

## **Trabajador de apoyo personal (PSW) Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores**

(Revisado el 1.º de agosto de 2018)

Este Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores (*Acuerdo*) establece las condiciones y los acuerdos para inscribirse como un Trabajador de apoyo personal de Medicaid (*Proveedor*) con la Oficina de Discapacidades del Desarrollo (ODDS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (DHS, por sus siglas en inglés), y para recibir un número de proveedor, con el fin de recibir pagos por los servicios realizados por el Proveedor a personas aprobadas y elegibles para Medicaid (*Beneficiarios*) en Oregon. Los pagos por servicios se realizan mediante fondos federales de Medicaid y fondos estatales.

### **Tipo de acción solicitada**

- Nueva inscripción       Renovación o reinscripción:

### **Tipo de proveedor solicitado (*marque todas las respuestas que correspondan*)**

Nota: todos los proveedores nuevos y los que están renovando su inscripción se inscribirán como Trabajadores de apoyo personal (84-803). Solo marque los tipos **adicionales** de proveedor que correspondan a su inscripción.

Nombre legal (*primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido, como aparecen en su tarjeta de SSN vigente*):

- 
- PSW: Servicios Intensivos Domiciliarios Infantiles (84-801)
- PSW: Cuidado Personal del Plan Estatal (84-800)
- PSW: Instructor laboral (84-809)\*

Los PSW que se están inscribiendo como **Instructores laborales (84-809)** deben contar con la capacitación adecuada requerida en la Regla Administrativa de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés) 411-345-0030 antes de inscribirse, y deben presentar

la documentación de la capacitación junto con esta solicitud. La inscripción para Instructores laborales solo es válida por dos años y debe renovarse por separado.

---

**Información del proveedor (requerida)**

➤ **Se requiere** la divulgación del Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) conforme a lo dispuesto en 41 USC 405(c)(2)(C)(i), con el fin de establecer la identidad, 42 CFR 455.104 y 455.436, con el fin de excluir la verificación, y 26 CFR 301.6109-1, con el fin de declarar la información fiscal. El DHS puede reportar información al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) y al Departamento de Impuestos de Oregon bajo el nombre y Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) proporcionados abajo.

**No deje ningún espacio de esta sección en blanco; podríamos rechazar su solicitud si no la llena por completo. Ingrese "N/A" en cualquier espacio que no aplique.**

Calle y número: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Código postal (+4): \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Dirección postal (*si es distinta*): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal (+4): \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social (SSN): \_\_\_\_\_

¿Usted ha sido condenado por una ofensa criminal relacionada con su participación en cualquier programa bajo Medicare, Medicaid o el Programa de Servicios Título XXI, desde el inicio de dichos programas?  Sí  No

¿Lo han expulsado o excluido de participar como proveedor en Medicare o en cualquier programa estatal de Medicaid o Programa del Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)?  Sí  No

No tengo un número actual de proveedor de Medicare, Medicaid, CHIP o del DHS de Oregon

Tengo un número actual de proveedor de Medicare, Medicaid, CHIP o del DHS de Oregon (mencione a continuación):

---

**Información de la agencia que presenta la solicitud (opcional)**

---

Correduría/CDDP/CIIS que presenta la solicitud

---

Correo electrónico de contacto de la correduría/CDDP/CIIS que presenta la solicitud

## ACUERDO:

Este Acuerdo establece la relación entre el Estado de Oregon, el Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés), la Oficina de Discapacidades del Desarrollo, la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) y el Proveedor, con respecto a los pagos realizados por el DHS, o por las entidades financiadas y autorizadas por el DHS a pagar servicios domiciliarios financiados públicamente y previamente autorizados, proporcionados a un Beneficiario elegible.

**Revise este Acuerdo cuidadosamente antes de firmar. Este describe sus obligaciones como proveedor de Medicaid en el estado de Oregon. No cumplir con este Acuerdo puede dar como resultado la terminación de su número de proveedor.**

