Wisconsin CARES Act Provider Payment Program – Documento de Ayuda

Crear y Entregar una Solicitud

(última revisión: 9/1/20)

Este documento de ayuda es continuamente actualizado y será puesto al día según sea necesario. Consulte la página CARES Act Provider Payment Program para obtener la versión más reciente.

Este documento se refiere a "Fase 1" y "Fase 2". Son las mismas como "ronda 1" y " ronda 2" que se describieron en otra parte.

Audiencia

Proveedores

Propósito

Este documento describirá cómo crear y entregar una solicitud para Wisconsin CARES Act Provider Payment Program (Programa de Pago del Proveedor del Acta de CARES). Usted tendrá la opción de copiar su solicitud de Fase 1, si es aplicable y de proveer información puesta al día, o empezar una solicitud nueva de Fase 2.

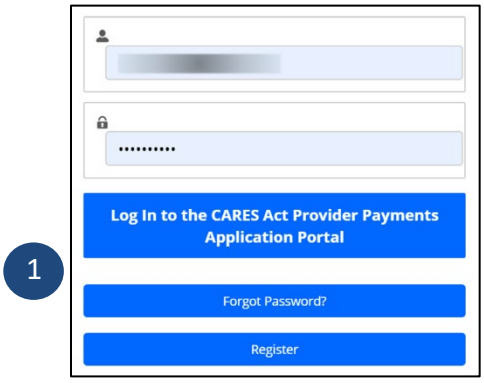
Las instrucciones empiezan en la página 2.

Help Document: Create and Submit an Application

Instrucciones:

Cómo acceder la solicitud

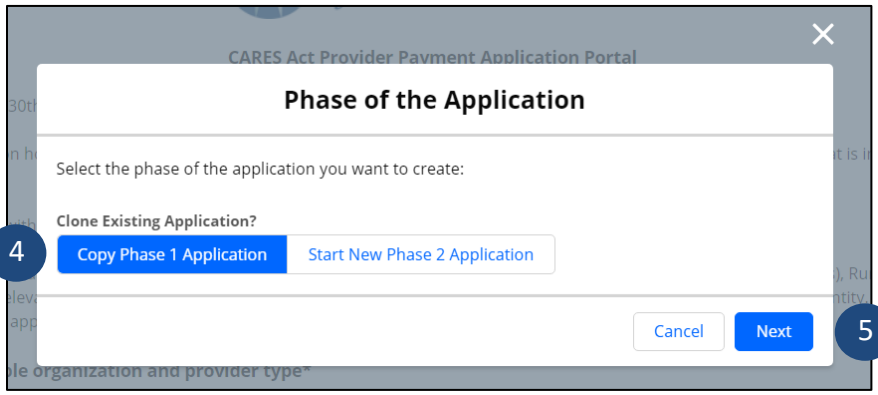
1. Entre en su cuenta. Nota: Por favor refiérase al Documento de Ayuda –**Cómo Crear una Cuenta** para las instrucciones sobre cómo crear una cuenta nueva y el Documento de Ayuda – **Cómo Entrar en el CARES Act Provider Payment Application Portal** para entrar si usted ya tiene una cuenta. El browser requerido es Google Chrome™. Microsoft® Edge, Mozilla® Firefox®, y Apple® Safari® los cuales todos están compatibles.



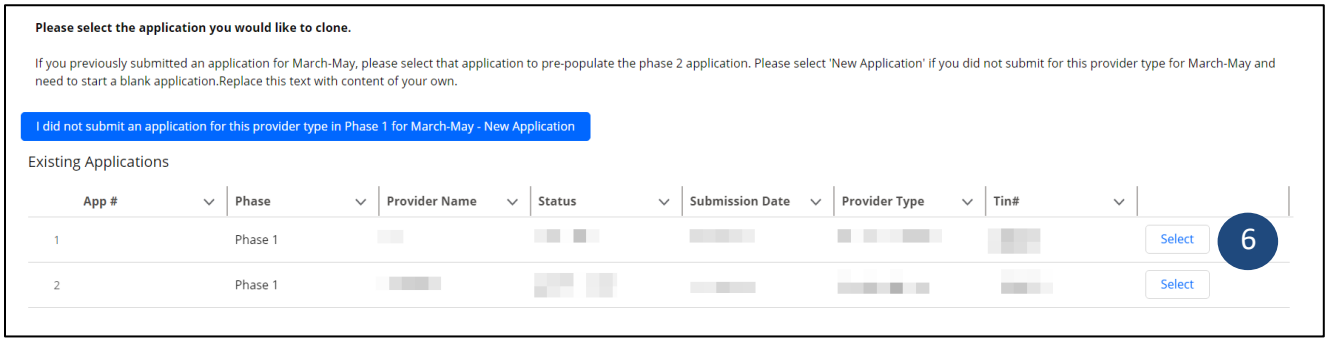
2. Vaya a la página inicio de cuenta haciendo clic en el botón del hogar ( ) arriba en la esquina izquierda.
3. Haga clic en el botón **Submit New Application** (Entregar una solicitud nueva).

Help Document: Create and Submit an Application

4. Aparecerá una ventana. Usted tendrá la opción de copiar su Solicitud de Fase 1, si entregó una en junio, o de empezar una Solicitud de Fase 2 nueva. Si ésta es la primera vez que usted entrega un CARES Act Provider Payment Application, sólo podrá escoger **Start New Phase 2 Application** (Empezar nueva solicitud de Fase 2). De otra manera, escoja **Copy Phase 1 Application** (Copiar solicitud de Fase 1). Nota: Si no entregó una solicitud de fase 1 y ha creado una cuenta nueva, solamente verá el botón de Start New Phase 2 Application.
5. Haga clic en el botón **Next** (Siguiente) para continuar.

