

Estimado solicitante de cuidado:

Gracias por su interés en convertirse en cuidador remunerado de una familia de Apoyo a Largo Plazo para Niños (CLTS, por sus siglas en inglés) del Condado de Rock a través de nuestro programa de agente fiscal. Este programa permite a las familias de CLTS emplear a personas de confianza como usted para brindarles los servicios que tanto necesitan. Estos servicios están financiados por los Servicios Humanos del Condado de Rock, pero los paga KCC Fiscal Agent Services en forma de cheque de pago para usted.

Adjunto encontrará toda la documentación necesaria para presentar la solicitud. La lista de verificación en la primera página describe todos los formularios.

Una vez que haya completado todo el papeleo, devuélvalo a la familia de su empleador; luego completarán y firmarán los formularios necesarios y enviarán todo a los Servicios de Agente Fiscal de KCC para su procesamiento.

### **INFORMACIÓN DE LA HOJA DE HORARIOS PARA USTED**

Todos los pagos se realizan con cheque. Hay dos períodos de pago en un mes. 1-15 y 16-30.

Aquí hay un ejemplo de cómo se realizan los pagos y se determinan los plazos para enviar.

Período de pago del 1 de enero al 15 de enero

Las hojas de horas vencen el 20 de enero (5 días después de que termine el período de pago)

El pago está entonces programado para el 30 de enero (10 días después de la fecha de vencimiento de la hoja de tiempo)

Período de pago del 16 de enero al 31 de enero

Las hojas de horas vencen el 5 de febrero (5 días después de que termine el período de pago)

El pago está entonces programado para el 15 de febrero (10 días después de la fecha de vencimiento de la hoja de tiempo)

¡Gracias otra vez por su interés!

Departamento de Servicios Humanos del Condado de Rock: Apoyo a largo plazo para niños

PAPELEO DEL PROVEEDOR

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

	Proveedor Iniciales
He recibido y comprendo el SPC del servicio que estaré brindando.	
Recibí, completé y envié la Verificación de Estándares de Proveedor Calificado de Exenciones CLTS para cada servicio que proporcionaré.	
He recibido y leeré los siguientes folletos: * Comunicarse con y sobre personas con discapacidades * Enfoque proactivo * Derechos del Cliente * Respetar las elecciones del cliente * Reconocimiento y respuesta a emergencias * Política y Procedimiento de Respiro Nocturno CLTS	
Recibí y entiendo mi papel y responsabilidad en el Reporte de Incidentes Críticos y tengo la información de contacto para reportar Incidentes Críticos así como la información para reportar cualquier inquietud de abuso físico, verbal y sexual de niños/ adultos, maltrato, negligencia y explotación financiera.	
He completado y enviado el formulario W-4.	
He completado, firmado y enviado el Acuerdo de proveedor del programa Medicaid de Wisconsin y el Reconocimiento de los términos de participación. F-00180B Recibí copias en blanco de las hojas de asistencia que deben completarse para recibir el reembolso de los servicios. Entiendo que las hojas de horas deben completarse con las fechas y horas precisas para el	
según mi leal saber y entender, y debe estar firmado por mí y por el padre/tutor del cliente o el cliente (si tiene 18 años o más). Entiendo que las hojas de horas deben ser enviadas por mí al agente fiscal de manera oportuna. Cualquier hoja de tiempo que se crea que es fraudulenta o falsificada se remitirá a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.	
He completado, firmado y enviado el formulario de Verificación de Seguro de Responsabilidad Civil del Vehículo.	
He recibido y comprendo la información proporcionada sobre la prevención del fraude del programa.	

Entiendo que mi firma indica que he recibido copias como se indica y que entiendo la información como se indica. Negarse a firmar cualquiera de los formularios o falsificar información puede afectar la aprobación del reembolso de las horas proporcionadas a través de los Servicios de Exención CLTS.

Firma del niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 (Si el niño tiene 14 años o más)

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del proveedor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

CONTRATO DE EMPRESA

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño \_\_\_\_\_

Entiendo que el cuidador es contratado por mí y no es un empleado de los Servicios Humanos del Condado de Rock.
Entiendo que mi cuidador recibirá un cheque de pago por los servicios a través del agente fiscal de KCC bajo contrato con los Servicios Humanos del Condado de Rock. El pago se basa en la finalización del cuidador y la presentación de las hojas de horas proporcionadas mensualmente o dos veces al mes.
Entiendo que soy responsable de la capacitación y supervisión del cuidador.
Entiendo que si mi hijo está en un entorno no elegible (hospital, detención segura, centro psiquiátrico) no se pueden prestar los servicios.
Entiendo que este programa depende de fondos federales y soy responsable de prevenir y denunciar el fraude.

