

September 16, 2021

PCA Name
Address
City, State, Zip Code

TO: PCAs of Consumers Transferring from Stavros or Northeast Arc

FROM: Fiscal Intermediary Department

RE: FI Transfer Packages

Welcome to the Tempus Unlimited, Inc. Fiscal Intermediary (FI) program. You are receiving this packet based upon information provided by your Consumer/Employer's FI that you are becoming a PCA. Enclosed are the forms you will need to sign and return to ensure timely payment of wages in 2021. The following is a list of the forms and a brief description of their use:

PCA Signature Form: PCA Signature Form is used to verify the PCA understands the requirements of the PCA Program and to identify the PCA's relationship to the Consumer.

Generic Direct Deposit Application: PCA authorizes Tempus to direct Deposit funds into their checking or savings account using the account information used by their current FI.

Please return completed forms via:

- Fax: 1-800-359-2884
- Mail: 600 Technology Center Drive, Stoughton, MA 02072

Please complete and return these forms no later than October 8, 2021.

If you have any questions, please contact Tempus Unlimited, Inc. at Toll-Free at 1-877-479-7577 Monday through Friday between the hours of 7:30AM and 4:30PM. One of our Consumer Relations Specialists will be happy to assist you.



September 16, 2021

PARA: PCA de consumidores transfiriendo desde el FI de Stavros o del FI de Northeast Arc

DE: El Departamento del Intermediario Fiscal

ASUNTO: Paquetes de transferido del Intermediario Fiscal (FI)

Bienvenido al programa de intermediario fiscal (FI por sus siglas en inglés) de Tempus Unlimited, Inc. Usted está recibiendo este paquete basado en la información proporcionada por el FI de su consumidor / empleador que indica que usted está trabajando como atendiente del cuidado personal (PCA por sus siglas en inglés). Adjunto se encuentran los formularios que usted deberá firmar y devolvernos para garantizar el pago oportuno de los salarios en 2022. A continuación se incluye una lista de los formularios incluidos y una breve descripción de su uso:

Ayudante de atención individual formulario para la firma: El Ayudante de atención individual formulario para la firma se utiliza para verificar que el PCA comprende los requisitos del Programa de PCA y para identificar la relación del PCA al consumidor.

Solicitud de depósito directo genérica: El PCA autoriza a Tempus a depositar fondos directamente en su cuenta corriente o de ahorros utilizando la información de la cuenta utilizada por su FI actual.

Por favor envíe los formularios completados a través de:

- Fax: 1-800-359-2884
- Correo: 600 Technology Center Drive, Stoughton, MA 02072

Favor de completar y devolver estos formularios no más tardar del 8 de Octubre, 2021.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Tempus Unlimited, Inc. al número gratuito 1-877-479-7577 de lunes a viernes entre las 7:30 a.m. y las 4:30 p.m. Uno de nuestros especialistas en relaciones con el consumidor estará encantado de ayudarle.

Personal Care Attendant Signature Form

MassHealth

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
Executive Office of Health and Human Services

FI:
FI Consumer No:
Consumer:
PCA Unique ID:
PCA:

Name of fiscal intermediary (FI) Tempus Unlimited, Inc.

- All PCAs hired by a PCA consumer must fill out and sign this form and give it to their employer (the PCA consumer).
- The PCA's employer (the PCA consumer) must submit this form to the FI, along with all other paperwork required by the FI and MassHealth.
- The FI cannot pay a PCA until all required paperwork is received and complete.
- MassHealth and the FI cannot pay a PCA to work
 - when the PCA consumer is in an inpatient facility, such as a hospital or nursing facility; or
 - when the amount of time that has been authorized by MassHealth has been exhausted or is insufficient.
- The PCA must read the rest of this form and sign below before receiving payment from the FI.

I agree to accept the position of personal care attendant (PCA) for Consumer Name
(name of PCA consumer).