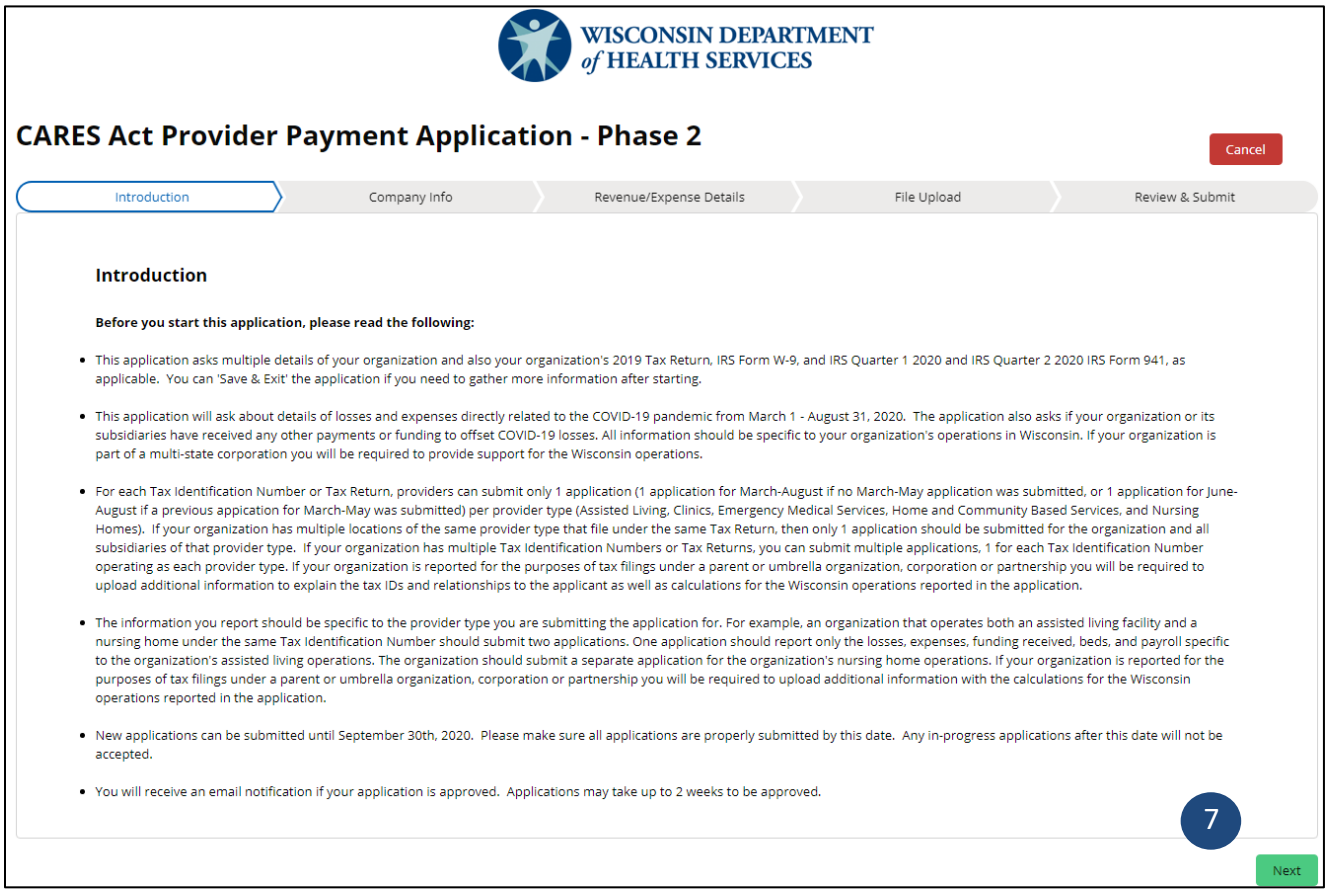


6. *Si está empezando una solicitud de fase 2 nueva, continúe en el Paso 7. De otra manera, estará copiando y agregando su solicitud de Fase 1. Haga clic en la solicitud existente que le gustaría copiar para agregar sus pérdidas/gastos para los meses de junio a agosto 2020 haciendo clic en el botón* ***Select*** *(Seleccione) a lado de la solicitud. Nota: Si escogió Copy Phase 1 Application, ciertos campos a través de la solicitud estarán pre-populados con base a la información provista en la solicitud de Fase 1.*



Help Document: Create and Submit an Application

7. En la primera pestaña de la solicitud, revise las instrucciones. Haga clic en el botón **Next** (Siguiente) para continuar.

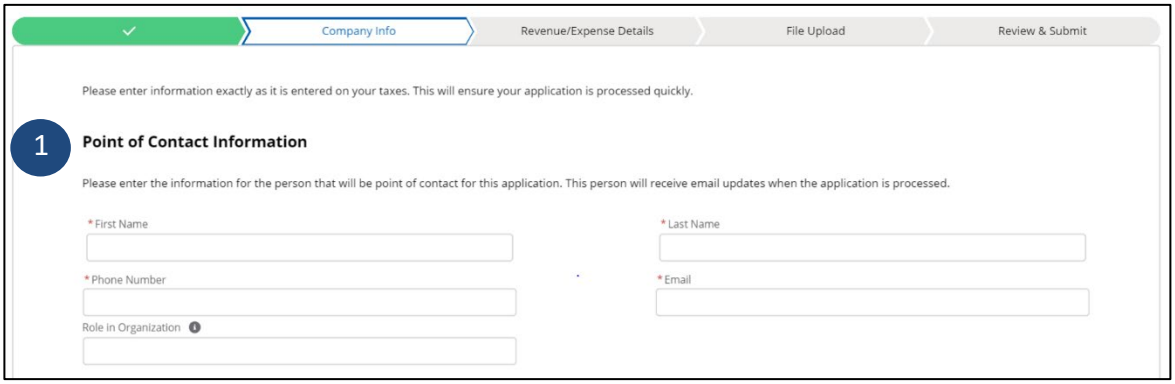


Help Document: Create and Submit an Application

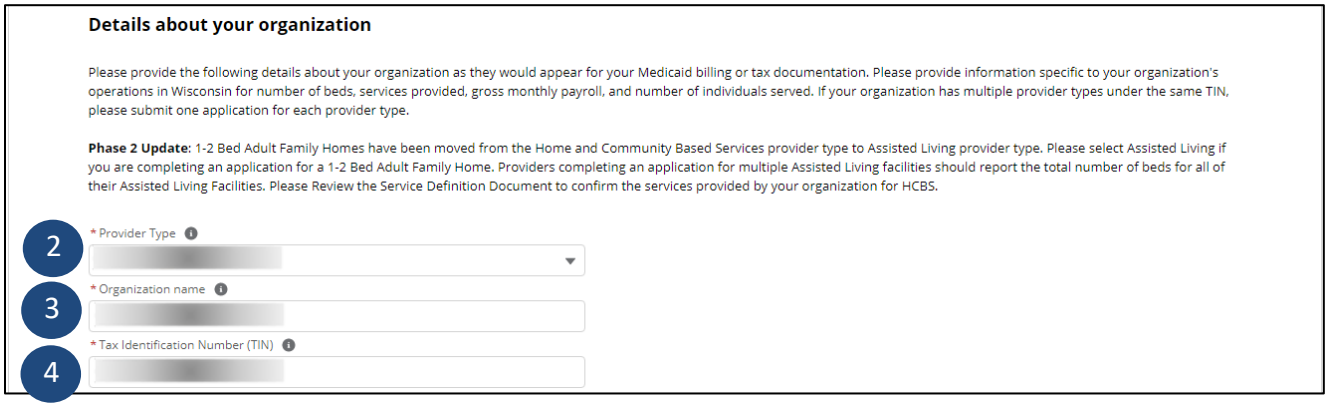
Información de la Compañía

En esta pestaña de la solicitud, escriba la información de su compañía, exactamente como está escrita en sus impuestos. Los campos con un asterisco rojo [*] son requeridos. Nota: Ponga el cursor sobre el ⓘ *para una guía adicional al campo. Si copió su solicitud de Fase 1, cierta información en esta pestaña estará llena de datos. Sin embargo, usted puede poner al día los campos si es necesario.*

1. Escriba el **First Name** (Nombre) y **Last Name** (Apellido) del Punto de Contacto principal que puede ser contactado con respecto a la solicitud. **Phone Number** (Número de teléfono) debe escribirse en este formato XXX-XXX-XXXX y la dirección de **email** en el formato de name@domain.com. También escriba su **Role in Organization** (Rol en la Organización).

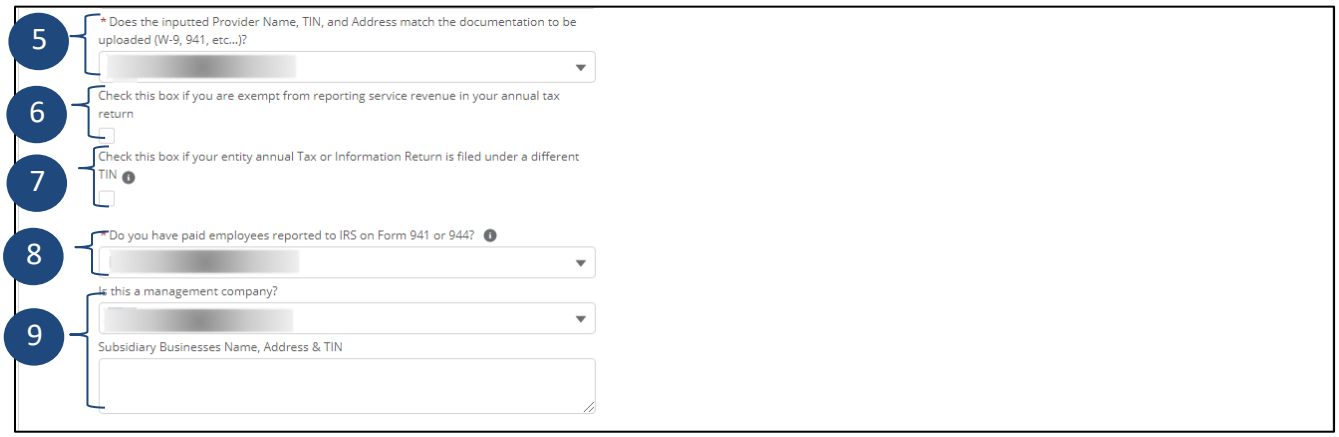


2. Usando el menú desplegable, seleccione el **Provider Type** (Tipo de proveedor) de su organización. Ponga el cursor sobre ⓘ for para una guía adicional sobre los diferentes tipos de proveedores. Nota: los hogares familiares para adultos de 1-2 camas deben seleccionar Assisted Living como su **Provider Type.** *Aparecerán campos adicionales dependiendo del tipo de proveedor seleccionado.*
3. Escriba el **Organization name** (Nombre de la organización). Este es el nombre de la instalación/entidad para la cual está solicitando fondos. Asegúrese de escribir esto exactamente como aparece en los documentos de los impuestos.
4. Escriba el **Tax Identification Number** (TIN) (Número de identificación impuestos) sin los guiones. Nota: este campo tiene un límite de 10 caracteres. Los solicitantes podrían escribir ya sea su Número de Identificación de Empleador Federal (FEIN) o número de Seguro Social (SSN) según corresponda.