### 1. **Cumplimiento de las leyes aplicables:**

El proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- a. El Proveedor deberá cumplir con las leyes y regulaciones federales, estatales y locales aplicables a los artículos y servicios en este Acuerdo, incluyendo, entre otras, la Regla Administrativa de Oregon (OAR) 407-120-0325.
- b. Si un tribunal declara que cualquier término o provisión de este Acuerdo es ilegal o está en conflicto con cualquier ley, la validez del resto de los términos y provisiones no se verá afectada. Los derechos y obligaciones de las partes se interpretarán y ejecutarán como si el Acuerdo no incluyera el término o la provisión considerada como inválida.
- c. No cumplir con los términos de este Acuerdo o de cualquier regla aplicable del DHS puede provocar la terminación, la inactivación o la recuperación de pagos, sujetas a los derechos de apelación de los proveedores, conforme a lo dispuesto en las OAR 411-375-0070 y 411-375-0080.
- d. El Proveedor es un informante por mandato de acuerdo con los Estatutos Modificados de Oregon (ORS, por sus siglas en inglés) 419B.005 a 419B.050 y ORS 124.050 a 124.095.
- e. Si el proveedor brinda servicios de transporte, este deberá cumplir con todos los requisitos reglamentarios, de licencia y de certificación, según lo establecido en los estatutos federales y estatales, reglamentos o requisitos de seguro identificados en las OAR, necesarios para proporcionar Servicios de Transporte Relacionados con la Comunidad y el Empleo, como condición para el recibo de pagos por dichos servicios.

2. **Elegibilidad del Beneficiario:** el Proveedor recibirá pagos conforme a lo dispuesto en este Acuerdo, en el Convenio de Negociación Colectiva entre la Comisión de Cuidado Domiciliario de Oregon (OHCC, por sus siglas en inglés) y el Sindicato Internacional de Empleados de Servicios (SEIU, por sus siglas en inglés), Local 503, y las reglas

administrativas aplicables vigentes en la fecha del servicio, para los servicios brindados a un Beneficiario que cuente con un plan de servicio elegible que haya sido aprobado por el DHS o por una entidad autorizada a aprobar servicios a través de un contrato con el DHS. Cualquier pago realizado por servicios proporcionados fuera del plan de servicio o pagos por servicios más allá del plan de servicio aprobado, o pagos por servicios a Beneficiarios no elegibles, se consideran pagos excesivos y son responsabilidad única del Proveedor y se le deberán reembolsar al DHS si este ha realizado dichos pagos.

### **3. Mantenimiento de registros; acceso; confidencialidad de los registros del Beneficiario:**

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

#### **a. Mantenimiento de registros:**

- i. El Proveedor mantendrá los registros (por ejemplo, hojas de trabajo, informes de incidentes [IR, por sus siglas en inglés] y notas sobre el progreso) necesarios para divulgar en su totalidad el cuidado y los servicios específicos proporcionados a un Beneficiario elegible bajo este Acuerdo para el cual se solicite un reembolso, de conformidad con las reglas administrativas aplicables.
- ii. El Proveedor es responsable de completar y garantizar la veracidad de los registros financieros y clínicos y de cualquier otra documentación relacionada con el cuidado y los servicios específicos para los cuales se ha solicitado un pago.
- iii. El Proveedor conservará y mantendrá accesibles todos los registros descritos en 3(a)(i) durante: seis años después del pago final y la terminación de este Acuerdo; cualquier periodo requerido por la ley aplicable, incluyendo los calendarios de conservación establecidos en la OAR capítulo 166, división 150; o hasta la conclusión de cualquier auditoría, controversia o litigio que resulte o esté relacionado con este Acuerdo, lo que dure más.

**b. Acceso:** todos los registros financieros y mantenimiento de registros, además del resto de la documentación relacionada con los servicios prestados bajo este Acuerdo, deberán ponerse a disposición del DHS, la OHA, el Programa Comunitario de Discapacidades del Desarrollo (CDDP, por sus siglas en inglés) que esté gestionando el caso del Beneficiario, la correduría del Beneficiario, los Servicios Intensivos Domiciliarios Infantiles (CIIS, por sus siglas en inglés), la Unidad de Fraudes contra Medicaid del Departamento de Justicia de Oregon, la Oficina de la Secretaría del Estado de Oregon y el gobierno federal, y sus representantes debidamente autorizados, para examinar, auditar y sacar copias bajo solicitud.