I understand that my employer is the PCA consumer. My employer is responsible for hiring, training and scheduling PCAs. My employer may select another person (a surrogate) to help manage his or her PCA services. I must notify my employer and the surrogate (if any), of any changes in my circumstances that would affect my ability to perform my duties as a PCA. I must complete and provide accurate Activity Forms (time sheets) to my employer or the FI as soon as I can. The FI will process payroll for my employer. My employer is responsible for giving the check to me (unless I requested that my check be deposited directly into my bank account). I must provide proof of my identity to my employer to complete the Employment Eligibility Verification form (Form I-9), which the Department of Homeland Security requires all employees to complete. (The FI will give my employer this form.)

I understand that the MassHealth PCA program pays for personal care services provided by a PCA only when the PCA provides physical assistance with activities of daily living (ADLs) or instrumental activities of daily living (IADLs) to an eligible PCA consumer who has obtained prior authorization from MassHealth for PCA services. PCA services must be provided in accordance with the PCA consumer's authorized PCA evaluation or reevaluation, service agreement, and MassHealth regulations at 130 CMR 422.410.

I understand that ADLs include physically assisting the PCA consumer with transferring, walking, using medical equipment, taking medications, bathing and grooming, dressing and undressing, passive range of motion exercises, eating and toileting. I understand that IADLs include household services that are essential to the PCA consumer's care, such as laundry, shopping, housekeeping, meal preparation and cleanup, transportation to medical appointments, activities such as maintenance of wheelchairs or other medical equipment, completing the paperwork required for receiving personal care services, and other activities approved by MassHealth as being instrumental to the health care needs of the PCA consumer.

I understand that my employer (the PCA consumer) will tell me which of these services require me to provide physical assistance.

I understand that I cannot be paid as a PCA if I am a spouse, parent (if the PCA consumer is a minor child), surrogate, foster parent, or legally responsible relative of the PCA consumer.

The following describes my relationship to my employer (the PCA consumer). (Please check one.)

- | | | |
|---|---|--|
| ☒ adult child (18 yrs. or older) of member | ☒ daughter-in-law of member | ☒ son-in-law of member |
| ☒ parent of adult (18 yrs. or older) member | ☒ other relative (describe) | ☒ nonrelative (describe) |

I certify under pains and penalties of perjury that the information on this signature form, and any accompanying statement that I have provided, has been reviewed and signed by me, and is true, accurate, and complete to the best of my knowledge. I also certify that I understand my duties, rights, and responsibilities as a PCA and that all the information I have provided to my employer (the PCA consumer), to the fiscal intermediary, to the personal care management agency, or to MassHealth is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that I may be subject to civil penalties or criminal prosecution for any falsification, omission, or concealment of any material fact contained herein.

Print PCA Name PCA Name Date

PCA signature

5178139611

Ayudante de atención individual

Formulario para la firma

FI:
FI Consumer No:
Consumer:
PCA Unique ID:
PCA:

MassHealth

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
Executive Office of Health and Human Services

Nombre del intermediario fiscal (FI, por sus siglas en inglés): **Tempus Unlimited, Inc.**

- Todos los Ayudantes de atención individual (PCA, por sus siglas en inglés) contratados por un usuario de PCA deberán llenar y firmar este formulario y entregárselo a su empleador (el usuario de PCA).
- El empleador de PCA (el usuario de PCA) deberá enviarle este formulario al intermediario fiscal, junto con toda la documentación adicional que exijan el intermediario y MassHealth.
- El FI no podrá realizarle pagos a un PCA hasta que se haya recibido toda la documentación requerida y esta esté completa.
- MassHealth y el FI no podrán pagarle a un PCA por trabajar:
 - cuando el usuario de PCA esté internado en un hospital o centro de enfermería; o
 - cuando la cantidad de tiempo que MassHealth haya autorizado se haya agotado o no sea suficiente.
- El PCA deberá leer el resto de este formulario y firmar en el espacio siguiente antes de recibir pagos del FI.