FIRMAS DE LOS EMPLEADORES:

Firma del niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

(Si el niño tiene 14 años o más)

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Exenciones de apoyo a largo plazo para niños (CLTS)**  
**DESCRIPCIÓN GENERAL DEL INFORME DE INCIDENTES CRÍTICOS**

**¿Qué es un incidente crítico?**

Un incidente crítico es cualquier evento o situación real o supuesta que crea un riesgo significativo o un daño grave para la salud física, mental, la seguridad o el bienestar de su hijo. Los incidentes críticos que deben informarse a su Coordinador de soporte y servicios incluyen:

- Cualquier abuso o negligencia del niño conocido o sospechado.
- Errores en el manejo médico o de medicamentos que resulten en una reacción adversa significativa que requiera atención médica.
- El inicio de una investigación por parte de las fuerzas del orden público de un evento o acusación con respecto a un niño como perpetrador o víctima, a menos que dicha acción sea un componente de un plan de tratamiento o crisis aprobado.
- Daños significativos y sustanciales a la residencia del niño o proveedor de servicios.
- Uso de aislamiento, reclusión o restricción por parte de un proveedor de servicios que no está incluido ni aprobado como parte de un plan de apoyo conductual.
- Un evento o comportamiento inesperado que cause una lesión grave o un riesgo para el niño; que pueden incluir huir, provocar un incendio, violencia, hospitalización como resultado de un accidente, intentos de suicidio presuntos o confirmados, o la muerte del niño.

**Si ocurre alguno de estos incidentes, comuníquese con su Coordinador de soporte y servicios.**

**Nombre de contacto y número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**¿Por qué se reporta un incidente crítico?**

- La garantía de la salud, la seguridad y el bienestar de su hijo es una condición de todas las Exenciones de Medicaid de los Centros federales de Servicios de Medicare y Medicaid.
- Una de las formas en que tanto el Estado como los agentes contratados aseguran la salud, la seguridad y el bienestar de su hijo es informando, monitoreando y resolviendo incidentes críticos individualmente.
- Para abordar los incidentes a medida que ocurren y disminuir la probabilidad de que se repitan.

**¿Cómo se reporta un incidente crítico?**

- Tan pronto como sea posible, las familias y los proveedores deben informar los incidentes críticos al Coordinador de servicios y apoyo de su agencia.
- Los coordinadores de servicios y apoyo de la agencia deben informar de inmediato los incidentes críticos al personal estatal responsable del programa de exención CLTS para garantizar que se hayan tomado las medidas necesarias para proteger al niño y garantizar la seguridad.
- Los coordinadores de servicios y apoyo de la agencia deben presentar un informe final dentro de los 30 días posteriores al incidente.

**¿Qué sucede después de que se informa un incidente crítico?**

- Se espera que los coordinadores de apoyo y servicios aborden y resuelvan situaciones e implementen sistemas para disminuir la probabilidad de que se repita.
- El personal estatal responsable del programa CLTS Waiver utilizará la información recopilada en los informes de incidentes críticos para identificar tendencias estatales o regionales, que luego permitirán el desarrollo de capacitación o intervenciones para disminuir la probabilidad de recurrencia.

***Si ocurre un incidente crítico, las familias y los proveedores deben buscar toda la atención y asistencia necesarias del personal médico o de emergencia, según corresponda. Este procedimiento de informe no proporciona una respuesta inmediata ni reemplaza otros informes obligatorios que se esperan del personal de la agencia.***

- La agencia de exención debe informar a los padres/tutores sobre cualquier incidente informado. Los padres o tutores deben ser informados del evento dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la hora y fecha del informe de la agencia de exención al estado. Si el incidente involucra un delito (como abuso, negligencia, explotación, abuso infantil, robo de propiedad o fondos, agresión sexual, agresión o robo), se debe notificar a las agencias de servicios de protección y aplicación de la ley correspondientes.

### **Informes de los servicios de protección infantil**

En caso de que necesite hacer un informe de abuso o negligencia de un niño menor de 18 años al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Rock: Servicios de Protección Infantil, puede llamar directamente al 1-608-757-5401 de lunes a Viernes, 8am a 5pm.

Si es después de ese horario o en un día feriado, llame al número que no es de emergencia del condado de Rock al 1-608-757-2244 y pida hablar con el trabajador de guardia de CPS después del horario de atención.

Si hay un problema inmediato de salud y/o seguridad, llame al 911 para obtener una respuesta más inmediata.