Help Document: Create and Submit an Application

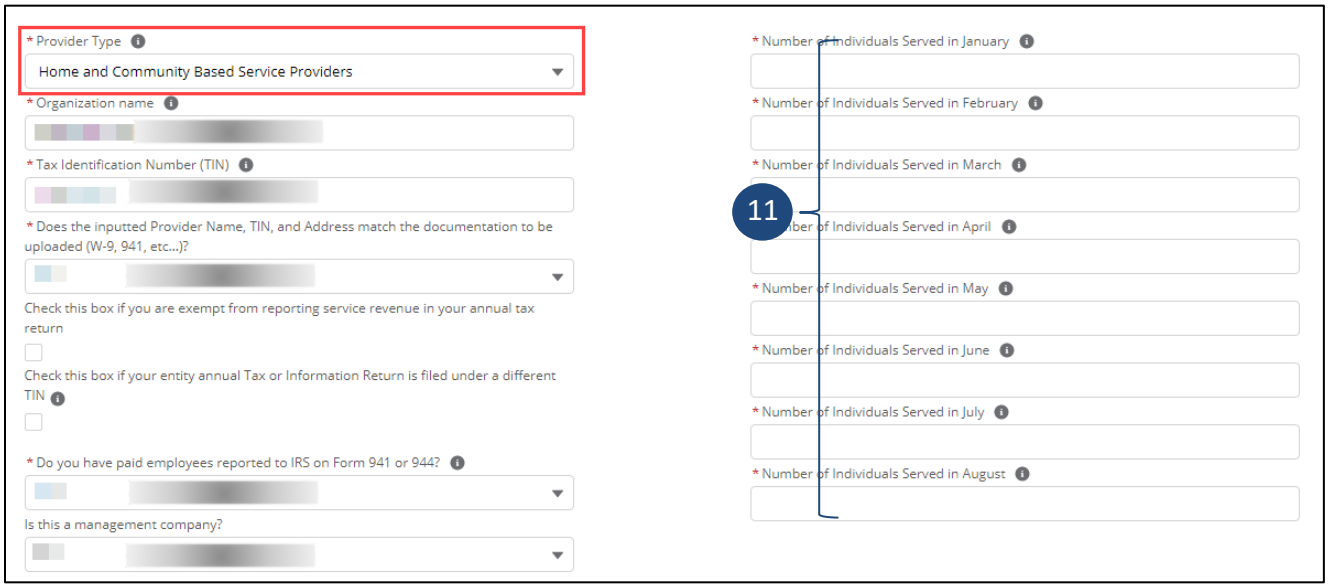
5. Usando el menú desplegable, seleccione si sus documentos empatan el Tipo de Proveedor, TIN, y la dirección. Si escoge **No**, un campo aparecerá a continuación. Use el campo para dar una explicación sobre por qué la información provista y los documentos no empatan.
6. Si su organización está exenta de reportar ingresos de servicio en su declaración anual (tales como algunas facilidades de vivienda ocupadas por el dueño), marque la caja.
7. Si su Declaración de Impuestos o Información anual es declarada bajo un TIN diferente, marque la caja.
8. Usando el menú desplegable, indique si tiene empleados pagados reportados al IRS en el Formulario 941 ó 944. Si escoge Sí, aparecerán campos adicionales relacionados con Gross Monthly Payroll (Nómina mensual bruta). En esos campos, escriba el Gross Monthy Payroll de su organización para las operaciones de Wisconsin para cada mes de enero a agosto 2020 bajo el ID de Impuestos y tipo de proveedor por el cual está entregando esta solicitud. Los propietarios únicos deben dar su ingreso neto para los meses especificados.
9. Usando el menú desplegable, indique si está reportando como una management company (compañía de administración). Si escoge (Sí), un campo adicional aparecerá pidiéndole que escriba Subsidiary Businesses Name, Address & TIN. Por favor escribe todas las sucursales de esa compañía de administración.



Help Document: Create and Submit an Application

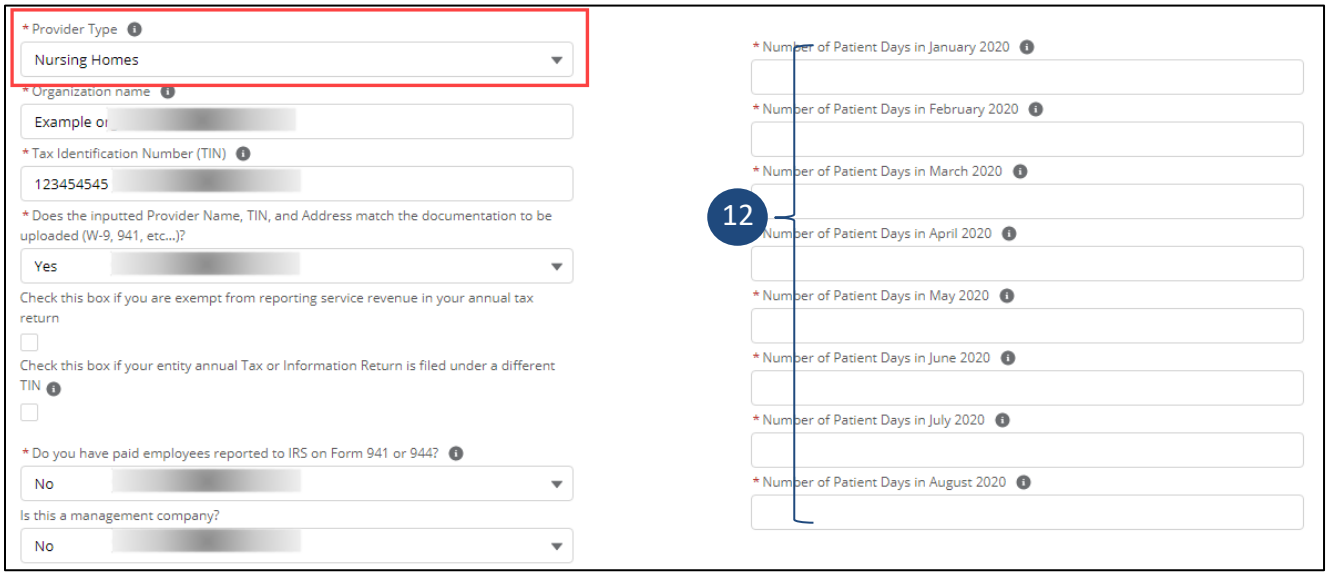
10. Si están disponibles, complete los campos adicionales: **Medicare Number** (Número de Medicare), **STAR Supplier ID** (Identificación de Proveedor STAR), **National Provider Identifier** (NPI) (Identificador Nacional de Proveedor), **Medicaid ID** (Identificación de Medicaid), y **Counties of Operation** (Condados de operación). Nota: Se requiere DQA State License Number para los tipos de proveedores – Assisted Living Facilities y Nursing Homes. No tienen licencia de DQA los hogares de familia de adultos de 1-2 camas y no se les requiere que entreguen un DQA State License Numbere.

11. Si escogió como el tipo de proveedor a **Home and Community Based Service Providers** O **Assisted Living Facilities,** campos adicionales aparecerán en la solicitud. Escriba el **Number of Individuals Served Served** (Número de personas servidas) por su organización cada mes de enero a agosto 2020 en el campo provisto. Continúe en el paso 13.

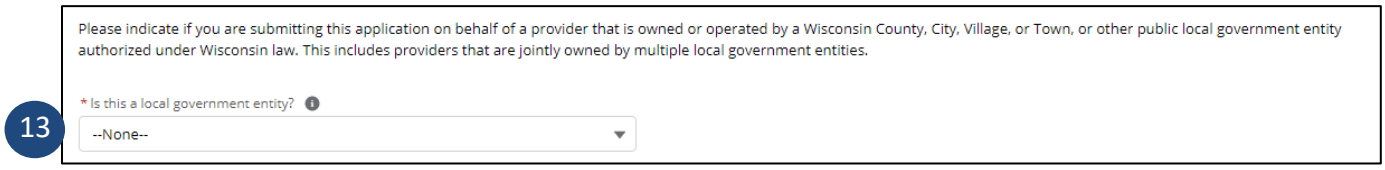


Help Document: Create and Submit an Application

12. Si escogió **Nursing Homes** como el tipo de proveedor, campos adicionales aparecerán en la solicitud. Escriba **el Number of Patient Days** (Número de días pacientes) cada mes de enero a agosto 2019 y de enero a agosto 2020. Continúe en el paso 13. .

