ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Division of Developmental Disabilities
Home and Community Based Services (HCBS)

NOTICE OF HCBS-PROHIBITED PRACTICES

The following are prohibited practices considered by DDD to be grounds for termination of a service agreement and/or the suspension, revocation or non-renewal of a HCBS certification.

A provider is prohibited from:

1. Falsifying or forging an application, service agreement or certification record *(e.g., training documentation, social security number, criminal background information, etc.)*;
2. Getting anyone to sign a blank or only partially completed billing form;
3. Altering or falsifying billings in any way after the responsible person has signed the form;
4. Claiming or reporting hours that were not actually worked by that provider;
5. Actually working on a given day and billing those hours for a different day or for a different time;
6. Completing a billing form indicating the scheduled hours rather than the actual hours worked;
7. Providing or billing for respite care for more than three clients at the same time, unless prior written authorization has been given by a DDD District Program Manager or designee;
8. Providing or billing for more than one service category at a time *(e.g., attendance, habilitation, respite, etc.)*;
9. Providing a service or billing for more than one client at any given time. The only exception is for respite services as indicated in number 7 above.

I have read the foregoing prohibited practices, understand them and agree to abide by these standards. I understand that violation of one or more of these prohibited practices may result in suspension, revocation or non-renewal of my HCBS certification.

_____	_____	_____
Provider's Name *(please print)*	Signature	Date

ROUTING: White – HCBS Central Office; Canary – Provider.

Equal Opportunity Employer/Program ◆ Español en el reverso.

Under the Americans with Disabilities Act (ADA), the Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service, or activity. For example, this means that if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program or activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. This document is available in alternative formats by contacting (602) 542-6825.

DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA
División de Incapacidades del Desarrollo
Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS)

AVISO DE PRACTICAS PROHIBIDAS EN LOS SERVICIOS HCBS

DDD considera a las prácticas descritas a continuación como prohibidas y motivo para la terminación de un contrato de servicios o la suspensión, revocación o denegación de renovación de una certificación de HCBS.

Está prohibido que un proveedor:

1. Falsifique o fabrique una solicitud, un contrato de servicios o un archivo de certificación *(por ejemplo documentación de entrenamiento, número de seguro social, información de antecedentes criminales, etc.)*;
2. Haga a alguien firmar un formulario de facturación en blanco o llenado sólo en parte;
3. Altere o falsifique facturas de manera alguna después de que la persona responsable haya firmado el formulario;
4. Reclame o informe horas que ese proveedor en efecto no haya trabajado;
5. En efecto trabaje cierto día específico y luego facture esas horas como trabajadas en otra fecha o a otras horas;
6. Llene un formulario de facturación indicando las horas programadas en lugar de las horas en efecto trabajadas;
7. Proporcione o facture por cuidado de respiro provisto a más de tres clientes simultáneamente, salvo que haya obtenido previa autorización escrita del Gerente de Programas de DDD del Distrito o del representante de éste;
8. Proporcione o facture simultáneamente por más de una categoría de servicio *(por ejemplo ayuda, capacitación, respiro, etc.)*;
9. Proporcione o facture en cualquier momento por más de un cliente. La situación descrita en el número 7 arriba constituye la única excepción a esto.

He leido las prácticas prohibidas descritas arriba, las entiendo y me comprometo a seguir estas normas. Entiendo que el no acatar una o más de estas normas puede resultar en la suspensión, revocación o denegación de renovación de mi certificación para HCBS.

FAVOR DE LLENAR LOS BLANCOS DEL FRENTE DE ESTE FORMULARIO

Nombre del proveedor *(en letra de molde)* Firma Fecha

DISTRIBUCION: Blanca – oficina central de HCBS; Amarilla – Proveedor.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ◆ English on front.

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, comuníquese con: (602) 542-6825.