

CONFIGURACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS EN EL HOGAR NO PROFESIONAL DEL ILSP
(ILSP NON-PROFESSIONAL IN-HOME SERVICE PROVIDER SET-UP)

INSTRUCCIONES: Completar este formulario es un requisito del programa ILSP. Tanto el proveedor de servicios en el hogar no profesional como el participante deben firmar y fechar la parte inferior de este formulario para que se considere completo. Un proveedor de servicios en el hogar no profesional no puede comenzar a trabajar para un participante del programa antes de la fecha de inicio del ILSP incluida en la carta de autorización.

La información de este formulario se compartirá con el Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin y sus agentes para la administración y evaluación del programa ILSP.

Los formularios completados deben enviarse al fiscal agent (agente fiscal) del ILSP.

SECCIÓN I: DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS EN EL HOGAR NO PROFESIONAL (deben completarse todos los campos)

Nombre del proveedor de servicios en el hogar no profesional (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Género ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento
¿Ya está registrado en ILSP y tiene un número de identificación? ☐ Sí ☐ No			
Si la respuesta es afirmativa, indique el número de identificación:			
Dirección postal	Ciudad	Número de teléfono	
Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico (si dispone)	

SECCIÓN II: DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PARTICIPANTE (deben completarse todos los campos)

Nombre del participante (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento	Identificación del ILSP
Dirección postal	Ciudad	Número de teléfono	
Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico (si dispone)	

Al firmar a continuación, acepto (aceptamos) que la información en este formulario es precisa. Ambos firmantes acuerdan presentar facturas por el trabajo realizado únicamente dentro de los horarios autorizados. Ambas partes entienden que el pago de horas extras no está autorizado en el programa ILSP. Sin aprobación previa, se rechazará el pago del exceso de horas reclamado que no esté contemplado por la autorización. Ambos firmantes también reconocen que no se pagarán las horas trabajadas antes de la fecha indicada en la carta de autorización.

FIRMA del proveedor de servicios en el hogar no profesional	Fecha de la firma
FIRMA del participante/tutor/POA	Fecha de la firma