- c. **Confidencialidad:** los registros de un Beneficiario son confidenciales y solo pueden entregársele al Beneficiario, o a otras personas con el consentimiento previo por escrito del Beneficiario, al tutor legal del Beneficiario u otra persona que actúe como el Poder Legal del Beneficiario y de conformidad con todos los requisitos de la ley estatal y federal aplicables, o las entidades nombradas en la sección "Acceso" antes mencionada, o para fines directamente relacionados con la administración de las leyes de asistencia pública y este Acuerdo.
4. **Inscripción activa:** al firmar este Acuerdo, el Proveedor acepta que está disponible y puede proporcionar servicios a uno o más Beneficiarios elegibles para los servicios domiciliarios financiados públicamente en Oregon. Este Acuerdo puede inactivarse si los servicios no están autorizados o no se pagan durante un periodo de doce meses. Después de la inactivación, el Proveedor puede volver a presentar una solicitud de inscripción como PSW si el Proveedor desea proporcionar servicios a los Beneficiarios del DHS.
5. **Elegibilidad y participación continua:** la elegibilidad y la participación continua como un PSW están condicionadas por el desempeño y el cumplimiento que el Proveedor haga de este Acuerdo, cualquier certificación o capacitación requerida, y la precisión continua de dicha información. El Proveedor debe continuar cumpliendo con todos los requisitos de elegibilidad, según lo establecido en la OAR 411-375-0020, sujetos a verificación del DHS.
6. **Suspensiones y recuperación de pagos del Proveedor:** no cumplir con los términos de este Acuerdo, las reglas de la ODDS, las reglas del DHS y de la OHA, o no presentar una solicitud verídica en cualquier aspecto, puede provocar la inactivación del número de Medicaid del proveedor, la finalización de este Acuerdo y/o la recuperación de pagos, conforme a lo dispuesto en la división 375 del capítulo 411 de las OAR y la división 120 del capítulo 407 de las OAR.
7. **Sistema Estatal de Registro y Derivación:** la Comisión de Cuidado Domiciliario de Oregon (OHCC, por sus siglas en inglés) tiene un Sistema Estatal de Registro y Derivación (RRS, por sus siglas en inglés) para ayudar a los Beneficiarios a encontrar proveedores domiciliarios calificados. El Proveedor entiende que si acepta que lo deriven a clientes empleadores potenciales (*Beneficiarios*) a través del RRS, la información de contacto del Proveedor (*nombre, número telefónico y número de proveedor*) se divulgará a cualquier persona que esté buscando servicios domiciliarios, y que si el Proveedor no desea que su información de contacto se divulgue, el Proveedor no será elegible para la derivación a Beneficiarios potenciales.

## 8. Firma del proveedor

He leído el Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores, y la Muestra A adjunta, y cualquier adición aprobada, las entiendo y acepto cumplir con sus términos y condiciones. Asimismo, entiendo y acepto que la violación de cualquiera de los términos y condiciones de este Acuerdo constituirá un motivo para la terminación de este Acuerdo y puede ocasionar otras sanciones según lo establecido en los estatutos, las reglas administrativas o en este Acuerdo.

Nombre en letra  
impresa del  
Proveedor:

---

---

Firma del proveedor

---

Firma/fecha de entrada en  
vigor



## **Trabajador de apoyo personal Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores Muestra A**

### **1. PARTICIPACIÓN DE MEDICAID**

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. La información divulgada por el Proveedor está sujeta a verificación. Esta información se usará para fines relacionados con la administración del programa de Medicaid;
- B. El Proveedor le notificará al DHS sobre cualquier cambio que pudiera afectar a este Acuerdo o al pago de servicios cubiertos por este Acuerdo, en un plazo de treinta (30) días a partir del cambio;
- C. El Proveedor deberá, bajo petición razonable del DHS, de la OHA, la Unidad de Fraudes contra Medicaid de Oregon, la Oficina de la Secretaría del Estado de Oregon, el Centro de Servicios de Medicare y Medicaid o sus agentes o contratistas designados, otorgar acceso inmediato para revisar y copiar todos los registros de los que depende el Proveedor como apoyo para prestar el cuidado y los servicios proporcionados bajo este Acuerdo. El término "acceso inmediato" se refiere al acceso a los registros en el momento en que el Proveedor recibe la solicitud por escrito;
- D. El Proveedor no está en violación de ninguna de las Leyes Tributarias de Oregon. Para los fines de esta certificación, las "Leyes Tributarias de Oregon" se refieren a la ley tributaria estatal establecida por los Estatutos Modificados de Oregon (ORS, por sus siglas en inglés) 320.005 a 320.150 y 403.200 a 403.250, y los capítulos 118, 314, 316, 317, 318, 321 y 323 de ORS, además del programa de Asistencia de Alquiler para Adultos Mayores (ERA, por sus siglas en inglés) bajo los ORS 310.630 y 310.706 y los impuestos locales administrados por el Departamento de Hacienda bajo el ORS 305.620.
- E. El Proveedor no está sujeto a las retenciones de reserva debido a que el Proveedor está exento de las mismas, no ha recibido notificación del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) de que el Proveedor está sujeto a las retenciones de reserva debido a que no reportó todos los intereses o dividendos, o el IRS le ha notificado al Proveedor que ya no está sujeto a las retenciones de reserva.
- F. El Proveedor no ha discriminado ni discriminará en contra de ninguna minoría, mujer o pequeña empresa emergente certificada bajo el ORS 200.055 para obtener cualquier subcontrato requerido.

