizar el trabajo y que se documente la finalización de todas las capacitaciones.
- m. El proveedor mantendrá la documentación de que el personal recibe capacitación anual sobre cumplimiento, fraude, despilfarro y abuso.
- n. El proveedor se asegura de que el personal esté capacitado sobre los requisitos de registro y presentación de informes del DHS para la documentación, el informe de incidentes críticos, y otra información y procedimientos necesarios para que el personal garantice la salud y la seguridad de los participantes que reciben apoyo. Los requisitos aplicables están documentados en el [Medicaid Home and Community-Based Services \(HCBS\) Waiver Manual for the CLTS Waiver Program P-02256](#).
- o. El proveedor se asegura de que el personal esté capacitado sobre las necesidades del participante al que atienden.
- p. El proveedor se asegura de que el personal esté capacitado sobre la prestación del tipo de servicio que se brinda.
- q. Según corresponda, el proveedor se asegura de que el personal haya sido capacitado o vaya a ser capacitado sobre las necesidades, fortalezas y preferencias de las personas que reciben servicios, antes de brindar atención directa.
- r. El proveedor se asegura de que todo el personal esté capacitado sobre los derechos y las disposiciones de privacidad aplicables a los proveedores y participantes en Wisconsin, incluidas las disposiciones de derechos y privacidad garantizadas por HIPAA, Wis. Stat. cap. 146, y el [Medicaid Home and Community-Based Services \(HCBS\) Waiver Manual for the CLTS Waiver Program P-02256](#).

Mediante la firma, el proveedor o representante autorizado jura o afirma bajo pena de perjurio que la información proporcionada en este acuerdo es verdadera y precisa. Mediante la firma, el proveedor certifica que ha leído el Manual de exención de Medicaid para el CLTS Waiver Program, P-02256 y todas las regulaciones.

**Nombre del proveedor (Nombre legal que aparece en el W-9):**

\_\_\_\_\_

NPI (si corresponde): \_\_\_\_\_

Identificación de proveedor asignado por Medicaid (Cuando se le asigne):

\_\_\_\_\_

**Dirección** (Esta sería la dirección física del consultorio del proveedor).

Línea de dirección 1: \_\_\_\_\_

Línea de dirección 2: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal + 4: \_\_\_\_\_

<b>Firma:</b> Proveedor o representante autorizado	Fecha de la firma
--	-------------------

Título

**For DMS Use Only (Do not write below this line.)**

<b>Signature</b> 	<b>Date</b> 2/10/25
---	------------------------

**Nota: Las siete páginas de este acuerdo deben devolverse juntas.**