Verificación Electrónica de Visitas de Medicaid
Acuerdo para usar el aparato sustituto

Nombre de la persona/del cliente de Medicaid

Nombre _____ Inicial ____ Apellido _____

Solo para el uso de la Agencia
Receipt Date (Enter the date form was received for processing.)
Medicaid ID (Enter number above)
Date of Birth (Enter as MM/DD/YYYY)

Medicaid de Texas usa un sistema para medir el tiempo que su asistente o su enfermera se toma para darle los servicios que recibe. El sistema se llama Verificación electrónica de visitas o EVV por sus siglas en inglés.

Esto quiere decir que debe: 1) permitir que su asistente o enfermera privada use el teléfono fijo de su casa para llamar a un número gratis o, 2) aceptar que se instale en su casa un pequeño aparato para medir cuando empieza y termina el servicio que le dan.

Usted indicó que quiere que le instalen el pequeño aparato sustituto en su casa porque:

☐ No tiene un teléfono fijo en casa.

☐ No quiere que su asistente o la enfermera privada usen el teléfono fijo de su casa para hacer la llamada de verificación.

Al firmar este formulario, acepta que se instale el pequeño aparato en su casa. Entiende que el aparato debe permanecer en su casa en todo momento. Si el aparato sale de su casa o se daña por cualquier motivo, se compromete a informar en seguida a su agencia proveedora. Cuando deje de recibir los servicios, debe devolver el aparato a la agencia proveedora.

Las personas que firman abajo deben firmar este formulario con tinta. No se permiten firmas electrónicas o estampadas. El "testigo" podría ser el asistente, la enfermera privada, o algún otro empleado de la agencia proveedora que le entregó el formulario. El tutor o un representante legalmente autorizado (LAR) puede firmar como "solicitante", pero no como "testigo".

Firma del solicitante
(persona/cliente de Medicaid, LAR, o persona que solicita el uso del aparato)

Fecha en que firmó

Nombre en letra de molde
(Si no es la persona/el cliente de Medicaid identificado al principio del formulario)

Firma del testigo

Fecha en que firmó

Nombre en letra de molde

La siguiente sección es solo para el uso de la AGENCIA PROVEEDORA / AGENCIA DE SERVICIOS DE ADMINISTRACIÓN FINANCIERA (FMSA)

Indicate the program(s) services Provider Agency or FMSA delivers to the Medicaid Individual/Member named above: (check all that apply)

CFC	DADS	HHSC CCP	MCO
☐ CFC	☐ CLASS ☐ PHC / CAS / FC	☐ PCS	☐ PAS waiver ☐ PCS
	☐ MDCP	☐ PDN	☐ PAS non-waiver ☐ PDN

Service claims for this Medicaid Member are submitted to: (check all that apply)

☐ Amerigroup Corp. ☐ Cigna-HealthSpring ☐ Molina Healthcare ☐ Superior HealthPlan ☐ UnitedHealthcare ☐ TMHP / Accenture

Order History (Sequential history and reason for ordering a new device for the Medicaid Individual/Member)
A Small Alternative Device Agreement Form must be signed before ordering an initial device for a Medicaid individual/member. Before placing a reorder, the Provider Agency must reaffirm with the individual his or her need for requesting an alternate device by having the individual sign a new Small Alternative Device Agreement Form.

Order Number	Reason for Order (Check only one box)
	☐ First Order ☐ Lost Device - Reorder ☐ Nonfunctioning Device - Reorder

Location where the device will be installed:

Street Address _____ Unit or Apartment # _____

City _____ State _____ Zip Code _____

Medicaid Electronic Visit Verification (EVV)
Small Alternative Device Order

Provider Agency / FMSA Information Associated with Service Delivery to the Medicaid Individual/Member Named on Page 1

Provider Agency / FMSA Legal Entity Name | MCO-SDA | Provider NPI or API | Provider TPI

DBA | Provider TIN | DADS 9 Digit Contract Number

Certification

My signature below certifies that I have the authority to sign Small Alternative Device Order Forms on behalf of the Provider Agency or FMSA identified above. I attest the information provided on this form is correct and complete. The Provider Agency, or individual receiving the device on behalf of the FMSA, agrees to (1) install the device in the Medicaid member's home, (2) return all nonfunctioning devices and devices that are no longer used to the appropriate vender, and (3) return all devices timely to the issuing EVV vendor upon termination of its affiliation with the issuing EVV vendor. (Consult your EVV Vendor for more information.)

Signature of Provider Agency Representative | Date

Title | ( ) AC Phone | Email Address

SHIPPING INFORMATION

Shipping Information for Provider Agency (Non-Consumer Directed Services)

Provider Agency Name

Street Address or PO Box | Bldg / Ste #

City | State | Zip Code

Provider Agency Contact for Shipment

Name

( ) AC Phone

Email Address

Shipping Information for FMSA – Consumer Directed Services

A device ordered for a person enrolled in CDS qualifies for direct delivery to an individual other than the Provider Agency or FMSA identified at the top of this order form. You are required to provide shipping information for a device ordered under the CDS model.

Ship to:

First Name | MI | Last Name

Street Address or PO Box | Unit or Apartment #

City | State | Zip Code

( ) AC Home Phone | ( ) AC Alternate Phone