- G. El Proveedor no está incluido en la lista titulada “Specially Designated Nationals and Blocked Persons” (Personas Bloqueadas y Nacionales Especialmente Designados) mantenida por la Oficina de Control de Bienes Extranjeros del Departamento del Tesoro de Estados Unidos y que puede encontrarse actualmente en:  
<https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf>;
- H. En todo momento, el Proveedor deberá cumplir con las capacitaciones requeridas y las calificaciones aplicables, y deberá ser profesionalmente competente para realizar el trabajo establecido bajo este Acuerdo. No cumplir con las capacitaciones o con las calificaciones aplicables puede resultar en la inactivación de la inscripción de un proveedor para realizar un servicio.
- I. Cualquier comunicación o aviso del Proveedor deberá hacerse por escrito vía entrega personal, correo electrónico, fax o correo postal, con franqueo pagado, al DHS. Cualquier tipo de comunicación o aviso dirigido de esta forma y enviado por correo normal se considerará como recibido y efectivo cinco días después de la fecha del envío; si se envía por fax, se considerará como recibido y efectivo el día que la máquina de fax emita el recibo de la transmisión exitosa, si se realizó durante las horas hábiles normales, o al día siguiente fuera de las horas hábiles normales; si se entregó por correo electrónico, se considerará como recibido y efectivo en la fecha y hora registradas en el sistema de recepción de correo electrónico; y si se hace una entrega personal, se considerará como recibido y efectivo en el momento en que se entregue y se confirme por teléfono al DHS.
- J. Toda la información presentada por el Proveedor en este Acuerdo es verdadera y correcta. Cualquier omisión, declaración falsa o falsificación deliberada de la información proporcionada o contenida en cualquier comunicación que le brinde información al DHS puede castigarse a través de la ley administrativa o criminal o ambas, incluyendo, entre otros, la denegación de la emisión de un número de proveedor del DHS, la revocación del número de proveedor del DHS y la recuperación de cualquier sobrepago.
- K. El Proveedor reconoce que la Ley de Reclamos Falsos de Oregon, ORS 180.750 a 180.785, aplica a cualquier “reclamo” (*según lo definido por el ORS 180.750*) realizado por (*o provocado por*) el Proveedor y que tenga que ver con este Acuerdo o con los servicios para los cuales se esté realizando el trabajo conforme a este Acuerdo. El proveedor certifica que ningún reclamo descrito en la frase anterior es, ni será, un “reclamo falso” (*según lo definido por el ORS 180.750*) o una acción prohibida por el ORS 180.755. Asimismo, el Proveedor reconoce que, además de los recursos bajo este Acuerdo, si se realiza (*o provoca que se realice*) un reclamo falso o realiza (*o provoca que se realice*) una acción prohibida bajo la Ley de Reclamos Falsos de Oregon, el Procurador General de Oregon puede hacer cumplir las obligaciones

y sanciones que aparecen en la Ley de Reclamos Falsos de Oregon en contra del Proveedor.

## 2. SERVICIOS

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. El Proveedor deberá desempeñar los servicios identificados en el plan de servicio del Beneficiario de conformidad con las siguientes reglas, según corresponda:
  - 1. OAR, capítulo 411, división 305 (*Servicios de Apoyos Familiares*)
  - 2. OAR 411-034-0000 a 411-034-0090 o las normas subsecuentes (*Cuidado personal del plan estatal*)
  - 3. OAR, capítulo 411, división 375 (*Proveedores independientes que brindan servicios de discapacidades del desarrollo*)
  - 4. OAR, capítulo 411, división 450 (*Apoyos para la vida comunitaria*)
  - 5. OAR, capítulo 411-435-0050(6) (*Transporte comunitario*)
  - 6. OAR, capítulo 411, división 345 (*Servicios de empleo*)
- B. El Proveedor no entrará en ningún subcontrato ni autorizará a otra persona a realizar los servicios autorizados por este Acuerdo.