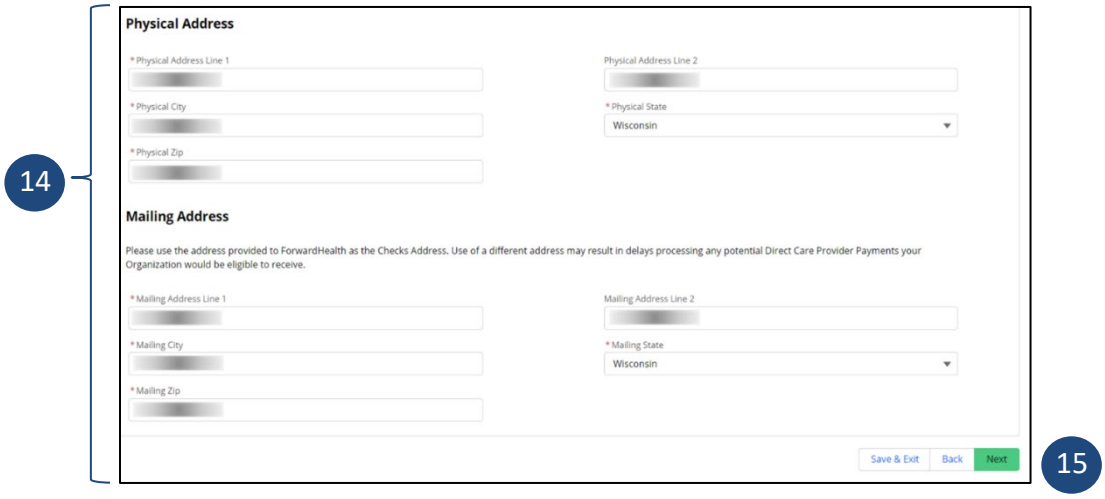


13. Indique si está entregando esta solicitud en nombre de un proveedor que pertenece o es operado por una entidad de Condado, Ciudad Villa o Pueblo de Wisconsin u otra entidad de un gobierno local público autorizado bajo la Ley de Wisconsin. Esto incluye proveedores que pertenecen a múltiples entidades del gobierno local.

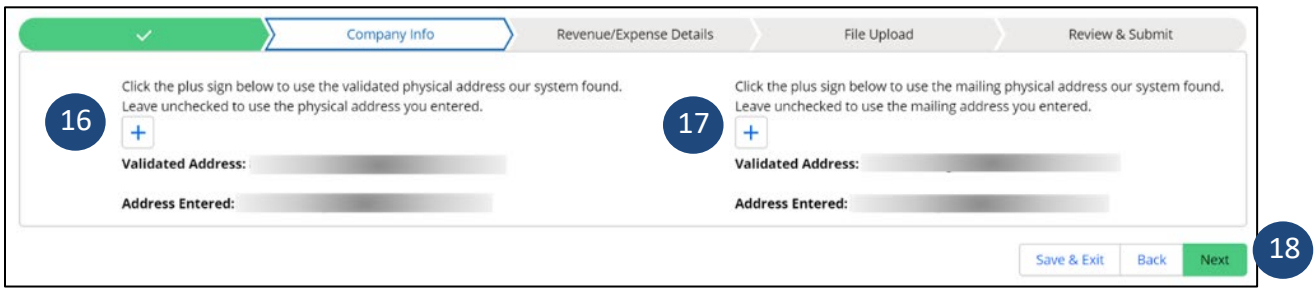


14. Baje y complete la **Physical Address** (Dirección física) y **Mailing Address** (Dirección de correo).
15. Haga clic en **Next** (Siguiente). *Nota: Cualquier error en esta página prevendrá que usted pueda continuar con esta solicitud.*

Help Document: Create and Submit an Application



16. Haga clic en **plus sign** (signo afirmativo) para usar la dirección física validada o déjela sin marcar para usar la dirección física que usted escribió.
17. Haga clic en **plus sign** (signo afirmativo) para usar la dirección de correo validada o déjela sin marcar para usar la dirección de correo que usted escribió.
18. Haga clic en **Next** (Siguiente).

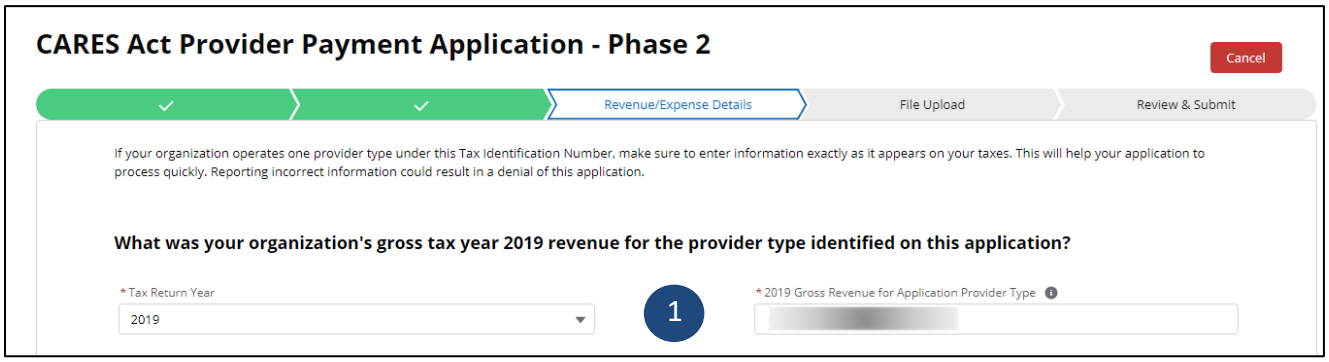


Help Document: Create and Submit an Application

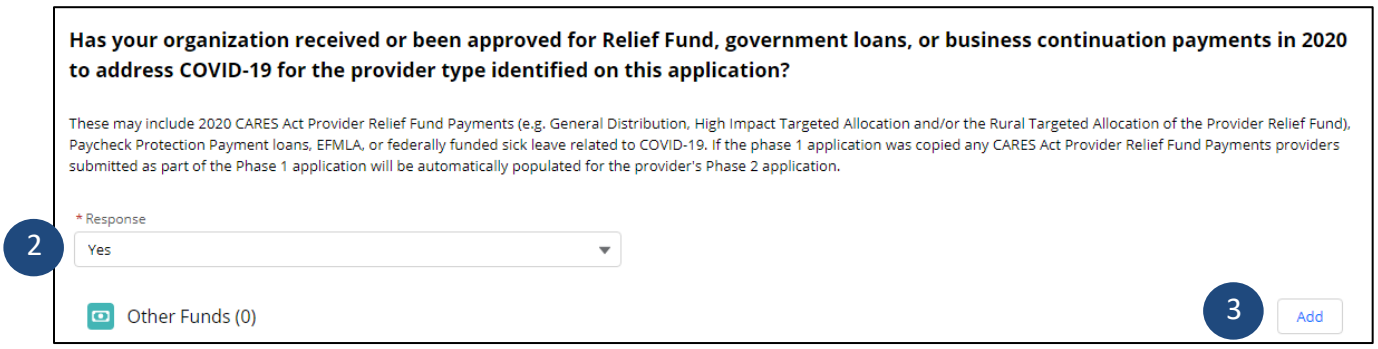
Detalles de Ingresos /Gastos

En esta pestaña de la solicitud, escribirá los ingresos perdidos y gastos de su organización relacionados con COVID-19. Nota: si copió su Solicitud de Fase 1, cualquier gasto/pérdida que reportó previamente será pre-populada, y no podrá de escribir gastos/pérdidas adicionales de marzo-mayo

1. Escriba **el ingreso bruto de Wisconsin de su organización para el año 2019** para el tipo de proveedor identificado en esta solicitud, tal como aparece en sus documentos de impuestos.

