

Nombre de la persona	Número de Medicaid
Nombre del empleador	
Relación del empleador con la persona que recibe servicios:	
<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Tutor nombrado por el tribunal [Fecha de vencimiento]: _____ <input type="checkbox"/> Padre de un menor <input type="checkbox"/> Otro representante legalmente autorizado [LAR] (Especifique): _____	

Cualquier nombramiento anterior de un representante designado (DR) queda revocado a partir de la fecha de vigencia de este nombramiento.

Inicial o Cambio

Representante designado:

Empleador:

Nombre en letra de molde _____	Nombre en letra de molde _____
Firma _____	Firma <div style="background-color: #cccccc; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Núm. de Seguro Social _____	
Fecha de nacimiento _____	
Fecha _____	Fecha _____
Relación con la persona _____	Relación con el DR _____

Las normas del Departamento [sección 41.205, Servicios Administrados por el Cliente (CDS), capítulo 41 del Código Administrativo de Texas] exigen que el empleador de CDS que nombre a un representante designado, y que no sea pariente, obtenga la información necesaria para solicitar que la Agencia de Administración Financiera (agencia de FMS) realice una verificación de antecedentes de condena penal utilizando el sitio web público del Departamento de Seguridad Pública.

El representante designado (DR), que no es pariente, no puede participar en la opción de CDS si ha sido condenado por un delito descrito en el capítulo 32 del Código Penal o por un delito que prohíba el empleo según lo enumerado en la sección 250.006(a) y (b) del Código de Salud y Seguridad de Texas.

CONFIRMACIÓN:

Al firmar este formulario, el representante designado autoriza a la agencia FMS a obtener la verificación de antecedentes de condena penal.

Fecha de la verificación del DPS	Hora	Realizado por
Condenas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, ¿prohíbe la condena la prestación de servicios? O bien, ¿es la persona que actúa como DR en cumplimiento con los requisitos del capítulo 250 del Código de Salud y Seguridad u otros requisitos de participación? ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

La persona nombrada a continuación, un adulto dispuesto mayor de 18 años, ha aceptado mediante su firma servir como DR para el empleador.

La fecha de vigencia de esta designación es _____.

El DR se nombra para cumplir con las siguientes responsabilidades del empleador:

- Ayudar con el uso de la verificación electrónica de visita (EVV) para los programas y servicios de conformidad con la ley federal 21st Century Cures Act y el Código Gubernamental de Texas
- Desarrollar y poner en marcha un plan alternativo de servicios para cada servicio crítico identificado por el Equipo de planeación de servicios
- Buscar y contratar empleados y otros proveedores de servicios
- Capacitar y administrar a los empleados y proveedores de servicios
- Obtener el permiso de los posibles empleados para realizar una verificación de antecedentes penales y del registro central
- Completar y enviar los paquetes de contratación de nuevos empleados a la agencia de FMS para su tramitación
- Mantener registros de la prestación de servicios, incluidos los registros de servicios, y los expedientes del personal
- Revisar, presentar y aprobar las entradas de tiempo y las facturas de la prestación de servicios o los recibos de gastos relacionados con el empleador
- Ayudar a desarrollar un plan de acción correctiva (PAC) si la agencia de FMS o el administrador de casos lo solicita
- Cualquier responsabilidad adicional según se indica en el recuadro a continuación

Responsabilidades adicionales

Al DR no se le permite desempeñar las siguientes responsabilidades del empleador, según se indica en el recuadro a continuación:

Representante designado:	Empleador:
Nombre en letra de molde _____	Nombre en letra de molde _____
Firma _____	Firma _____
Fecha _____	Fecha _____