Estoy de acuerdo en aceptar el puesto de ayudante de atención individual (PCA, por sus siglas en inglés) para
Consumer Name _____ (nombre del usuario de PCA).

Entiendo que mi empleador es el usuario de PCA. Mi empleador está a cargo de contratar, dirigir, capacitar y elaborar los horarios de los PCA. Mi empleador puede escoger a otra persona (un sustituto) que le ayude a manejar los servicios de PCA. Debo notificarles a mi empleador y al sustituto (si lo hubiera) cualquier cambio en mi situación que afecte mi capacidad para desempeñar mis labores de PCA. Debo llenar y entregarle a mi empleador o al sustituto Formularios de actividad (planillas de control de horas exactas tan pronto como pueda. El FI procesará los pagos que deba realizarme mi empleador. Mi empleador tendrá la responsabilidad de entregarme un cheque (a menos que yo haya solicitado que mi cheque se deposite directamente en mi cuenta bancaria). Tendré que proporcionar a mi empleador prueba de mi identidad para llenar el Formulario de verificación de cumplimiento de los requisitos de empleo (Formulario 0), que el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security) requiere a todos los empleados. (El FI entregará al empleador este formulario.)

Entiendo que el programa PCA de MassHealth solamente paga por los servicios de atención individual que preste un PCA cuando éste proporcione asistencia física para realizar actividades de la vida diaria (ADLs, por sus siglas en inglés) o actividades instrumentales de la vida diaria (IADLs, por sus siglas en inglés) a un usuario de PCA elegible que haya obtenido autorización previa de MassHealth para recibir servicios de PCA. Los servicios de PCA deberán prestarse de conformidad con la autorización o reevaluación autorizada del usuario de PCA, con el contrato de servicios y las regulaciones de MassHealth en 130 CMR 422.410.

Entiendo que las ADLs comprenden asistir físicamente al usuario con las actividades cotidianas comprende ayudarlo a trasladarse, a caminar, a utilizar aparatos médicos, a tomar medicamentos, a bañarse, arreglarse, a vestirse y desvestirse, a realizar ejercicios pasivos para mejorar la amplitud de movimientos, a comer y a ir al baño. Entiendo que las IADLs comprenden servicios domésticos esenciales para la atención del usuario, tales como lavar la ropa, hacer las compras, mantener la casa ordenada, preparar las comidas y recoger los platos, llevarlo a citas médicas, realizar el mantenimiento de sillas de ruedas y equipos médicos, llenar los documentos requeridos para recibir los servicios de atención individual y otras actividades que MassHealth haya aprobado por ser instrumentales para satisfacer las necesidades relativas al cuidado de la salud del usuario de PCA. Entiendo que mi empleador (el usuario de PCA) me informará en cuáles de estos servicios se requiere que yo le preste asistencia física.

Entiendo que no me podrán pagar como un PCA si soy el cónyuge, el padre/la madre (si el usuario de PCA es un hijo menor de edad), el sustituto, el padre/la madre de crianza o el pariente legalmente responsable del usuario de PCA.

La siguiente es mi relación con mi empleador (el usuario de PCA). (Por favor marque una opción.)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Hijo adulto (de 18 años o más) del afiliado | ☐ Nuera del afiliado | ☐ Yerno del afiliado |
| ☐ Padre/madre del afiliado adulto (18 años o más) | ☐ Otro pariente (describa) | ☐ No soy pariente (describa) |

Certifico bajo los castigos y penas de perjurio que la información que contiene este formulario para la firma y toda declaración adjunta que yo haya suministrado, han sido revisadas y firmadas por mí y son verdaderas, exactas y completas a mi mejor entender. También certifico que entiendo mis deberes, derechos y responsabilidades como PCA y que toda la información que he proporcionado a mi empleador (el usuario de PCA), al intermediario fiscal, a la agencia de administración de atención individual o a MassHealth es verdadera y exacta a mi mejor entender. Entiendo que yo podría ser objeto de sanciones de carácter civil o de denuncia penal por cualquier falsificación, omisión u ocultación de cualquier hecho fundamental incluido en este documento.