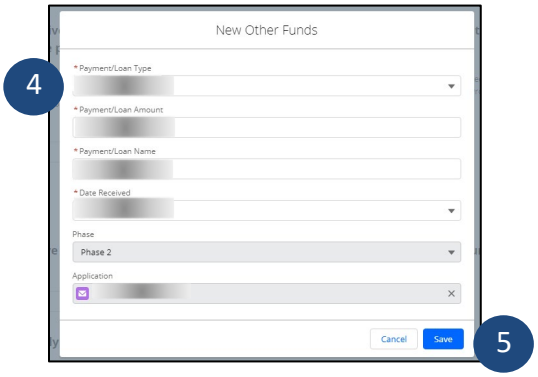


2. Si su organización ha recibido cualquier otro pago de CARES Act Provider Relief Fund Payments, escoja Sí. Si no es así, escoja No y siga en el paso 6.
3. Si escoge Sí, haga clic en el botón **Add** (Agregar) para agregar información sobre los fondos que usted recibió.

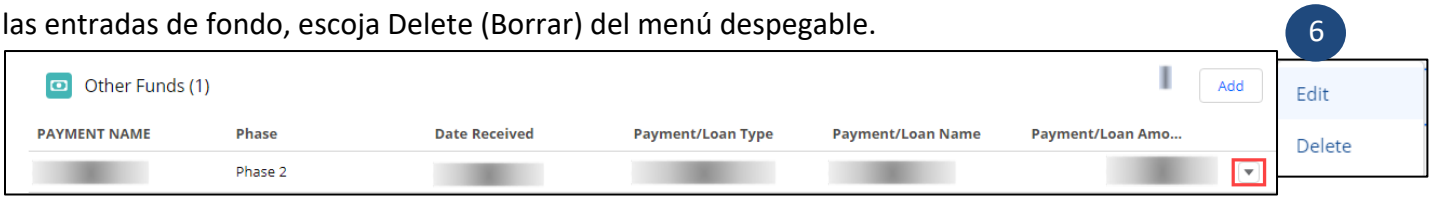


4. Aparecerá una pantalla. Complete todos los campos relacionados con los otros fondos recibidos. *Nota: Si usted entregó una solicitud de la Fase 1, no podrá agregar fondos recibidos durante la Fase 1.*
5. Haga clic en el botón Save (Guardar). Nota: Puede agregar múltiples otros fondos haciendo clic en Add (Agregar) después de guardar cada entrada de gastos

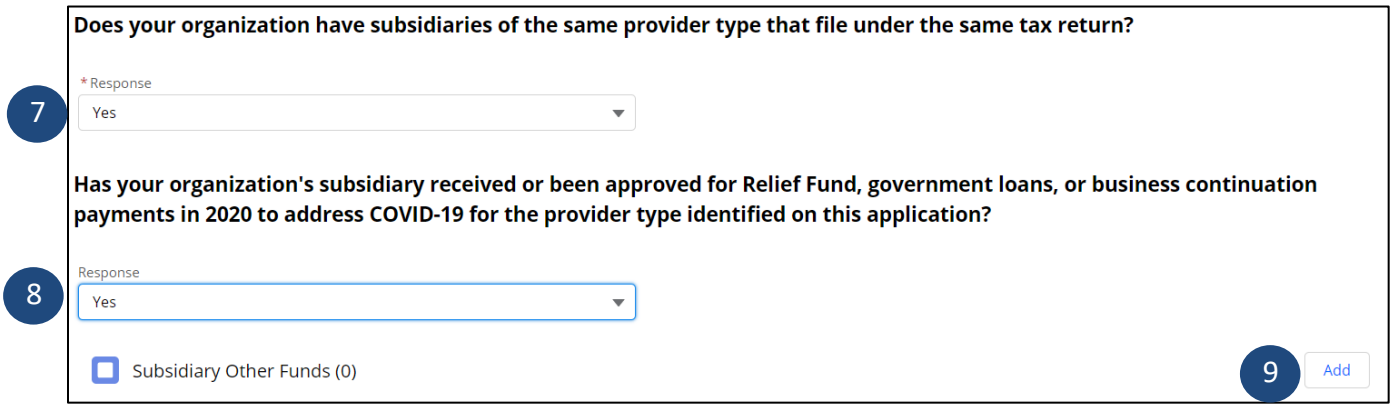
Help Document: Create and Submit an Application



6. Si desea editar entradas de fondos, haga clic en ▼ para una entrada. Elija **Edit** (Editar). Para borrar las entradas de fondo, escoja Delete (Borrar) del menú despegable.

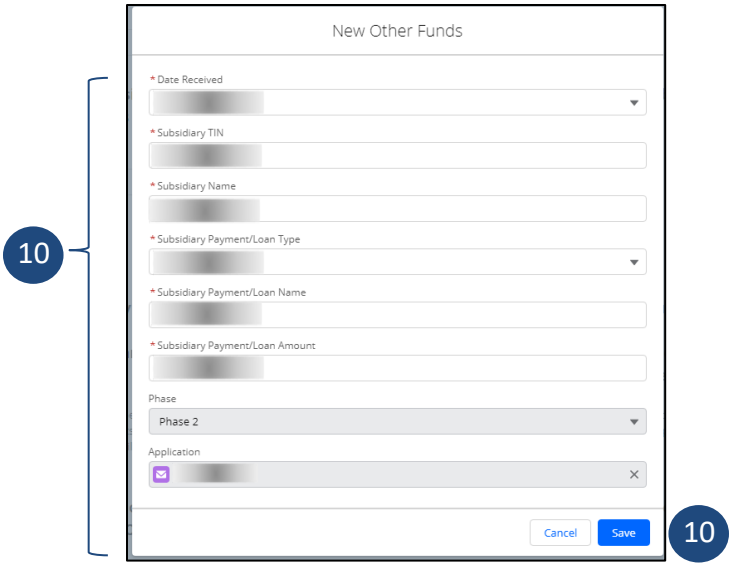


7. Si su organización no tiene **sucursales** del mismo tipo de proveedor, escoja No y continúe en el paso 10. Si su organización tiene sucursales, escoja Sí. Aparecerá una pregunta adicional. .
8. Si su sucursal del mismo tipo de proveedor no ha sido aprobada o recibido CARES Act Provider Relief Fund Payment adicional, escoja No. Continúe en el paso 10. De otra manera, escoja Sí. Se le indicará que agregue Subsidiary Other Funds (Fondos de otras sucursales). .
9. Haga clic en el botón **Add** (Agregar) para agregar fondos que han sido aprobados o recibidos para sus sucursales.

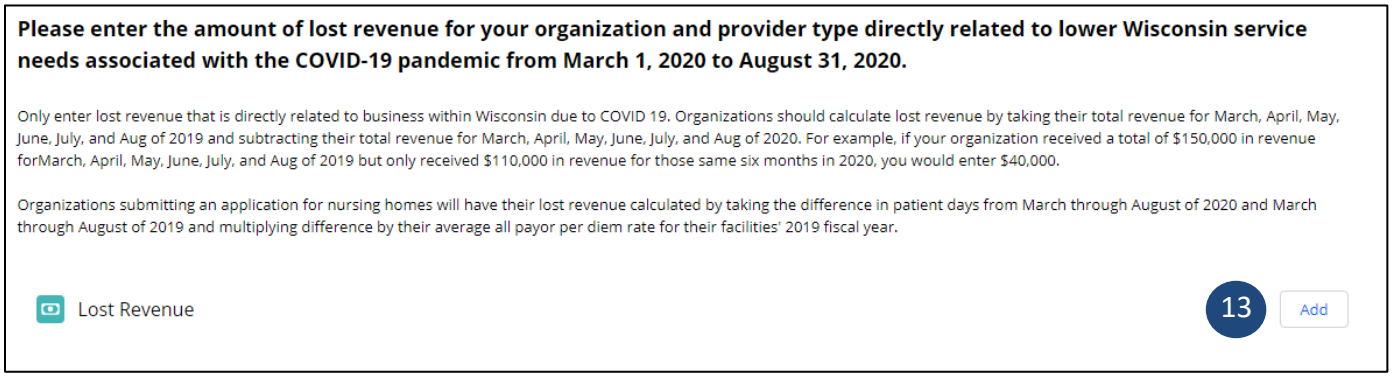


Help Document: Create and Submit an Application

10. Complete la información relacionada con los fondos adicionales. Haga clic en **Save** (Guardar). Nota: Puede agregar varios 'New Other Funds' (Otros fondos nuevos) haciendo clic en **Add** (Agregar) después de guardar cada entrada de gasto.

