

SOLICITUD DE RENOVACIÓN O CERTIFICADO DE HCBS MODIFICADO

Para proveedores independientes

Acción solicitada: Renovación Modificación Reactivar
(marque todo lo que corresponda)

Tipo de modificación: Cambio de nombre Cambio de dirección Eliminar servicio Añadir servicio
(marque todo lo que corresponda) Cambio de número de teléfono o correo electrónico
Cambio de la ubicación del servicio
Añadir miembro del hogar Eliminar miembro del hogar

Sección 1: Información del solicitante

Fecha de solicitud: _____ QCID: _____ ID de AHCCCS: _____

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal (*Núm., Calle, Núm. de suite o Apto.*): _____

Dirección física (*Si es diferente de la anterior*): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono (*Hogar*): _____ Número de teléfono (*Móvil*): _____

Correo electrónico: _____

Sección 2: Detalles de la certificación

- 1) Seleccione TODAS las categorías de servicio que está solicitando:**
 23 Ama de casa 28 Cuidado personal 26 Relevo 32 Habilitación
 31 Transporte no de emergencia
- 2) ¿Transporta a miembros mientras proporciona servicios?** Sí No
- 3) ¿Ofrece servicios en su hogar para miembros que no residen con usted?** Sí No
Si contestó sí, responda lo siguiente:
- a. ¿Cuál es la fecha de su última inspección del hogar? _____
- b. ¿Hay otros adultos (que no reciben servicios de la DDD) que viven en su hogar? Sí No

4) Proporcione la siguiente información de la certificación:	Fecha <i>(mm/dd/aa)</i>	N/A	Verified by Provider Coordinator <i>(Solo para el uso de la DDD)</i>
a. Vencimiento de resucitación cardiopulmonar (RCP)			
b. Vencimiento de primeros auxilios			
c. Vencimiento de Artículo 9			
d. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales			
Si seleccionó N/A, Nombre del miembro: Relación con el miembro:			
e. Auto divulgación de antecedentes penales			
f. Vencimiento de licencia de conducir			
g. Vencimiento de seguro del vehículo			
h. Vencimiento de registro del vehículo			
i. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			
j. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			
k. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			

4) Proporcione la siguiente información de la certificación (continuación):	Fecha (mm/dd/aa)	N/A	Verified by Provider Coordinator (Solo para el uso de la DDD)
l. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			
m. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			
n. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			

Notas:

Juro bajo pena de ley incluso perjurio, jurar falsamente o falsificación no jurada, que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y precisa según mi leal entender y saber.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

For DDD Use Only (Solo para el uso de la DDD)

Print DDD Provider Coordinator's Name: _____

Date Application Received by District: _____ Phone Number: _____

Notes:

By signing, I affirm that I have reviewed this application for completeness and reviewed the provider's certification file.

Provider Coordinator's Signature: _____ Date: _____