Los Servicios de Protección Infantil son un campo especializado del Sistema de Bienestar Infantil. La intervención de CPS está justificada cada vez que hay un informe de un niño que puede estar en peligro, abusado, descuidado o en riesgo de abuso o negligencia.

El abuso físico se define en el art. 48.02 (1)(a), Stats., como "Daño físico infligido a un niño que no sea por medios accidentales". "Lesión física" incluye, pero no se limita a, laceraciones, huesos fracturados, quemaduras, lesiones internas, hematomas graves o frecuentes o grandes daños corporales, tal como se define en la s. 939.22 (14)."

negligencia se define en el s. 48.981 (1)(d), Stats., como "falta, rechazo o incapacidad por parte de un cuidador, por razones distintas a la pobreza, para brindar el cuidado, alimentos, ropa, atención médica o dental o albergue necesarios para poner en peligro la salud física del niño".

Abuso sexual: hay dos tipos generales de contacto sexual y relaciones sexuales:

- Cuando un niño, hombre o mujer, es agredido o victimizado, explotado o coaccionado de otro modo por otra persona, ya sea un adulto o un niño
- Cuando un niño, hombre o mujer, participa en actividades sexuales mutuas con un compañero, pero el niño no tiene la edad suficiente para dar su consentimiento según las leyes de Wisconsin.

### **Informes de servicios de protección para adultos**

En caso de que necesite hacer un informe de abuso o negligencia de una persona mayor de 18 años al Centro de recursos para personas mayores y discapacitadas del condado de Rock (ADRC), puede llamar directamente al 1-608-741-3600 o sin cargo al 855-741-3600 de lunes a viernes, de 8 a. m. a 4:30 p. m. Después de ese horario o en días festivos, puede llamar a Intervención de Crisis al 1-608-757-5025.

Si hay un problema inmediato de salud y/o seguridad, llame al 911 para obtener una respuesta más inmediata.

Abuso físico : imposición intencional o imprudente de dolor físico o lesión, enfermedad o cualquier deterioro de la condición física.

Abuso emocional : lenguaje o comportamiento que no tiene un propósito legítimo y tiene la intención de intimidar, humillar, amenazar, asustar o acosar de otro modo a la persona a quien se dirige el lenguaje o la conducta.

Abuso sexual: contacto o relación sexual con otra persona sin consentimiento (una violación de la ley de agresión criminal, §940.225 (1), (2), (3) o (3m)).

Tratamiento sin Consentimiento: la administración de medicamentos o la realización de psicocirugía, terapia electroconvulsiva o investigación experimental a un individuo que no haya dado su consentimiento informado, con el conocimiento de que no existe autoridad legal para la administración o realización.

Confinamiento o restricción irrazonable: el confinamiento intencional e innecesario de una persona en una habitación cerrada con llave, la separación involuntaria de su área de vivienda, el uso de restricciones físicas o la provisión de medicamentos innecesarios o excesivos. (Nota: esto no incluye el uso de estos métodos o dispositivos si se ajustan a las normas estatales y federales que rigen el confinamiento y la restricción).

Llame al coordinador de soporte y servicios (SSC) cuando ocurran incidentes.

Nombre

Número de teléfono

notas



## Guía familiar para Informe de incidentes

Mantener a los niños seguros.

En la vida cotidiana, pueden ocurrir incidentes que afecten la seguridad de un niño. Debe informar incidentes que amenacen la salud física, la salud mental, la seguridad o el bienestar del niño.

Reportar un incidente puede ayudar a mantener al niño seguro y evitar que vuelva a suceder.



WISCONSIN DEPARTMENT  
of HEALTH SERVICES

Division de Servicios de Medicaid  
Oficina de Servicios para Niños

[dhs.wisconsin.gov](http://dhs.wisconsin.gov)

P-00069A (02/2022)

Apoyo a largo plazo para niños  
(CLTS) Programa

Comunidad Infantil  
Programa de Opciones (CCOP)

## ¿Qué es un incidente?

Un incidente es un evento o situación que crea un riesgo o daño a la salud física, la salud mental, la seguridad o el bienestar de un niño. Un incidente es un evento que:

- Ha ocurrido.
- Se sospecha o se piensa que ha sucedido.
- Está amenazado de suceder.

## ¿Por qué reportar incidentes?

Se informa un incidente para ayudar a apoyar la seguridad y el bienestar de los niños inscritos en el Programa CLTS o CCOP.

Las familias y los proveedores deben informar los incidentes al coordinador de servicios y apoyo (SSC).

El SSC puede ayudar a su familia a asegurarse de que esté recibiendo los servicios y apoyos para ayudar al niño a mantenerse seguro.