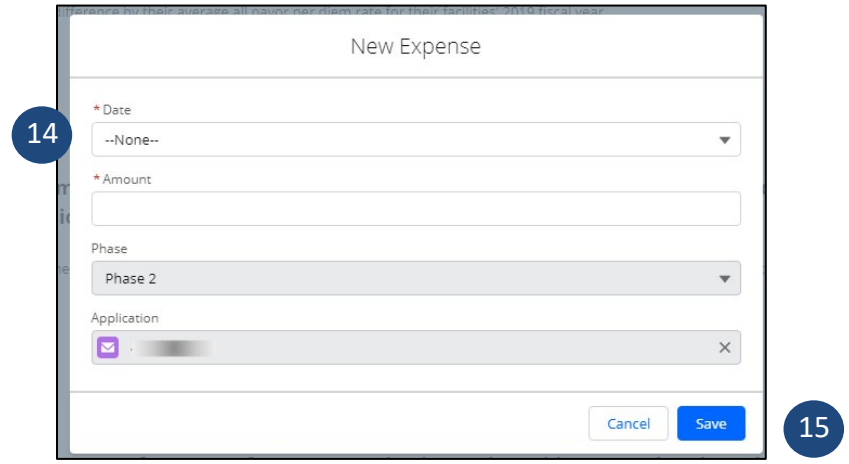


11. Para las siguientes preguntas, escriba solo los gastos/pérdidas para los meses de enero a agosto de 2020. Sin embargo, se le pedirá que escriba por separado su marzo - mayo de 2020 y junio - agosto de 2020 gastos/pérdidas seleccionando las fechas apropiadas.
12. Si su organización no sufrió una pérdida en ingresos durante los meses marzo a mayo 2020 y junio a agosto 2020 debido a COVID-19, continúe en el paso 15.
13. *Haga clic en el botón **Add** (Agregar) para escribir **lost revenue** (pérdida de ingresos). Nota: Siga las instrucciones en la solicitud para calcular la pérdida de ingresos de su organización.*

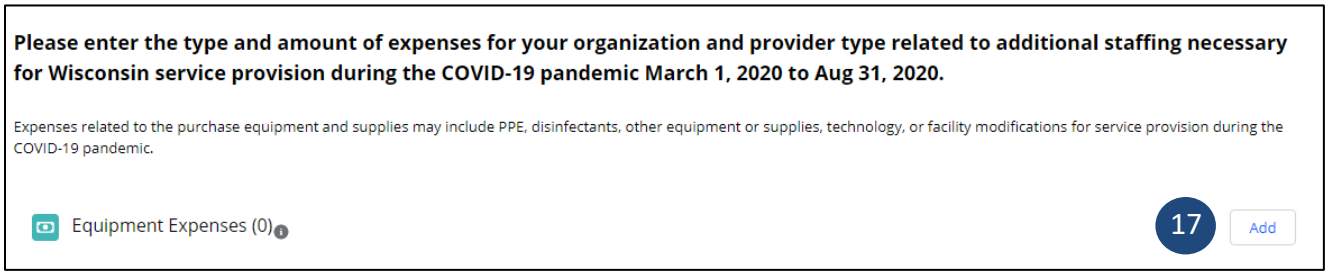


14. Escriba la pérdida de ingresos (Cantidad) de marzo - mayo 2020 y de junio – agosto 2020 escogiendo la Fecha apropiada y escribiendo la cantidad.
15. Haga clic en el botón **Save** (Guardar).

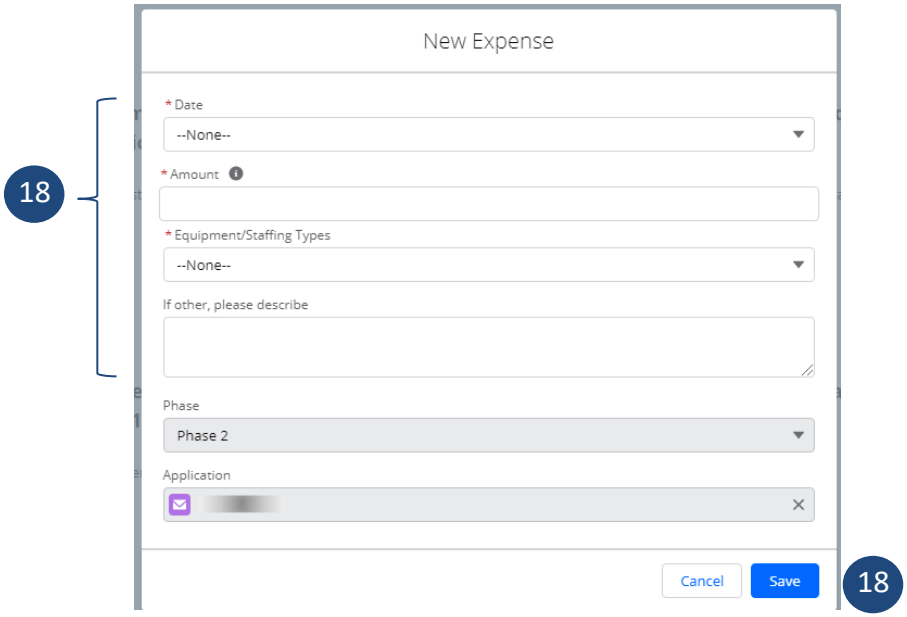
Help Document: Create and Submit an Application



16. Si su organización no tuvo ningún gasto de equipo asociado con COVID-19 durante los meses de marzo-mayo 2020 y de junio a agosto 2020, continúe en el paso 19.
17. Escriba cualquier **Equipment expenses** (Gastos de equipo) asociado con COVID-19 durante los meses de marzo-mayo 2020 y de junio – agosto 2020 haciendo clic en **Add** (Agregar). Nota: Puede agregar múltiples entradas de gastos haciendo clic en **Add** (Agregar) después de guardar cada entrada de gasto.

