



## ACUERDO DEL EMPLEADOR DE SAS

### *Servicios autoadministrados*

Versión: 3/2026

#### Notificación de uso de datos personales:

##### **¿Por qué el DHHS necesita recolectar estos datos?**

La información que proporcione en esta forma se usará para identificar y determinar si cumple con los requisitos de elegibilidad para participar en el programa de Servicios Autoadministrados (SAS)

##### **¿Cómo usará mis datos el DHHS?**

Este es un acuerdo vinculante entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés), la Persona que recibe los servicios, y el Empleador. Se requiere para participar en el programa de SAS. Sólo utilizaremos sus datos personales para determinar si es elegible y establecer que ha aceptado los términos contenidos en este documento.

##### **¿Qué pasa si no le proporciona sus datos al DHHS?**

No podrá participar en el programa de SAS.

##### **¿Quién más tendrá acceso a sus datos?**

Sus datos solo se compartirán dentro del DHHS y, de ser necesario, con otras entidades según lo requiera la ley Estatal/Federal, así como con los contratistas que sean parte del equipo técnico que gestiona su cuenta.

##### **¿A qué serie de registros forman parte estos datos?**

Estos datos son parte de la serie de registros 15735.

### **1. Partes**

Este Contrato de Empleador de Servicios Autoadministrados (en lo sucesivo denominado como el "Contrato") se celebra entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah (denominado en este Contrato como "DHHS"), la División de Servicios para Personas con Discapacidades (denominada en este Contrato como la "División"), la Persona que recibe los servicios y el Empleador. El Contrato incorpora por referencia las Descripciones de Códigos de Servicio Autoadministrados (denominadas en lo sucesivo, "Descripciones de Códigos de Servicios SAS").

El individuo que recibe los servicios en lo sucesivo se denominará como la "Persona". La Persona o su Tutor (de ser aplicable), y el Empleador constituyen las partes legalmente vinculadas de conformidad con este Contrato.

**PARTES:**

Nombre de la Persona: [ ] Número NIP: [ ]  
Número de Teléfono: [ ]  
Domicilio: [ ]  
Ciudad: [ ] Estado: [ ] Código Postal: [ ]  
Número del Tutor (si aplica): [ ]

La Persona o su Tutor fueron informados de las responsabilidades que conlleva la participación en este programa según lo determinado en la Norma R539-5, y han autorizado a la persona nombrada a continuación a actuar como el Empleador que asiste a la Persona en la administración de este Contrato.

Marque esta caja si la Persona o Tutor es el mismo Empleador. **Nota:** para la exención de Discapacidades Físicas, la Persona y el Empleador DEBEN ser él mismo y no un tutor.

Nombre del Empleador: [ ] Número de Teléfono: [ ]  
Domicilio: [ ]  
Ciudad: [ ] Estado: [ ] Código Postal: [ ]

**2. Objetivo**

El propósito de este Contrato es asignar las responsabilidades de la Persona y el Empleador para el otorgamiento de fondos para la adquisición de servicios específicos según lo identificado en el plan de apoyo centrado en la persona (PCSP). Por lo tanto, el PCSP se incorpora por referencia a este Contrato.

La División ha determinado que la Persona es elegible para este programa y ha autorizado a la Persona para que reciba los servicios específicos descritos en el PCSP de la Persona.

**3. Periodo del Contrato**

Este Contrato entra en vigor entre la fecha de vigencia y el final del año del plan PCSP a menos que se rescinda antes de lo acordado con los términos y condiciones de este Contrato.

Fecha de vigencia del plan: [ ] Fecha final del plan anual: [ ]

**4. Condiciones Especiales**

La División puede cambiar el monto de los Servicios Autoadministrados cubiertos por el PCSP en cualquier momento con el fin de reflejar los cambios en las necesidades evaluadas de la Persona y después de notificar por escrito a la Persona o su Tutor con 30 días de anticipación acerca de la acción de la agencia e informar a la Persona o su Tutor acerca del derecho a apelar.

**5. Concesión de fondos**

Los fondos pagados de conformidad con este Contrato solo se utilizarán para pagar los servicios reales prestados. Todos los fondos pagados a través del programa de Servicios Autoadministrados se pagarán a través de un agente fiscal bajo contrato con la División. El

Empleador es responsable de elegir un agente fiscal. La División no pagará por servicios que no estén identificados en el PCSP, o que excedan la versión actual del presupuesto del PCSP.