## ¿Cuándo deberías llamar?

Llame al SSC lo antes posible. Informar un incidente lo antes posible ayuda a que el niño y su familia reciban el apoyo y los servicios necesarios para ayudar a mantener al niño seguro.

Si no está seguro de si es necesario informar un incidente, solicite ayuda al SSC.

## ¿Qué pasa después?

• El SSC le preguntará a usted ya su familia sobre lo que sucedió o pudo haber sucedido, y lo ayudará a explorar formas de apoyar al niño y prevenir futuros incidentes. También puede ser un momento útil para revisar los apoyos y servicios del niño.

- El SSC informará al Wisconsin

Departamento de Servicios de Salud (DHS) sobre el incidente y qué medidas se están tomando para ayudar a proteger al niño.

## ¿Qué pasa si es una emergencia?

- ¡Llame al 911 inmediatamente si el niño aún está en riesgo de sufrir daños y necesita ayuda!
- Notifique al SSC además de cualquier otro profesional que pueda estar involucrado, como la policía o los servicios de protección infantil.

## Ejemplos de incidentes

- El niño ha sido o se sospecha que ha sido abusado, descuidado o explotado.
- El niño está sujeto físicamente por un proveedor de CLTS o CCOP.
- El niño tiene tendencias suicidas y es ingresado en un hospital.
- Al niño se le da el mal medicamento y es ingresado en el hospital.
- El niño tiene contacto con la policía.

Estos son solo algunos ejemplos de incidentes.

Asegúrese de informar cualquier situación en la que el niño haya sido dañado o esté en riesgo de ser dañado.



# Certificado de Retenciones del Empleado

**Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.**

**Entregue el Formulario W-4(SP) a su empleador.**

**La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

## 2023

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

<b>Paso 1:</b> <b>Anote su Información Personal</b>	(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	<b>(b) Su número de Seguro Social</b>
	Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a <a href="http://www.ssa.gov/espanol">www.ssa.gov/espanol</a> .
	Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
	(c) <input type="checkbox"/> Soltero o Casado que presenta una declaración por separado <input type="checkbox"/> Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos <input type="checkbox"/> Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

**Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5.** Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención, otros detalles y conocer acerca de su privacidad.

**Paso 2:** Complete este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos. Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

**Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan**

(a) Reservado para uso futuro.

(b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o

(c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa

**CONSEJO:** Si usted tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, vea la página 2.

**Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para sólo UNO de sus empleos.** Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto).

<b>Paso 3:</b> <b>Reclamación de Dependiente y Otros Créditos</b>	Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta): Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 . . . . . \$ _____ Multiplique el número de otros dependientes por \$500 . . . . . \$ _____ Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí . . . . .	<b>3</b>	\$
<b>Paso 4 (opcional):</b> <b>Otros Ajustes</b>	(a) <b>Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia).</b> Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación . . . . .	<b>4(a)</b>	\$
	(b) <b>Deducciones.</b> Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la <b>Hoja de Trabajo para Deducciones</b> en la página 3 y anote el resultado aquí . . . . .	<b>4(b)</b>	\$
	(c) <b>Retención adicional.</b> Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago . . . . .	<b>4(c)</b>	\$

<b>Paso 5:</b> <b>Firme Aquí</b>	Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.		
	<b>Firma del empleado</b> (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).	<b>Fecha</b>	

<b>Para Uso Exclusivo del Empleador</b>	Nombre y dirección del empleador	Primera fecha de empleo	Número de identificación del empleador (EIN)
-----------------------------------------	----------------------------------	-------------------------	----------------------------------------------



## Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia abajo corresponden al Código Federal de Impuestos Internos a menos que se indique de otra manera.

### Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados con el Formulario W-4(SP), como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite [www.irs.gov/FormW4SP](http://www.irs.gov/FormW4SP).

### Propósito del Formulario

Complete el Formulario W-4(SP) para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Si no se le retiene una cantidad suficiente, por lo general, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa. Si se le retiene demasiado, por lo general, recibirá un reembolso. Complete un Formulario W-4(SP) nuevo cuando cambios a su situación personal o financiera modificaran las entradas en el formulario. Para obtener más información sobre la retención y cuándo presentar un Formulario W-4(SP) nuevo, vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado), en inglés.

**Exención de la retención.** Puede reclamar la exención de la retención para 2023 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2022, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2023, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2022 si (1) su impuesto total en la línea **24** de su Formulario 1040, 1040(SP), 1040-SR o 1040-SR(SP) de 2022 es cero (o si la línea **24** es menor que la suma de las líneas **27**, **28**, y **29**) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcto. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2023. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo "*Exempt*" (Exento) en el Formulario W-4(SP) en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1(a), 1(b) y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4(SP). Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4(SP) nuevo antes del 15 de febrero de 2024.