## 3. PAGO

El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:

- A. El DHS o un proveedor de los Servicios de Administración y Gestión Fiscal (FMAS, por sus siglas en inglés), en nombre del DHS, le pagará al Proveedor el trabajo proporcionado bajo este Acuerdo que esté autorizado para un pago y que sea aplicable a los servicios del PSW. Los pagos realizados por el DHS a partir de fondos públicos están sujetos al ORS 293.462. Las obligaciones del DHS y del Proveedor con respecto a los pagos del DHS al Proveedor están establecidas en el capítulo 411, divisiones 027 y 370; el capítulo 407, división 120; el capítulo 410, división 120; y el capítulo 411, división 375 de las Normas Administrativas de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés).
- B. Los pagos recibidos por parte del DHS o de un FMAS en nombre del DHS por cualquier servicio proporcionado bajo este Acuerdo son pagos íntegros. El Proveedor no le cobrará importes adicionales a los Beneficiarios elegibles, o a sus representantes, atendidos bajo este Acuerdo, excepto cuando las reglas del DHS lo permitan específicamente. El monto del pago y la metodología para hacer un pago se determina mediante los procedimientos descritos en las reglas aplicables del DHS. Al aceptar el pago, el Proveedor certifica el cumplimiento de todas las reglas aplicables del DHS. El Proveedor no recibirá pagos por trabajo realizado después del vencimiento o terminación de este Acuerdo.
- C. Como condición del pago, el Proveedor debe cumplir y continuar cumpliendo con las siguientes reglas de este Acuerdo y de pago: OAR 407-120-0300 a 407-120-1505,

OAR capítulo 410, división 120, 42 CFR 455.400 a 455.470, según corresponda, y 42 CFR 455.100 a 455.106.

- D. Un pago excesivo al Proveedor realizado por el DHS o un FMAS puede ser recuperado según lo autorizado por la ley y de conformidad con el Convenio de Negociación Colectiva aplicable, incluyendo, entre otras cosas, la retención de futuros pagos al Proveedor.
- E. El pago por los servicios realizados por un PSW depende de que el DHS reciba, por parte de la Asamblea Legislativa de Oregon, las consignaciones, limitaciones, asignaciones u otros gastos autorizados suficientes para permitirle al DHS, dentro de su discreción administrativa razonable, continuar realizando pagos.
- F. El Proveedor no es un funcionario, empleado o agente del estado de Oregon o del DHS y no deberá considerarse como (*a excepción del convenio colectivo según lo establecido en la ley estatal*) un empleado del estado de Oregon para ningún propósito. El Proveedor deberá realizar todo el trabajo como el empleado de un Beneficiario elegible o del representante (*empleador*) del Beneficiario responsable de determinar la forma y los medios adecuados del desempeño del Proveedor. Asimismo, el Proveedor entiende y acepta que el Proveedor no es un empleado de ningún CDDP, correduría ni cualquier otro contratista del DHS y no deberá considerarse como un empleado del CDDP, la correduría ni ningún otro contratista del DHS para ningún propósito, sin importar si alguna de estas entidades ayuda al empleador a seleccionar al Proveedor o a gestionar la nómina. El empleador es responsable de entrevistar y contratar a sus propios empleados, incluyendo al Proveedor. Los términos de la relación laboral del Proveedor son responsabilidad del empleador.
- G. Antes de proporcionar cualquier servicio a un Beneficiario, el Proveedor deberá haber establecido una relación laboral con el Beneficiario o el Representante (*empleador del Beneficiario*) y tanto el Proveedor como el empleador del Proveedor deben estar inscritos con el FMAS para ser elegibles para los pagos bajo este Acuerdo.
- H. La inscripción del Proveedor y la emisión de un número de Proveedor no constituye una garantía de trabajo o de ninguna cantidad mínima de trabajo.