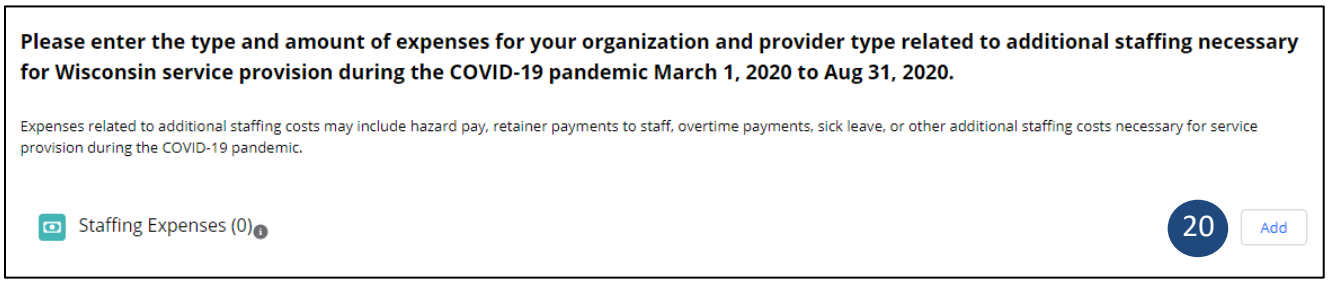


18. Aparecerá una ventana. Complete todos los campos y haga clic en **Save** (Guardar).

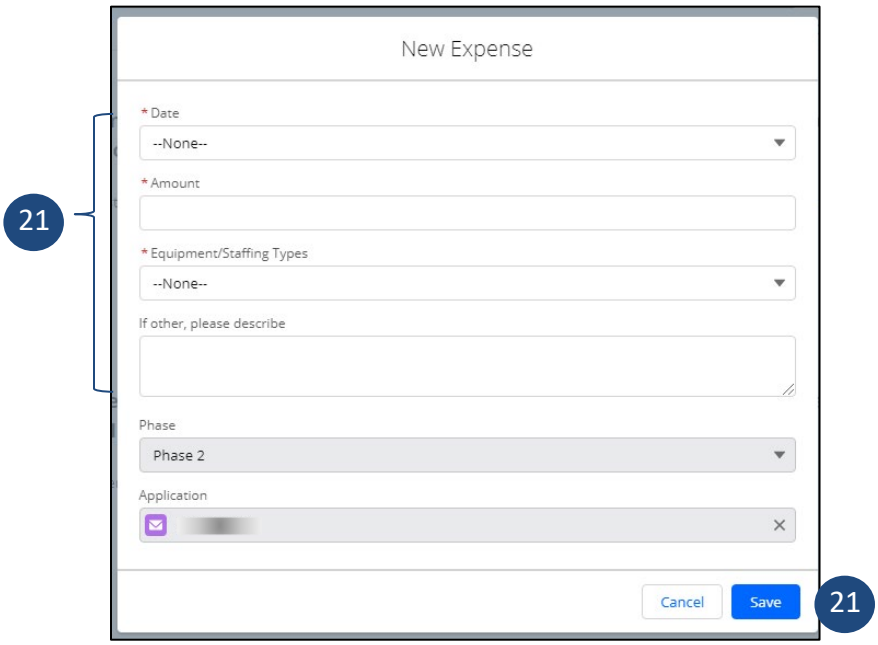


Help Document: Create and Submit an Application

19. Si su organización no tuvo gastos de personal asociado con COVID-19 durante los meses de marzo-mayo 2020 y de junio-agosto 2020, continúe en el paso 22.
20. Escriba cualquier **Staffing expenses** (Gastos de personal) adicionales asociados con COVID-19 durante los meses de marzo-mayo 2020 y junio-agosto 2020 haciendo clic en **Add** (Agregar). Nota: Puede escribir múltiples entradas de gasto de personal haciendo clic en **Add** (Agregar) después de guardar cada entrada de gasto.

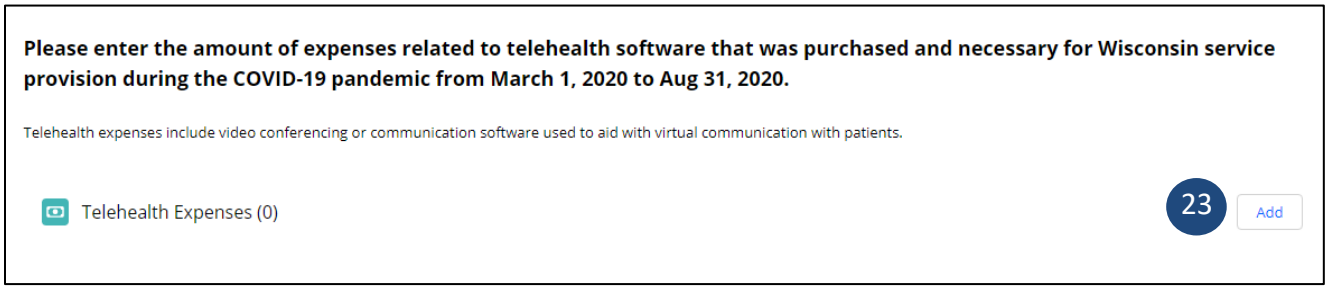


21. Aparecerá una ventana. Complete todos los campos y haga clic en **Save** (Guardar).

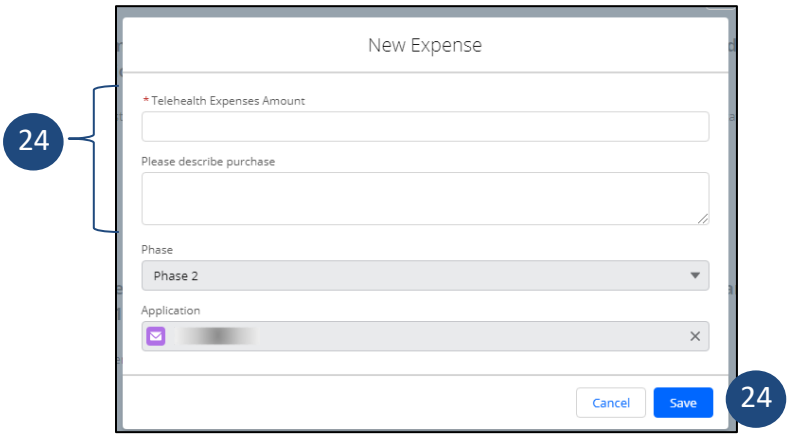


22. Si su organización no tuvo gastos de "telehealth" asociados con COVID-19 durante los meses de marzo-mayo 2020 y junio-agosto 2020, continúe en el paso 25.
23. Escriba cualquier **Telehealth expenses** (Gastos de Telehealth) asociados con COVID-19 durante los meses de marzo-mayo 2020 y junio-agosto 2020 haciendo clic en **Add** (Agregar). Nota: Puede escribir múltiples entradas de gasto de telehealth haciendo clic en Add (Agregar) después de guardar cada entrada de gasto .

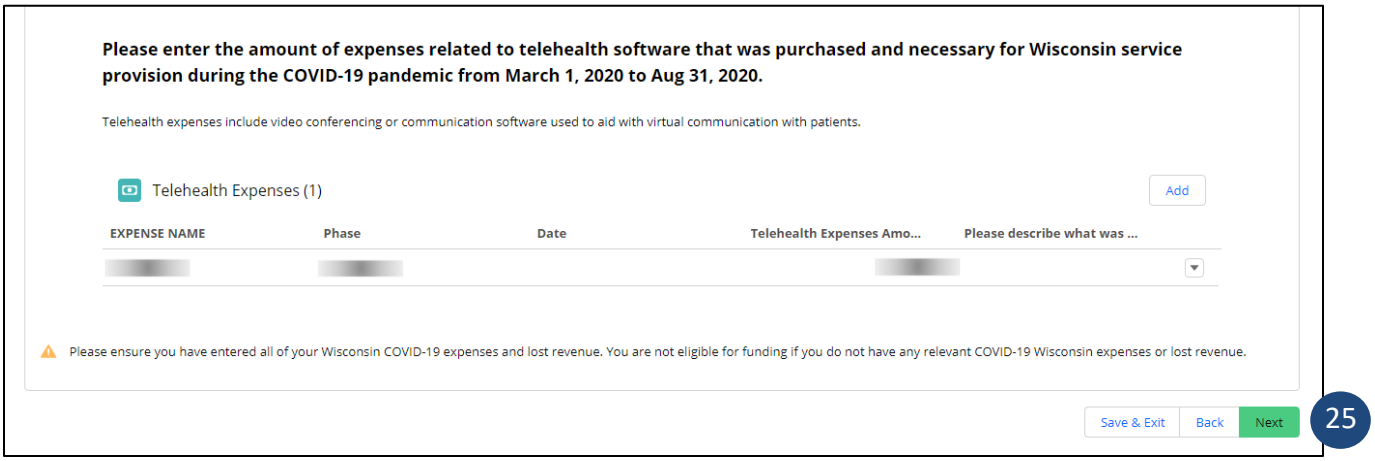
Help Document: Create and Submit an Application



24. Aparecerá una ventana. Complete todos los campos y haga clic en **Save** (Guardar).



25. Haga clic en el botón **Next** (Siguiente) al final de la esquina derecha de la página para continuar con le sección siguiente.