**Su privacidad.** Si le preocupa divulgar su información en el Paso 2(c), puede escoger el Paso 2(b); si le preocupa divulgar su información en el Paso 4(a), puede anotar una cantidad adicional que desea que se le retenga por cada período de pago en el Paso 4(c).

**Trabajo por cuenta propia.** Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si quiere pagar los impuestos sobre los ingresos y el trabajo por cuenta propia por medio de la retención de sus salarios, deberá anotar el ingreso del trabajo por cuenta propia en el Paso 4(a). Luego, calcule su impuesto sobre el trabajo por cuenta propia, divida ese impuesto por el número de períodos de pago restantes en el año e incluya la cantidad resultante por período de pago en el Paso 4(c). También puede sumar la mitad de la cantidad anual del impuesto sobre el trabajo por cuenta propia al Paso 4(b) como deducción. Para calcular el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia, por lo general, se multiplican los ingresos del trabajo por cuenta propia por 14.13% (esta tasa es una forma rápida de calcular su impuesto sobre el trabajo por cuenta propia y es igual a la suma del 12.4% del impuesto del Seguro Social y del 2.9% del impuesto del *Medicare* multiplicado por 0.9235). Vea la Publicación 505 para más información, especialmente si la suma de los ingresos del trabajo por cuenta propia multiplicada por 0.9235 y los salarios excede los \$160,200 para un individuo determinado.

**Extranjero no residente.** Si es extranjero no residente, vea el Aviso 1392, *Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens* (Instrucciones suplementarias del Formulario W-4 para extranjeros no residentes), en inglés, antes de completar este formulario.

## Instrucciones Específicas

**Paso 1(c).** Verifique su estado civil anticipado para efectos de la declaración. Esto determinará la deducción estándar y las tasas de impuesto utilizadas para calcular su retención.

**Paso 2.** Utilice este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

Si usted (y su cónyuge) tiene sólo un total de dos empleos, puede marcar el recuadro en la opción **(c)**. El recuadro también tiene que estar marcado en el Formulario W-4(SP) para el otro empleo. Si el recuadro está marcado, la deducción estándar y las escalas de impuestos para cada empleo se reducirán a la mitad para calcular la retención. Esta opción es más o menos precisa para empleos con remuneración similar; de no ser así, se le pueden retener más impuestos de lo necesario y esta cantidad adicional será mayor, mientras más grande sea la diferencia salarial entre los dos empleos.



**Múltiples empleos.** Complete los Pasos 3 a 4(b) en sólo un Formulario W-4(SP). La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4(SP) para el empleo que le paga el salario más alto.

**Paso 3.** Este paso provee instrucciones para determinar la cantidad del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para ser considerado hijo calificado para propósitos del crédito tributario por hijos, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad para el 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que, por lo general, vive con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Es posible que pueda reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para informarse sobre los requisitos adicionales de estos créditos, vea la Publicación 501, *Dependents, Standard Deduction, and Filing Information* (Dependientes, deducción estándar e información para la presentación de la declaración), en inglés. También puede incluir **otros créditos tributarios** para los cuales usted es elegible en este paso, como el crédito por impuestos extranjeros y los créditos tributarios por estudios. Para hacerlo, sume una cantidad estimada para el año a sus créditos por dependientes y anote la cantidad total en el Paso 3. La inclusión de estos créditos aumentará su cheque de paga y reducirá la cantidad de cualquier reembolso que pueda recibir cuando presente su declaración de impuestos.

### Paso 4 (opcional).

**Paso 4(a).** Anote en este paso el total de sus otros ingresos estimados para el año, si corresponde. No debe incluir los ingresos de ningún empleo o ingresos del trabajo por cuenta propia. Si completa el Paso 4(a), es probable que no tenga que hacer pagos de impuesto estimado para ese ingreso. Si prefiere pagar el impuesto estimado en lugar de tener impuestos sobre otros ingresos retenidos de su cheque de paga, vea el Formulario 1040-ES, *Estimated Tax for Individuals* (Impuesto estimado para personas físicas), en inglés.

**Paso 4(b).** Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea 5 de la **Hoja de Trabajo para Deducciones** si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2023 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos IRA.

**Paso 4(c).** Anote en este paso cualquier impuesto adicional que desee retener de su paga en **cada período de pago**, incluida cualquier cantidad proveniente de la línea 4 de la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos**. El anotar una cantidad aquí reducirá su cheque de paga y aumentará su reembolso o reducirá cualquier cantidad de impuesto que usted adeude.

