

**Opción de dirección por el participante  
(PDO, por sus siglas en inglés)  
Acuerdo del representante  
Formulario de inscripción**

Yo, \_\_\_\_\_, acepto actuar como representante de

\_\_\_\_\_, que participa en la Opción dirigida por el participante (PDO). Entiendo que tengo las siguientes responsabilidades:

*Escriba sus iniciales en cada renglón a continuación para indicar que ha leído y entendido cada punto.*

- \_\_\_\_\_ 1. Recibí una copia de estas *Pautas de la PDO*. Leeré las pautas, que me indican cómo funciona la PDO y cuáles son mis responsabilidades.
- \_\_\_\_\_ 2. Me comunicaré con el asesor de cuidado de la salud del participante si necesito ayuda o tengo preguntas.
- \_\_\_\_\_ 3. Involucraré al participante en la medida en que desee participar en cualquier decisión relacionada con la PDO que se tome.
- \_\_\_\_\_ 4. Acepto que tengo la responsabilidad de entrevistar, contratar, capacitar y supervisar al/a los trabajador(es) de servicio directo del participante.
- \_\_\_\_\_ 5. Acepto contratar trabajadores de servicio directo competentes. Las calificaciones de los trabajadores de servicio directo se encuentran en las Pautas de la PDO. Debo contratar trabajadores de servicio directo que estén capacitados en precauciones universales, normas de privacidad de la HIPAA, RCP y primeros auxilios, cuando sea posible.
- \_\_\_\_\_ 6. Redactaré una lista de tareas y un cronograma de trabajo para el/los trabajador(es) de servicio directo del participante. La lista de tareas y el cronograma de trabajo deben aparecer en el Acuerdo entre el participante y el trabajador de servicio directo.

# Humana | Healthy Horizons™ in Florida

- \_\_\_\_\_ 7. Me aseguraré de que el/los trabajador(es) de servicio directo del participante no trabaje(n) más horas de las aprobadas en el Acuerdo entre el participante y el trabajador de servicio directo. También me aseguraré de que, si se autorizan más de 40 horas por semana de un servicio, haya más de un trabajador de servicio directo para el participante. También acepto solicitar únicamente los servicios especificados en el Acuerdo entre el participante y el trabajador de servicio directo.
- \_\_\_\_\_ 8. Entiendo que puedo recibir más capacitación si la necesito. Me contactaré con el asesor de cuidado de la salud del participante si deseo recibir más capacitación sobre la PDO.
- \_\_\_\_\_ 9. Sé que los registros de horas de EVV del trabajador de servicio directo deben ser correctas y que debo reconocerlas electrónicamente.
- \_\_\_\_\_ 10. Entregaré las planillas de horas del trabajador de servicio directo al Plan del participante. Las planillas de horas se deben enviar antes de la fecha que figura en el cronograma de pagos.
- \_\_\_\_\_ 11. Informaré al asesor de cuidado de la salud del participante si considero que es necesario despedir a un trabajador de servicio directo. No despediré a un trabajador sin hablar con el asesor de cuidado de la salud.
- \_\_\_\_\_ 12. Entiendo que no se me pagará por ser el representante del participante. Este es un puesto voluntario.
- \_\_\_\_\_ 13. Entiendo que no puedo ser un trabajador de servicio directo para el participante.
- \_\_\_\_\_ 14. Crearé un plan de respaldo para emergencias para saber qué hacer si el/los trabajador(es) de servicio directo no puede(n) presentarse para trabajar o proporcionar los servicios.
- \_\_\_\_\_ 15. Entiendo que puedo dejar de ser el representante en cualquier momento. Le informaré al participante y a su asesor de cuidado de la salud si deseo dejar de ser el representante. El asesor de cuidado de la salud ayudará al participante a elegir otro representante.
- \_\_\_\_\_ 16. Cumpliré los requisitos de este Acuerdo del representante, el formulario de consentimiento de la PDO, el Acuerdo entre el participante y el trabajador de servicio directo, el Acuerdo del participante y las pautas de la PDO. Si no cumplo los requisitos, es posible que el plan del participante no me permita seguir siendo el representante. Si el plan no me permite ser el representante, el asesor de cuidado de la salud del participante lo ayudará a elegir otro representante.

# Humana | Healthy Horizons™ in Florida

*Firme en el renglón a continuación para indicar que ha leído y entendido cada punto de este acuerdo. Si tiene preguntas, pídale al asesor de cuidado de la salud del participante que le ayude.*

---

Nombre en letra de imprenta del representante	Firma	Fecha
---	-------	-------

---

Nombre en letra de imprenta del participante	Firma	Fecha
--	-------	-------

---

Nombre en letra de imprenta del asesor de cuidado de la salud	Firma	Fecha
---	-------	-------

---

**ENGLISH:** This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at **888-998-7732**. If you use **TTY**, call **711**, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

**SPANISH:** Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **888-998-7732**. Si usa un **TTY**, marque **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

**CREOLE:** Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòm. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **888-998-7732**. Si ou itilize **TTY**, rele **711**, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

**FRENCH:** Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autre langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **888-998-7732**. Si vous utilisez un appareil de télétype (**TTY**), appelez le **711** du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

**ITALIAN:** Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero **888-998-7732**. Se utilizza una telescrivente (**TTY**), chiami il numero **711** dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00.

**RUSSIAN:** Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру **888-998-7732**. Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

## Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **888-998-7732 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

## ¡Importante!

### En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a:  
**Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618  
Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **888-998-7732** o si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

### Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **888-998-7732 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan Inc.

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **888-998-7732 (TTY: 711)**.

**Español: (Spanish)** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **888-998-7732 (TTY: 711)**.

**Kreyòl Ayisyen: (French Creole):** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **888-998-7732 (TTY: 711)**.

**Tiếng Việt: (Vietnamese)** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **888-998-7732 (TTY: 711)**.