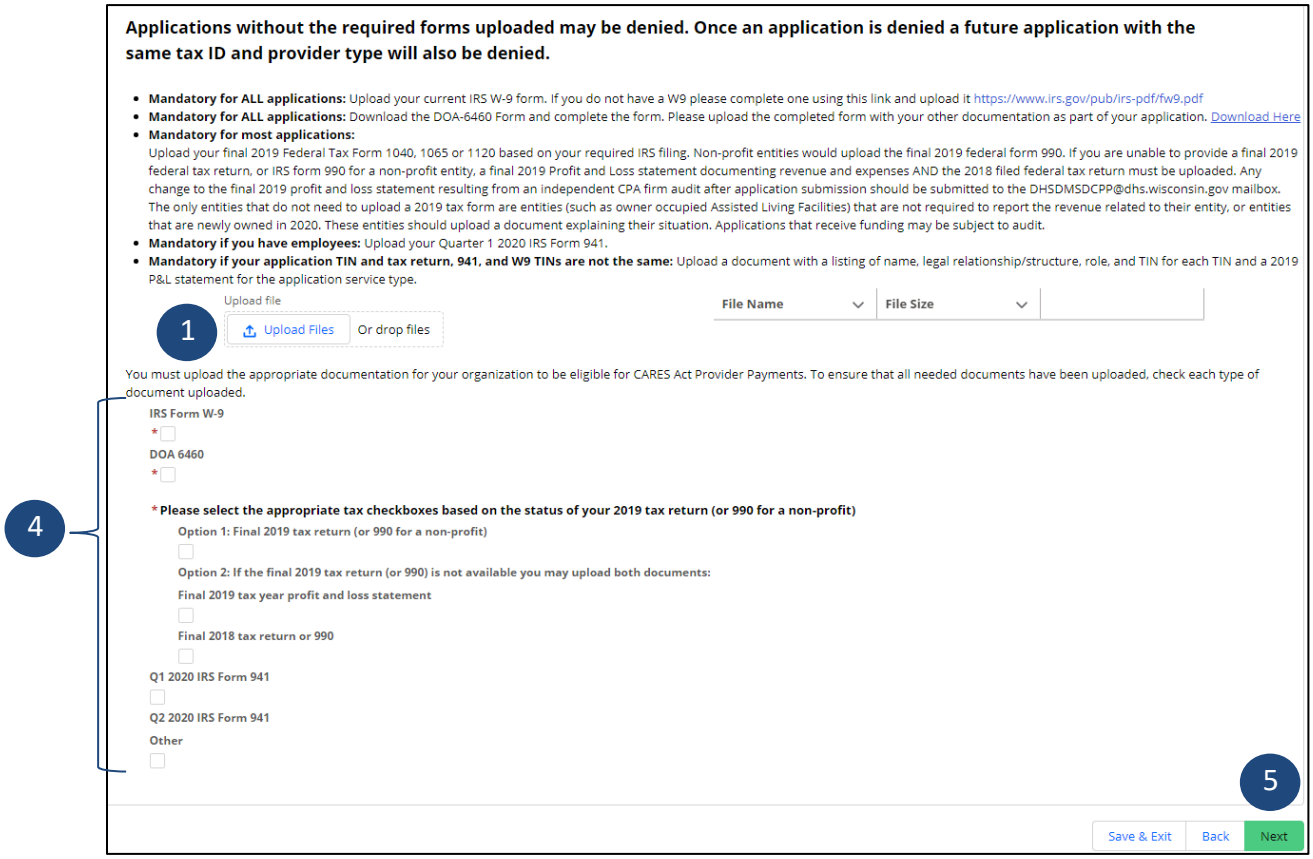


Help Document: Create and Submit an Application

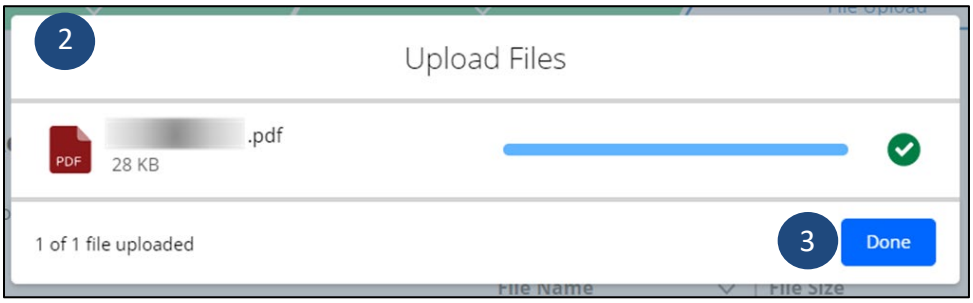
Carga del Archivo

En esta pestaña de la solicitud, usted cargará una copia de los documentos que se le requieren. Refiérase al texto de la solicitud para identificar el documento respectivo que se le requiere que entregue basándose en el tipo y la situación de su proveedor.

1. Haga clic en el botón **Upload Files** (Cargar archivos) para cargar una copia de los documentos requeridos.



2. Una ventana mostrará el estatus de su carga.
3. Cuando los archivos están cargados, según lo indica la marca de chequeo verde, haga clic en el botón **Done** (Terminado).

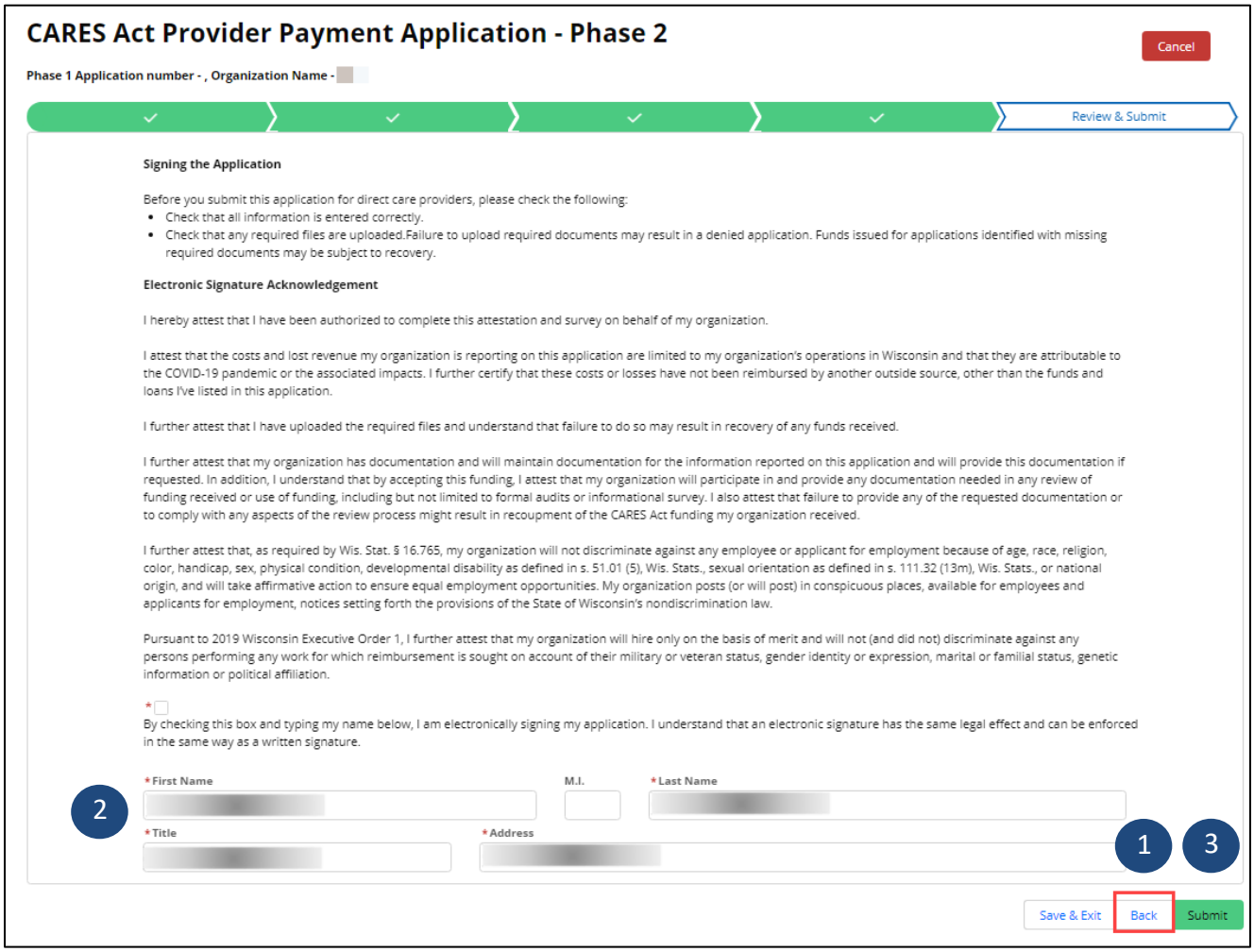


4. Escoja los archivos que va a cargar marcando la casilla de verificación. Nota: Se requiere que todas las solicitudes entreguen una copia del formulario IRS W-9 actual y del formulario DOA-6460
5. Haga clic en el botón **Next** (Siguiente) en la esquina derecha abajo.

Help Document: Create and Submit an Application

Revisar & Entregar

1. En la página final Submission (Sumisión), revise el texto y su solicitud. Puede revisar la información haciendo clic en el botón **Back** (Atrás).
2. Complete todos los campos. Nota: La persona que completa la confirmación y atestación de la firma electrónica debe ser autorizada de hacerlo en nombre de su organización. En la mayoría de los casos éste debe ser un oficial de la organización.
3. Haga clic en el botón **Submit** (Entregar).



Help Document: Create and Submit an Application

4. Después de una entrega exitosa, usted verá la página siguiente.