Nombre del PCA en imprenta: **PCA Name** _____ Firma del PCA y fecha: _____

Firma del PCA: _____

5178139611



FI:
FI Consumer No:
Consumer:
PCA Unique ID:
PCA:

DIRECT DEPOSIT APPLICATION

PCA'S Name: PCA Name PCA Phone Number:

Consumer #: Cons# Consumer Name: Consumer Name

I hereby authorize Tempus Unlimited, Inc. (hereinafter "Company") to deposit any amounts owed to me by initiating credit entries to my account at the financial institution (hereinafter "Bank") on record with your current Fiscal Intermediary. Further, I authorize the Bank to accept and to credit any credit entries indicated by the Company to my account. In the event that the Company deposits funds erroneously into my account, I authorize the Company to debit my account for an amount not to exceed the original amount of the erroneous credit. This authorization is to remain in full force and effect until the Company and the Bank have received written notice from me of its termination in such time and in such manner as to afford the Company and the Bank reasonable opportunity to act on it.

PCA Signature: Date:

Aplicación Para Depósito Directo

Nombre del PCA: PCA Name **Número telefónico del PCA:** _____

del Consumidor: Cons# **Nombre del Consumidor:** Consumer Name

Por la presente le autorizo a Tempus Unlimited (en Adelante “empresa”) el derecho de depositar cualquier cantidad que sea debida a mi iniciando entradas de crédito a mi cuenta en una institución financiera (en adelante “banco”) en expediente con su Intermediario fiscal actual. Además, autorizo al banco aceptar y acreditar cualquier entrada de crédito indicada por la compañía a mi cuenta. En el evento que la compañía deposite fondos a mi cuenta erróneamente, autorizo a la compañía a debitar mi cuenta por una cantidad que no exceda la cantidad original del crédito erróneo. Estas autorizaciones de permanecer en fuerza complete y en efecto hasta que la compañía y el banco haya recibido un aviso por escrito de mi parte sobre su terminación en tal tiempo y de tal manera que le provea oportunidad a la compañía y al banco tiempo reasonable para poder actuar con lo pedido.

Firma del PCA: _____ **Fecha:** _____

This information is important. It should be translated right away.

Esta información es importante y debe ser traducida inmediatamente.

(Spanish)

Esta informação é importante. Deverá ser traduzida imediatamente.

(Brazilian Portuguese)

此處的資訊十分重要，應立即翻譯。

(Chinese)

Enfòmasyon sa enpòtan. Yo fèt pou tradwi li tou swit.

(Haitian Creole)

Những tin tức này thật quan trọng. Tin tức này cần phải thông dịch liền.

(Vietnamese)

Эта информация очень важна. Ее нужно перевести немедленно.

(Russian)

هذه المعلومات هامة. يجب ترجمتها فوراً.

(Arabic)

នេះគឺជាព័ត៌មានសំខាន់ៗ វាគួរតែបានបកប្រែឱ្យបានឆាប់ៗ

(Cambodian)

Cette information est importante. Prière de la traduire immédiatement.

(French)

Questa informazione è importante. Si preghi di tradurla immediatamente.

(Italian)

이 정보는 중요합니다. 이는 즉시 번역해야 합니다.

(Korean)

Αυτή η πληροφορία είναι σημαντική και πρέπει να μεταφραστεί άμεσα.

(Greek)

To jest ważna informacja. Powinna zostać niezwłocznie przetłumaczona.

(Polish)

यह जानकारी महत्वपूर्ण है। इसका अनुवाद भलीभाँतकिया जाना चाहिए।

(Hindi)

આ માહિતી મહત્વની છે. તેનું તરત જ અનુવાદ થવું જોઈએ.

(Gujarati)

ຂໍ້ມູນນີ້ເປັນສິ່ງສໍາຄັນ. ມັນຄວນຈະໄດ້ຮັບການແປເປັນພາສາອື່ນ.

(Lao)