Agente Fiscal (nombre):

## 6. Responsabilidades del Empleador

Además de los demás requisitos establecidos en este Contrato, el Empleador será responsable de:

- A. Mantener todos los requisitos de elegibilidad para el financiamiento, incluyendo la elegibilidad para Medicaid si reciben servicios a través de una exención 1915(c).
- B. Revisar y cumplir con [R380-80 "Código de Conducta del Proveedor y Derechos del Cliente"](#) al inicio de este Acuerdo y de forma anual a partir de entonces.
- C. Revisar y cumplir con las Descripciones del Código de Servicio de SAS al iniciar este Contrato y de forma anual a partir de entonces.
- D. Suministrar al coordinador de apoyo/enfermera administradora de casos y al agente fiscal toda la información requerida por la Norma R539-5.
- E. Contratar, despedir, dirigir y capacitar a los empleados para brindar apoyo a la Persona tal como se señala en el PCSP de la Persona, el plan de apoyo al comportamiento, las estrategias de apoyo y las reglas administrativas de la División aplicables.
- F. Garantizar que cada empleado esté calificado para brindar los servicios para los cuales fue contratado y que todos los servicios facturados en verdad se hayan brindado.
- G. Garantizar que antes de la prestación de cualquier servicio, cada empleado cumpla con los requisitos de la capacitación según lo descrito en este Contrato y en las Descripciones del Código de Servicio, y que tenga la capacitación especializada para cumplir con las necesidades específicas de la Persona.
- H. Mantener un registro de capacitación preciso y actualizado de cada empleado.
- I. Verificar que todos los empleados contratados tengan 16 años o más.
- J. Garantizar que, para los empleados menores de 18 años, el Contrato de Empleado esté firmado por el tutor del empleado.
- K. Garantizar que todos los empleados contratados por el Empleador comprendan y cumplan con el [Código de Conducta del Proveedor](#) tal como se describe en R380-80 y con los apoyos y procedimientos de comportamiento aprobados y prohibidos como se identifica en la Norma R539-3.
- L. Participar en el proceso de planificación centrado en la persona y después en el desarrollo de estrategias de apoyo, incluyendo un plan de apoyo del comportamiento dentro de los 30 días posteriores a la finalización del plan.
- M. Participar en otras estrategias de gestión de apoyo del comportamiento específicas para cualquier Persona que no tenga un plan de apoyo del comportamiento que incluya sus preferencias y rutinas no negociables, apoyos del comportamiento positivos, reducción de escalación y lesión cerebral adquirida, según corresponda.

- N. Proporcionar resúmenes mensuales escritos por correo, fax o correo electrónico al coordinador de apoyo/enfermera administradora de casos sobre la efectividad del plan, las estrategias identificadas y los resultados deseados.
- O. Notificar de inmediato al coordinador de apoyo/enfermera administradora de casos sobre cualquier cambio en las circunstancias o emergencias, que puedan requerir modificaciones del tipo o cantidad de servicios descritos en el PCSP de la Persona.
- P. Cumplir con la [Guía de Reporte de Incidentes Críticos del DHHS](#).
- Q. Capacitar a los empleados sobre la información de contacto de emergencia de la persona, incluyendo cuándo llamar al 911, a un profesional médico; a los padres o tutores, o al centro de intoxicaciones.
- R. Capacitar a los empleados acerca de los procedimientos de evacuación de emergencia en caso de incendios y otros desastres.
- S. Capacitar a los empleados sobre la prevención del suicidio y qué hacer si se desconoce el paradero de la Persona.
- T. Cumplir con las solicitudes del personal de la División y del coordinador de apoyo/enfermeros administradores de casos con respecto a las visitas domiciliarias con el fin de inspeccionar la calidad del programa, realizar revisiones de cumplimiento del Contrato, realizar requisitos de visitas frente a frente, tal y como se describe en el contrato o el Plan de Implementación Estatal, y las solicitudes para realizar encuestas de satisfacción del cliente.
- U. Garantizar que el agente fiscal haya mantenido una verificación de antecedentes actualizada de forma anual para cada empleado que no sea padre antes de tener acceso directo a la Persona de acuerdo con la Sección 26B-2-120.