#### **4. Duración y terminación del Acuerdo**

- A. A excepción de la Especialidad de Instructor Laboral para PSW, este Acuerdo vencerá el último día del mes en 5 años a partir de la fecha efectiva de este Acuerdo. La Especialidad de Instructor Laboral para PSW vencerá el último día del mes en 2 años a partir de la fecha efectiva de este Acuerdo. Si el Proveedor ha cumplido con todos los requisitos aplicables, la fecha efectiva de este Acuerdo es la fecha en la que el proveedor lo firmó.
- B. El DHS terminará o inactivará este Acuerdo si:

1. El DHS emite un fallo definitivo que anule el número del Proveedor, basado en un fallo bajo los términos y condiciones de terminación establecidos en la OAR 411-375-0070;
2. El Proveedor no proporciona información completa, correcta y de forma oportuna o no coopera con todos los requisitos de evaluación, a menos que el DHS determine que no es para el mejor interés del programa de Medicaid;
3. Se despide al Proveedor bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social o bajo un programa de Medicaid o programa CHIP de cualquier estado;
4. El Proveedor no proporciona huellas digitales, de una forma que el DHS determine, en un plazo de 30 días a partir de una solicitud de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) o del DHS, a menos que el DHS determine que no es para el mejor interés del programa de Medicaid;
5. El CMS o el DHS determine que el Proveedor ha falsificado cualquier información proporcionada en la solicitud o si el CMS o el DHS no pueden verificar la identidad del proveedor solicitante;
6. El DHS no recibe financiación, apropiaciones, limitaciones u otros gastos autorizados a niveles que el DHS o el programa específico determine que sean suficientes para el pago de servicios o artículos cubiertos bajo este Acuerdo;
7. Las leyes, regulaciones o lineamientos federales o estatales se modifiquen o interpreten por el DHS de tal forma que el Acuerdo prohíba la prestación de servicios y artículos o el DHS no tenga permitido pagar dichos servicios o artículos con la fuente de financiación planeada;
8. El Proveedor ya no califique como tal. La terminación tendrá efecto en la fecha en la que el Proveedor ya no califique; o,
9. El Proveedor no cumple con uno o más de los requisitos que regulan la participación como proveedor inscrito con el DHS, incluyendo los requisitos de pasar una verificación de antecedentes cada dos años. Además de la terminación o inactivación del Acuerdo, el número de Proveedor puede suspenderse inmediatamente, de conformidad con la OAR 407-120-0360. No se deberá proporcionar ningún servicio o artículo a los beneficiarios durante un periodo de suspensión. Además,
10. El DHS puede dar término a este Acuerdo en cualquier momento con un aviso por escrito al Proveedor.

C. El Proveedor puede dar término a este Acuerdo en cualquier momento, de acuerdo con los requisitos de terminación específicos al proveedor en las reglas de la OHA, las reglas específicas al programa del DHS y los reglamentos federales, al presentar

un aviso por escrito, en persona o por correo electrónico, en donde se mencione una fecha efectiva y específica de terminación. La terminación de este Acuerdo no libera al Proveedor de ninguna obligación por los servicios cubiertos o artículos proporcionados en las fechas de servicio durante las cuales el Acuerdo estuvo vigente. Las notificaciones del Proveedor deben presentarse mínimo 60 días antes de la fecha efectiva de terminación y deben enviarse a la oficina local y a la Unidad Administrativa de Contratos y Proveedores del ODDS a la dirección que se encuentra a continuación. El Proveedor y el DHS pueden acordar mutuamente y por escrito una fecha de terminación inmediata o cualquier fecha posterior acordada por escrito.

## **5. Indemnización**

**EL PROVEEDOR INDEMNIZARÁ Y DEFENDERÁ AL ESTADO DE OREGON, LOS CDDP, LAS CORREDURÍAS O SUS INTERMEDIARIOS FISCALES, SUS RESPECTIVAS AGENCIAS Y FUNCIONARIOS, EMPLEADOS Y AGENTES CON RESPECTO A CUALQUIER RECLAMO, DEMANDA, ACCIÓN, PÉRDIDA, DAÑO, RESPONSABILIDAD, COSTO Y GASTO DE CUALQUIER NATURALEZA SURGIDO O RELACIONADO CON LOS ACTOS U OMISIONES DEL PROVEEDOR BAJO ESTE ACUERDO.**

**Devuelva el documento completado a:**

**Departamento de Servicios Humanos  
ODDS Contracts and Provider Administration Unit  
500 Summer St., NE E-09  
Salem, OR 97301**

**O**

**Correo electrónico: [PSW.Enrollment@odhsoha.oregon.gov](mailto:PSW.Enrollment@odhsoha.oregon.gov)**

**O**

**Fax: 503-947-5044**

**NOTA:** Este formulario puede contener su información personal. Si usted envía este formulario por un correo electrónico no seguro, existe el riesgo de que pudiera ser interceptado por alguien a quien no estaba dirigido.

Si no está seguro sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico seguro, considere usar el correo postal o fax.