ACUERDOS Y RESPONSABILIDADES DEL PROVEEDOR

Nombre de proveedor: Fecha:

Como un individuo que es pagado con fondos del **departamento (Medicaid)** cuidado, tren supervisar o proporcionar otro tipo de asistencia personal de un individuo, bajo un plan de **Manejo de caso** específico escrito con que individuo, entiendo y acepto lo siguiente:

|  |
| --- |
|  Responsabilidad obligatorio □ para reportar sospechas de abuso de un niño o un adulto;□ Responsabilidad de notificar inmediatamente a la familia y la EOSSB de lesiones, enfermedades, accidentes o cualquier circunstancia inusual que puede tener un efecto grave sobre la salud, seguridad, bienestar físico,  emocional o nivel de servicios requeridos por el individuo para que servicios se están proporcionando; □ entiendo las necesidades de mantenimiento de la confidencialidad y  salvaguardia de información individual;Pagos de fondo **Departamento** □ para los servicios convenidos se considerará el pago completo y como el proveedor bajo ninguna circunstancia voy exigir o recibir pago adicional por estos servicios de la persona, familia o cualquier otra fuente a menos que el pago es una responsabilidad financiera (deducible) de una persona médicamente necesitados programa;□ Como proveedor a cuenta todos los recursos de terceros antes de utilizar  fondos del **Departamento** a menos que otro arreglo es acordado por la  **Entidad de gestión de caso** en el Plan**ISP**   |

Firma del proveedor Fecha

|  |
| --- |
| Formulario de acuerdo del proveedor |

                                                                                                                         Revisado 22/08/16