WISCONSIN SEGURO  
DE ENFERMEDAD

**PROVEEDOR DEL PROGRAMA DE EXENCIÓN DE APOYO A LARGO  
PLAZO PARA NIÑOS (CLTS) CONVENIO Y RECONOCIMIENTO DE TÉRMINOS DE  
PARTICIPACIÓN**

**POR ÚNICO PROPIETARIO O RENUNCIA INDIVIDUAL SERVICIO PROVEEDORES**

Finalización de este formulario es requerido bajo la Ley Federal por la Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, EE. UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos , bajo el Código de Regulaciones Federales 42 CFR 431 . 107.

Nombre del proveedor Agencia (escrito o impreso)	Número de identificación fiscal	Teléfono	
Número de correo electrónico Dirección			
Línea 1 Calle Dirección (físico dirección)		Línea 2 Calle Dirección	
Envío Dirección (si aplicable)	Ciudad	Estado	Código postal Código

El nombre del proveedor de propietario único , como se indica arriba , debe coincidir exactamente con el nombre en expediente con el Wisconsin Departamento de Servicios de Salud ( DHS ), la NOSOTROS Ingreso interno Servicio (IRS) y/o Departamento de Wisconsin de Ingresos. El arriba mencionado el proveedor acepta y lo reconoce : \_\_

1. Cumplir con \_ce lia in federal y hogar de Medicaid del estado y basado en la comunidad (HCBS) leyes , reglamentos y políticas , incluyendo aquellos r e l a en g a § 191 5( c) de la social \_ \_ \_ Ley de Seguridad y Título \_ XIX, aquellos reglamentos pertinentes a Medicaid de Wisconsin programa, política oficial escrita como \_ transmitido al proveedor a través del Publicación del Programa de Exención CLTS memorandos, manuales y otros comunicado, el normas para el específico Exención CLTS dar servicio a la proveedor voluntad entregar , \_ \_ \_ y otros requisitos como definido en la Wisconsin Identificación médica \_ Casa y Manual de exenciones basadas en la comunidad . El proveedor reconoce eso es responsable de conocer las disposiciones de las leyes federales y estatales , los reglamentos , las \_ \_ \_ \_ \_ Programa de exención CLTS aplicable políticas , \_ \_ \_ \_ y para cumpliendo \_ \_ \_ \_ con todas las leyes federales y estatales aplicables como a condición de su participación como proveedor del Programa de Exención CLTS financiado por Medicaid de Wisconsin .
2. Regístrese y envíe todos requerido datos a DHS, incluyendo su Identificador de proveedor nacional (NPI). El proveedor enviará actualizaciones de información , \_ \_ \_ \_ \_ según sea necesario , para garantizar datos precisos i s en expediente con DHS . \_ Reinscripción y un firmado actualizado *CLTS Programa de exención* El formulario de *acuerdo de proveedor de Medicaid* debe ser presentado cada cuatro años, a a mínimo. El Programa de exención CL TS el sitio de registro está disponible en: <https://www.dhs.wisconsin.gov/clts/provider.shtml>.
3. Cumplir con todas las leyes federales y estatales con respecto a co n f i d e n t i a l i d y d i s c l o s u r a de información de salud personal ( PHI ) y personal \_ \_ información de identidad ( PII ) incluyendo \_ \_ \_ \_ la provisiones de la Salud Seguro Política y Ley de responsabilidad de 1996 (HIPAA) para todos los servicios , \_ \_ transacciones ( incluidas las transacciones electrónicas ) , privacidad y normas de seguridad .
4. Retener alguna registros \_ \_ \_ necesario \_ \_ a completamente documentar el servicios entregado a Participantes, en conformidad con 42 CFR § 431.107 de la federal \_ Seguro de enfermedad regulaciones, por un **periodo de Siete años**. Ver DHS 106.02, Sabiduría . Administrativo Código para política estatal relacionada con la retención de registros de proveedores .
5. A pedido \_ la proveedor deberá proporcionar al DHS, el wisconsin Unidad de Control de Fraudes contra Medicaid del Departamento de Ju st i cia , o la NOSOTROS departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) alguna información con respecto a \_ Exención CLTS Servicios del programa entregados y pagos reclamados por el proveedor.