## 7. Requisitos de facturación y pagos

- A. El Empleador se asegurará de que no se realice ningún pago a un empleado antes de que se complete su verificación de antecedentes. Los nuevos empleados pueden trabajar inicialmente durante 30 días mientras esperan la aprobación, pero sólo bajo la supervisión directa, como lo define la Subsección R380-300-3(2), de uno de los padres o de alguien que ya haya pasado la verificación de antecedentes.
- B. El Empleador deberá garantizar la exactitud de las facturaciones de los empleados. Si se niega el pago debido a una inexactitud, el Empleador es responsable de pagar al / a los empleado(s) por cualquier servicio prestado.
- C. El Empleador se asegurará de que la facturación se presente de manera oportuna y que cumpla con los requisitos y las instrucciones dadas por el Agente Fiscal. Esto incluye:
  - i. Verificar la exactitud de las horas trabajadas, incluyendo que la facturación sea precisa dentro de los términos previstos en las Descripciones del Código de Servicio SAS.
  - ii. Completar la documentación de nómina según las instrucciones del agente fiscal.

- iii. Cumplir con los requisitos de nómina y Verificación Electrónica de Visitas según lo indique el agente fiscal.
- D. El Empleador deberá asegurarse de que las hojas de horarios de los empleados estén completas y sean precisas dentro de los términos previstos en las Descripciones del Código de Servicio SAS antes de enviarlas al Agente Fiscal para realizar el pago. El Empleador deberá firmar o aprobar electrónicamente las hojas de horarios para verificar que estén completas y sean precisas. No se podrá realizar ningún pago por servicios que no cumplan con este requisito. Las hojas de horarios completas y precisas incluirán:
- i. El nombre del empleado que presta el servicio.
  - ii. El nombre de la persona y el número PIN.
  - iii. Las firmas del empleado y del empleador; para la Compensación del Cuidador, el coordinador de apoyo/enfermeros administradores de casos también debe firmar.
  - iv. La fecha en que se presta cada servicio.
  - v. La hora en que el empleado comenzó y finalizó la prestación del servicio, utilizando informes de tiempo de 24 horas.
  - vi. Si Medicaid lo requiere, se deben verificar las fechas de inicio y finalización mediante una Verificación Electrónica de Visita.
  - vii. El código de Servicio Autoadministrado, la tarifa del servicio, el tipo de unidad y la cantidad de unidades de servicio proporcionadas.
  - viii. Una descripción de las unidades de servicio proporcionadas.

## **8. Uso de fondos públicos**

Los fondos cubiertos por este Contrato son fondos públicos asignados y aprobados por la División. Están destinados para la compra de servicios para la Persona durante el período aprobado, y para los fines establecidos en este Contrato. Por el presente, las partes reconocen que los fondos públicos están sujetos a todas las leyes y regulaciones federales, estatales y locales aplicables relacionadas con el uso de fondos públicos.

## **9. Uso indebido de los fondos**

El uso de cualquiera de los fondos proporcionados de conformidad con este Contrato para un propósito distinto al de los expresamente establecidos en este documento puede someter al Empleador a un proceso penal, sanciones administrativas y responsabilidad por el reembolso de los fondos mal utilizados.

## **10. Mantenimiento de registros y responsabilidades de acceso**

El Empleador conservará copias de todos los registros requeridos y cumplirá con todos los requisitos de la Ley de Gestión y Acceso a Registros Gubernamentales (GRAMA) que se encuentra en la Sección 63 G-2. El Empleador deberá mantener todos los registros de

empleados, Empleadores y Personas relacionados con los Servicios Autoadministrados de conformidad con los cronogramas de retención establecidos por la División o la División de Servicio de Archivos y Registros después de que se suspendan los Servicios Autoadministrados, y se asegurará de que el DHHS, la División y los auditores estatales o federales tengan acceso inmediato a todos los registros de los empleados, Empleadores y Personas. Las partes acuerdan que se le otorgará acceso al Empleador a todos los registros según sea necesario para operar de forma razonable como Empleador, incluyendo la información financiera, el cronometraje y los resultados de la investigación de antecedentes.

## **11. Responsabilidad del Empleador**

De conformidad con este Contrato y la norma administrativa, el Empleador, y la Persona, si son diferentes del Empleador, tienen la responsabilidad única de contratar empleados para brindar servicios para la Persona o en nombre de ella. Es responsabilidad del Empleador seleccionar, evaluar y capacitar a los empleados con el objetivo de proteger la salud y la seguridad de la persona. Al elegir participar en el programa de Servicios Autoadministrados, el Empleador acepta toda responsabilidad por cualquier daño que sufra la Persona u otros, como resultado de cualquier acción o falta de acción por parte del Empleador al realizar evaluaciones de cualquier empleado, al brindar o no capacitación en cualquier área específica, por malversación de fondos u otra negligencia.

