

## PLAN DE CONTINGENCIA/RESPALDO DEL MIEMBRO PARA LA VERIFICACIÓN DE VISITA ELECTRÓNICA (EVV)

<i>Nombre del Miembro</i>		<i>Núm. de ID de AHCCCS</i>	<i>Fecha del plan</i>
	<b>SERVICIOS PRESTADOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>NIVEL DE PREFERENCIA</b>
1.			
2.			
3.			

**NIVEL DE PREFERENCIA DE SERVICIO PARA MIEMBROS** - Basado en la elección del miembro sobre la rapidez con la que se necesitará un cuidador de reemplazo si el cuidador programado no está disponible. Se debe informar a los miembros que tienen derecho a solicitar un cuidador de respaldo en un plazo de dos horas si así lo desean. Coloque la letra del Nivel de Preferencia (A, B, C, etc.) en la línea correspondiente del Nivel de Preferencia del servicio:

<b>A</b>	Debe reprogramarse dentro de las dos horas posteriores a la hora de inicio programado originalmente.
<b>B</b>	Debe reprogramarse dentro de las 24 horas posteriores a la hora de inicio programada originalmente.
<b>C</b>	Debe reprogramarse dentro de las 48 horas posteriores a la hora de inicio programada originalmente.
<b>D</b>	Se realizará en la próxima visita programada.

**MEMBER HAS BEEN ADVISED THAT S/HE MAY CHANGE THE MEMBER SERVICE PREFERENCE LEVEL AND ALSO HIS/HER BACK-UP PLAN, AS INDICATED BELOW, AT ANY TIME, INCLUDING AT THE TIME THE CAREGIVER IS LATE OR DOES NOT SHOW UP\***

*Nombre en letra de molde y firma del Representante de la Agencia* \_\_\_\_\_ *Fecha* \_\_\_\_\_

Si mi cuidador no se presenta para brindar los servicios según lo programado, en el caso de una emergencia que ponga en peligro la vida, me comunicaré con el 9-1-1; de lo contrario, mi plan de respaldo es el siguiente:

<b>PLAN DE RESPALDO</b>		<b>NOMBRE</b>	<b>NÚM. DE TEL.</b>
<b>Paso 1</b>	Me comunicaré con mi agencia proveedora. Mi agencia proveedora responderá mi llamada o se comunicará conmigo en 15 minutos.		
<b>Paso 2</b>	Si mi agencia proveedora no responde en 15 minutos, me pondré en contacto con Sandata EVV en Atención al cliente de Sandata al 855-928-1140.		
<b>Paso 3</b>	Llamaré a mi cuidador no remunerado para brindar el servicio que necesito.		

Vea la página 2 para leer la declaración de EOE/ADA

---

***Nombre del Miembro***

---

***Núm. de ID de AHCCCS***

---

***Fecha del plan***

Entiendo que si no recibo mis servicios críticos a tiempo, puedo llamar a la Agencia o Sandata para informar del problema para que puedan ayudar a reemplazar a mi cuidador lo antes posible. Entiendo que también tengo derecho a presentar una queja por escrito sobre la falta de prestación de servicios según lo programado.

Entiendo que para recibir los servicios debo estar disponible y dispuesto a aceptar los servicios programados. Si elijo no aceptar los servicios, entiendo que debo informar a mi administrador de casos o proveedor. Este plan ha sido revisado conmigo y estoy de acuerdo con él. Conservaré una copia de este plan. Entiendo que hablaré con mi proveedor al menos una vez al año sobre mi plan, pero puedo cambiarlo en cualquier momento.

**POR FAVOR HAGA QUE EL MIEMBRO/TOMADOR DE DECISIONES DE CUIDADO MÉDICO FIRME AQUÍ AL MOMENTO DEL DESARROLLO INICIAL DEL PLAN:**

---

***Nombre del Miembro/Tomador de decisiones Médicas***

---

***Fecha***

---

***Nombre en letra de molde del Miembro/Tomador de decisiones Médicas***

---

***Fecha***

---

***Relación con el miembro***

<b>Nombre del Miembro</b>		<b>Núm. de ID de AHCCCS</b>	<b>Fecha del plan</b>
<b>HCPCS</b>	<b>Título del servicio</b>	<b>Plan de contingencia predeterminado</b>	
G0299	Enfermería	El servicio debe reprogramarse dentro de las 2 horas posteriores a la hora de inicio programado originalmente	
G0300	Enfermería	El servicio debe reprogramarse dentro de las 2 horas posteriores a la hora de inicio programado originalmente	
H2014	Capacitación y desarrollo de habilidades	El servicio debe reprogramarse dentro de las 24 horas posteriores a la hora de inicio programada originalmente	
S5125	Cuidado de asistente	El servicio debe reprogramarse dentro de las 2 horas posteriores a la hora de inicio programado originalmente	
S5130	Ama de casa	El servicio se realizará en la próxima visita programada	
S5150	Cuidado de relevo	El servicio debe reprogramarse dentro de las 24 horas posteriores a la hora de inicio programada originalmente	
S5151	Cuidado de relevo	El servicio debe reprogramarse dentro de las 24 horas posteriores a la hora de inicio programada originalmente	
S9123	Enfermería privada	El servicio debe reprogramarse dentro de las 2 horas posteriores a la hora de inicio programado originalmente	
S9124	Enfermería privada	El servicio debe reprogramarse dentro de las 2 horas posteriores a la hora de inicio programado originalmente	
T1019	Cuidado personal	El servicio debe reprogramarse dentro de las 2 horas posteriores a la hora de inicio programado originalmente	
T2017	Habilitación	El servicio debe reprogramarse dentro de las 24 horas posteriores a la hora de inicio programada originalmente	
S5135	Cuidado de acompañantes	El servicio se realizará en la próxima visita programada	
T1021	Auxiliar de salud en el hogar	El servicio debe reprogramarse dentro de las 2 horas posteriores a la hora de inicio programado originalmente	
G0151	Terapia física	El servicio se realizará en la próxima visita programada	
S9131	Terapia física	El servicio se realizará en la próxima visita programada	
G0152	Terapia ocupacional	El servicio se realizará en la próxima visita programada	
S9129	Terapia ocupacional	El servicio se realizará en la próxima visita programada	
S5181	Terapia respiratoria	El servicio debe reprogramarse dentro de las 2 horas posteriores a la hora de inicio programado originalmente	
G0153	Terapia del habla	El servicio se realizará en la próxima visita programada	
S9128	Terapia del habla	El servicio se realizará en la próxima visita programada	