<sup>1</sup> Nota: Esto acuerdo está destinado a utilizar por proveedores que están propietarios únicos o individuos que están no afiliado con a proveedor agencia o servicio

6. Cumplir con el REQUISITOS DE DIVULGACIÓN DE 42 CFR Parte 455, Subparte B en efecto ahora, o como pueda ser enmendado. Para cumplir con esos requisitos y abordar problemas reales o potentes o al conflicto de interés que puede influir en la prestación de servicios, proporcionar a la agencia de exenciones del condado (CWA) y al solicitante a SSO, el siguiente por escrito: \_\_\_\_\_
- Él nombres y direcciones de todos los vendedores de drogas, médico, suministros o transporte, o otros proveedores en los que tiene una participación mayoritaria o propiedad; \_\_\_\_\_
  - Él nombres y direcciones de todas las personas que tienen un interés en el proveedor;
  - Ya sea alguna de las personas nombradas de conformidad con (a) y B) encima están relacionados con alguna propietario o a una persona con un interés mayoritario como cónyuge, padre, hijo o hermano; \_\_\_\_\_
  - Él nombres y direcciones de uno o más y subcontratistas que tienen o tenían transacciones comerciales \_\_\_\_\_ con el proveedor;
- e. Él identidad de alguna persona, llamado en cumplimiento con (a) y B) encima, quién ha sido convicto de un delito relacionado a eso de la persona intervención en cualquier programa bajo Medicare, Medicaid o Título XIX programas de servicios desde el inicio de dichos programas.
7. Afirmar cada empleado y/o subcontratado individual eso entrega CLTS exención servicios a elegible participantes de parte i, mantener licencias vigentes, registros, certificaciones y/o similares, y cumple con las calificaciones especificado en el Manual de exención de CLTS, P-02256, según lo requerido por el estatuto, reglamento o regla para la prestación del servicio. En suma, el proveedor tiene completado toda evaluación requerida actividades, incluyendo un buscar de la NOSOTROS DHHS Lista de la Oficina del Inspector General de Individuo Excluido s/ Entidades (LEIE), y realizó verificaciones de antecedentes de cuidadores de Wisconsin para todos los empleados o subcontratistas con regularidad, directa acceso a Participantes de la exención SANTOLIC<sup>2</sup>
8. Consentir a la utilizar de estadística, muestreo y extrapolación como los medios para determinar los montos adeudados por el proveedor hacia Seguro de enfermedad programa como resultado de una auditoría realizada por DHS, el Departamento de Justicia Fraude a Medicaid Control Unidad, los Estados Unidos Departamento de Salud y Humano Servicios, la oficina federal de Investigación, o un agente autorizado de cualquiera de estas entidades.
9. Entregar a la CWA o DHS alguna información eso peticiones a garantizar calificado proveedores entregado previo autorizado CLTS exención servicios permitidos a participantes elegibles. Falla a suministrar la información solicitada por el solicitante resultado en negación de SANTOLIC Pago del programa de exención o sanciones relacionados con la continuación del proveedor participación en el programa.
10. Afirmar cualquier declaración hecha en esto es un documento, o durante el anillo la Registro OHS y CWA proveedor calificado pantalla en el proceso de verificación, que constituye una declaración o representación de un hecho material realizado en un solicitud de un beneficio o pago, o hecho para uso en determinando derechos a tal beneficio o pago, eso es sabido y hecho deliberadamente o causado para ser hecho por el proveedor, en el sentido de Estatutos de Wis. § 49.49 (1)(a) 1 y 2, que impone sanciones penales por fraude cometido en relación con un programa de Medicaid.
11. Afirmar reclamación (es están solo enviar por admisible CLTS exención servicios a participantes, que fueron incluido el Servicio individual del participante elegible Plan (proveedor de servicios de Internet), son priorizado autorizado por la CWA, y entregado a la Participación. Con la excepción de SANTOLIC suplementario cubierto niño cuidado gastos, el proveedor la agencia está prohibida de la facturación del CLTS Participante del programa de exención 1, o el padre/tutor del participante, para cualquier parte del costo del servicio de exención previa autorizada.
12. Aceptar como pago en lleno, montos pagado en conformidad con el índice CLTS programado establecido por DHS por los servicios: [http://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p021\\_84.pdf](http://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p021_84.pdf)
13. Entregar reclamación (es y recibir pago directo de la SST tercer administración de partidos (TPA) CLTS reclamación (es proveedor de procesamiento, Wisconsin Physician Services (WPS), de conformidad a 42 CFR § 447.10(e)). El pago del servicio es establecido en los CWA previo autorización de la forma especificada servicios por cada exención CLTS elegible participante.

14. Entregar todo \_reclamos de la TPA en el interior 120 días desde el fecha de servicio , \_o en el instancia de servicios \_ \_ cubierto por una compañía de seguros privada o Medicare, someterlo el \_servicio \_ \_reclamación (es dentro de 120 días a partir de la fecha de la declaración de explicación de beneficios (EOB) de un tercero .
15. Entregar reembolso \_ a WPS por alguna sobrepagos identificado por la CWA, WPS o DHS .
16. Este convenio puede ser término inat ed como sigue : \_
  - a. Por la proveedor como se establece adelante a s . DHS 1 06 . 05, Wisconsin Administrativo Código.
  - b. Por la Departamento al jardines colocar adelante a s. DHS 106.06, W i sconsin Administrativo Código.
  - c. de conformidad a términos colocar adelante en la W i sconsin Seguro de enfermedad Inicio \_ y Basado en la comunidad Wai vers \_ Manual.
17. A menos que rescindido antes r , esto es acuerdo deberá \_ permanecer en su totalidad fuerza y efecto por un máximo de cuatro años. Este acuerdo no se extenderá más allá de la fecha de vencimiento de la requisitos de reinscripción de cuatro años. DHS emitirá \_ notificación cuándo la cuatro años re-r eg i s trati on requisito \_ yo s debido \_

**MODIFICACIONES A TIDS CLTS CAMINO ACUERDO DE PROGRAMA ESTÁN NO PERMITIDO. EL ACUERDO TIDS NO ES TRANSFERIBLE O ASIGNABLE A OTRA FIESTA.**

Nombre - Proveedor - Único Propietario (escrito o Impreso)	Título - Operador propietario
<b>FIRMA</b> - Proveedor	Fecha firmado

2 proveedor calificado pantalla en g y verificación de credenciales y aprobación es a local condado exención agencia función, por lo cual todos cuatro años, a un mínimo, la la agencia debe evaluar y asegurar la el proveedor continúa a encontrarse todas SANTOLIC aplicable Programa de exención estándares de servicio .

Completar si proporciona  
transporte al cliente(s)

## CLTS Verificación del seguro de responsabilidad civil del vehículo

Nombre del \_\_\_\_\_ proveedor: Fecha de nacimiento del  
proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

El Departamento de Servicios Humanos del Condado de Rock requiere que los proveedores de CLTS tengan una licencia de conducir válida y un seguro de responsabilidad civil para automóviles si transportan participantes de CLTS durante un servicio pago. Para que podamos verificar su licencia de conducir y que su póliza esté vigente, proporcione la información a continuación. Este formulario le da permiso al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Rock para verificar que tiene una licencia de conducir válida y para comunicarse con su compañía de seguros para solicitar la información necesaria.

Número de carnet de conducir: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del agente: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Yo (proveedor) acepto mantener la política vigente durante el tiempo que brindo servicios para CLTS. Si, por cualquier motivo, la póliza caduca o se cancela, acepto notificar al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Rock de inmediato. La información debe proporcionarse al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Rock en cada renovación de póliza o cambio de compañía de seguros.

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor

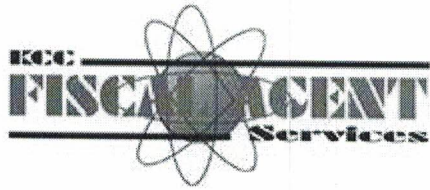
\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo (padre) otorgo permiso para que el proveedor anterior transporte a mi(s) hijo(s) durante un servicio pago.

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este formulario tiene vigencia de un año a partir de la fecha de la(s) firma(s).



## PARA TU INFORMACIÓN

### DE FRAUDE Y ABUSO

Prevención del fraude, el abuso y la negligencia son vitales para mantener la integridad dentro del Programa de apoyo autodirigido . El fraude desvía fondos que de otro modo podrían asignarse de otras maneras positivas para ayudar a quienes necesitan atención. Como destinatario de fondos, tutor, representante, proveedor de atención o participante, debe cumplir con las leyes estatales y federales para evitar el uso indebido o el fraude.

El fraude y el abuso de Medicaid es cuando una persona hace trampa o es deshonesto a sabiendas. El abuso incluye cualquier práctica que sea inconsistente con las prácticas aceptables y aumente los costos innecesariamente.

Los ejemplos de fraude y abuso pueden incluir:

- Registrar cualquier hora en una hoja de tiempo cuando no se brindó el servicio
- Realizar cambios en una hoja de tiempo después de que se haya aprobado
- Empleado que declara que realizó cuidados que en realidad no se realizaron
- Registro de horas en horarios diferentes al servicio realmente prestado
- Aprobar o autorizar horas que un empleado en realidad no completó

Cuando una persona tiene la intención de hacer trampa o ser deshonesto, eso es fraude y abuso. El fraude a Medicaid consiste en tergiversar intencionalmente los hechos para obtener beneficios no autorizados.

Es el deber y la responsabilidad de un receptor de fondos, tutor, representante, proveedor de atención o participante denunciar sospechas de fraude y abuso de Medicaid. Cómo informar: 1 877-865-3432 o <https://www.dhs.wisconsin.gov/fraud/index.htm>.