

PROGRAMA DE DEMOSTRACIÓN COMPLETA 1115 DE NJ FamilyCare DE LA DDD ACUERDO DE INSCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE

Al firmar este Acuerdo de Inscripción del Participante, el Participante, el Tutor (según corresponda) y la Familia (según corresponda) aceptan y acuerdan los siguientes términos y condiciones del Programa de Apoyo o de Cuidado Comunitario:

1. Las disposiciones aquí exhibidas se aplicarán a la participación en el Programa operado por la División de Discapacidades del Desarrollo (Division of Developmental Disabilities, DDD) de NJ y aprobadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) federales.
2. El Participante comprende que el acceso a los servicios de la DDD es voluntario y que puede utilizar a cualquier proveedor de servicios predispuesto que reúna las Calificaciones como Proveedor del Estado y haya sido identificado en el Plan de Servicios Individualizados (Individualized Service Plan, ISP), sujeto a los términos del punto n.º 4 de este documento.
3. El Participante deberá cumplir con todas las políticas y los procedimientos establecidos por el Estado, que regula la participación en el programa, según lo establecido en el Manual de Políticas y Procedimientos del Programa aplicable.
4. El Participante puede recibir los tipos de servicios requeridos para satisfacer sus necesidades evaluadas de acuerdo con las tarifas establecidas y previamente autorizadas por el Plan de Servicios Individualizados (ISP).
5. A los proveedores aprobados o empleados autodirigidos (self-directed employees, SDE) se les pagarán todos los servicios previamente autorizados que hayan prestado, en nombre del Participante y según lo autorice el ISP. El Participante no recibirá ningún tipo de pago directo.
6. El Estado puede cancelar la inscripción de un Participante al programa o suspender todos los pagos al proveedor o SDE (según corresponda), si ocurren una o más de las siguientes circunstancias:
 - (a) El Participante no ha proporcionado toda la información y los documentos solicitados.
 - (b) El Coordinador de Apoyo o el Estado tienen motivos suficientes para creer que el Participante ha participado o actualmente participa en la falsificación intencional, explotación, fraude o abuso relacionado con la prestación de servicios conforme a este Acuerdo de Inscripción del Participante.
 - (c) El Participante busca constantemente pagos por cargos no autorizados o inadecuados.
 - (d) El Participante se niega a permitir o no participa en las comunicaciones o visitas mensuales, trimestrales y anuales llevadas a cabo por el Coordinador de Apoyo, según las pautas establecidas en el Manual de Políticas y Procedimientos aplicable.
 - (e) El Participante no envía los documentos y registros solicitados en tiempo y forma en relación con la prestación de servicios conforme a este Acuerdo de Inscripción del Participante.
 - (f) El Participante no informa los cambios en las necesidades de atención y las circunstancias financieras que pueden afectar la elegibilidad.
 - (g) El Participante ya no es elegible para Medicaid.
 - (h) El Participante se mudó fuera del estado.
 - (i) El Participante ya no cumple con el Nivel de Atención requerido.
 - (j) El Participante se ha inscrito en otro programa HCBS o MLTSS.
 - (k) El Participante no ha cumplido alguno de los términos en este Acuerdo de Inscripción del Participante.
 - (l) El Participante opta por no recibir más servicios de la División o el Programa.
 - (m) El Participante no accedió a los servicios del Programa aparte de la Coordinación de Apoyo durante más de 90 días.

En caso de cancelación de la inscripción en el programa o suspensión del pago, el Participante será el único responsable del costo de todos los servicios recibidos después de la notificación por parte del Estado de conformidad con el punto n.º 7 de este documento.

7. El Estado le proporcionará al Participante un aviso con 30 días de antelación en caso de cancelación de la inscripción en el programa o suspensión del pago, de conformidad con los puntos 6(a), 6(d) o 6(e) anteriores. Durante este período de 30 días, el Coordinador de Apoyo y la División proporcionarán la asistencia y el apoyo, según sea necesario, para ayudar a la persona a solucionar los problemas por los cuales se cancela su inscripción al programa. Si los problemas se resuelven dentro de ese período de 30 días, se restaurará su condición de exención.
8. Las personas cuya inscripción en el Programa haya sido cancelada tienen la oportunidad de solicitar una Audiencia Imparcial. El Participante debe solicitar una Audiencia Imparcial en un plazo de 20 días a partir de la fecha del aviso de cancelación de la inscripción en el programa.
9. Si el Participante considera que el proveedor o SDE no es de su satisfacción o sospecha de falsificación, fraude, abuso o violación de la ley al momento de prestar servicios, el Participante deberá interrumpir la relación e informar la interrupción y los motivos de esta al Coordinador de Apoyo. El Participante debe denunciar ante el Coordinador de Apoyo o el Estado cualquier sospecha de explotación, falsificación, fraude o abuso relacionado con la prestación de servicios conforme a este Acuerdo de Inscripción del Participante.
10. El Participante deberá proporcionar al Estado o funcionario o representante del Estado todos los documentos y registros relacionados con su participación en el programa en tiempo y forma. Además, al Estado o funcionario o representante del Estado se le proporcionará acceso a dichos documentos y registros para fines de auditoría.
11. El Participante estará sujeto a todos los estatutos, las regulaciones y las leyes contra la discriminación.
12. El Participante da fe de que al momento de la solicitud o inscripción en el Programa no se realizaron transferencias de activos durante el período de revisión según la Sección 1902 (a)(18), en la medida en que incorpora la Sección 1917(c).
13. El Programa mantiene las disposiciones para que los Participantes puedan tener la opción y el control de la administración de los servicios de Exención y otros apoyos de acuerdo con sus necesidades y preferencias personales.
14. Este Acuerdo de Inscripción del Participante tiene vigencia a partir de la fecha de la última firma y permanecerá en pleno vigor y efecto hasta el momento en que el Participante ya no esté inscrito en el Programa.

Yo, como Participante del Programa de Demostración Completa (Comprehensive Demonstration) NJ FamilyCare (Programa de Apoyo o de Cuidado Comunitario), comprendo y acepto que la inscripción en el Programa está sujeta a los términos y las condiciones explicados en este Acuerdo de Inscripción del Participante.

Nombre del Participante	Firma	Fecha

Nombre del Tutor, si corresponde	Firma	Fecha
Familiar, si corresponde	Firma	Fecha