## **12. Indemnización**

El Empleador acepta indemnizar a la División, al DHHS y al Estado de Utah por el monto total de cualquier sentencia dictada contra uno o más de ellos como resultado de cualquier acción o falta de acción por parte del Empleador, o acción o falta de acción por parte de cualquier empleado contratado por el Empleador de conformidad con este Contrato, o cualquier otro daño a la Persona que surja de cualquier acción o falta de acción de conformidad con este Contrato.

## **13. Terminación del Contrato**

El Empleador o la División pueden rescindir este Contrato en cualquier momento, con una notificación por escrito de 30 días al Empleador y/o la Persona a la que tenga intención de rescindir el Contrato. Además, la División puede rescindir este Contrato de forma inmediata en cualquier momento al descubrir un mal uso de los fondos de los Servicios Autoadministrados, fraude, mala conducta o cualquier acción tomada por el Empleador o los empleados del Empleador de conformidad con este Contrato que ponga en peligro la seguridad de la Persona.

## **14. Jurisdicción**

Las disposiciones de este Contrato se regirán e interpretarán de acuerdo con las leyes del estado de Utah. Las partes se someterán a la jurisdicción de los tribunales del estado de Utah por cualquier disputa que surja de conformidad con este Contrato o en relación con su incumplimiento.

## 15. Cláusula de Separabilidad

La declaración por parte de cualquier tribunal u otro organismo judicial vinculante de que cualquier disposición de este Contrato es ilegal o nula no afectará la legalidad o aplicabilidad de cualquier otra disposición de este Contrato a menos que dichas disposiciones sean mutuamente dependientes.

## 16. Evaluación y autorización de Antecedentes

De conformidad con las Secciones 26B-6-403 y 26B-2-120, se requiere que el Empleado presente una solicitud de verificación de antecedentes y que sea aprobada por la División de Licencias y Verificación de Antecedentes (DLBC) antes de que se le permita al empleado brindar atención directa a niños o adultos vulnerables. El Empleado debe realizar una autorización de antecedentes continúa renovando la verificación de antecedentes del Empleado con DLBC dentro de un año a partir de la fecha de la autorización original y anualmente a partir de entonces.

En ninguna circunstancia, el Empleado aceptará un pago por el trabajo realizado si no se cumplen los requisitos de las Secciones 26B-6-403 y 26B-2-120 acerca de la forma de obtener una verificación de antecedentes y la aprobación de DLBC.

Es responsabilidad del Empleador y del Empleado, no de la División, garantizar que se completen las verificaciones de antecedentes iniciales y anuales. El Empleador será el único responsable de pagarle al Empleado si no se cumplen los requisitos de las Secciones 26B-6-403 y 26B-2-120.

## 17. Preguntas acerca del Contrato

El Empleador puede dirigir sus preguntas acerca de este Contrato a su coordinador de apoyo/enfermera de administración de casos.

## 18. Reconocimientos y firmas

Como Empleador, mi firma reconoce que he leído, comprendido y aceptado los términos de este Contrato, incluyendo todos los derechos y responsabilidades descritos en el Contrato. Esto representa el Contrato completo y final. No existen otros acuerdos escritos u orales que afecten ninguna disposición de este contrato. Además, recibí una copia de la Norma R539-5 "Servicios autoadministrados", la cual leí, entendí y acepto cumplir con ella con relación con este Contrato y el uso de un agente fiscal. Entiendo que el incumplimiento de cualquiera de los términos de este Contrato puede resultar en la pérdida del privilegio de recibir fondos adicionales de los Servicios Autoadministrados de conformidad con este Contrato y la incapacidad de celebrar futuros contratos de Servicios Autoadministrados.

Como Empleador, mi firma también reconoce que la División no respalda ni recomienda la contratación de ningún empleado ni la prestación de servicios de conformidad con este Contrato. En consideración de estas promesas y representaciones, y en fe de lo cual, las partes han firmado este Contrato a partir de la fecha de vigencia establecida con anterioridad.

### EMPLEADOR

Firma:  Fecha:

Nombre impreso:

**PERSONA / TUTOR**

¿Es la misma persona que el Empleador?      Si                  No

Firma:  Fecha:

Nombre impreso:

Certifico que he revisado todos los requisitos del programa con el empleador. El empleador mencionado con anterioridad cumplió con todos los requisitos.

Coordinador de soporte o enfermera administradora de casos

Firma:  Fecha:

Nombre impreso: