

**Programa para Niños con Discapacidades Médicas**  
**Formulario de Inscripción de Proveedores de Servicios**

**Sección I:**

Nombre del Proveedor	FID
----------------------	-----

Dirección:

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Número de Teléfono

Nombre de Contacto

Personal que asiste a la clínica

Dirección de correo electrónico

Par. 1 El presente Acuerdo entre el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska (en adelante, el Departamento) y \_\_\_\_\_, un proveedor de servicios de salud, rige la prestación de Servicios del Programa para Niños con Discapacidades Médicas y el Programa para Discapacitados Genéticos (MHCP) según se define en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, Normas y Reglamentos, Código Administrativo de Nebraska (NAC) Títulos 467.

Par. 2 Acuerdo Fecha Efectiva de \_\_\_\_\_ a través de \_\_\_\_\_

Par. 3 Servicios que deben prestarse \_\_\_\_\_

**Par. 4 y Par. 5 – SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Par. 4 Tipo de Clínica \_\_\_\_\_

Par. 5 Tasa por Servicio de Clínica por clínica completa: \_\_\_\_\_ y no puede superar un total de \_\_\_\_\_ durante el periodo de inscripción.

**Sección II:**

Razones para la Selección de este Proveedor de Servicios Médicos:  
 El Departamento está deseoso de servicios médicos para la población con necesidades especiales de atención médica indicada en este Acuerdo y considerando que el proveedor cumple plenamente las normas establecidas por el Departamento y todas las leyes estatales y federales aplicables que rigen la prestación de servicios y se compromete a prestar servicios de acuerdo con los reglamentos y procedimientos del Departamento para el Programa de Niños con Discapacidades Médicas indicado en este Acuerdo.

**Sección III:**

**Responsabilidades del Departamento:**

- Al firmar este Acuerdo, el Departamento se compromete a:
1. Asegurarse de que el proveedor de servicios médicos presenta la documentación que verifica la licencia.
  2. Asegurarse de que el formulario de inscripción del Proveedor de Servicios esté debidamente cumplimentado y de que el proveedor reciba una copia del Acuerdo.
  3. Exigir y supervisar un plan de cumplimiento cuando se haya comprobado que el proveedor infringe o incumple alguna de las normas de los términos de este Acuerdo.
  4. Revisar los cargos pendientes para determinar si la seguridad del cliente está en peligro. Otras condenas deben ser consideradas usando la guía en 467 NAC Capítulo 7.

---

**Sección IV:****Normas Generales para Proveedores:**

Al firmar este acuerdo, el Proveedor de Servicios se compromete a:

1. Participar en el Programa para Niños con Discapacidades Médicas.
2. Aceptar como pago íntegro las tarifas establecidas por el MHCP.
3. Estar en posesión de la licencia y/o el certificado exigidos por la legislación estatal.
4. Cumplir cualquier ley estatal o federal aplicable que rija la prestación de sus servicios: y
5. No estar sancionado por Medicare o Medicaid, ni por la División de Salud Pública de Nebraska.
6. Facture únicamente los servicios médicos autorizados y efectivamente prestados.
7. Presentar el documento de facturación después de que se haya prestado el servicio médico en la clínica y en un plazo de 60 días a partir de la fecha del servicio. El pago se efectuará de conformidad con la Ley de Pronto Pago del Estado de Nebraska, Neb Rev Stat §81-2401 a §81-2408.
8. Acepte el pago mediante transferencia electrónica de fondos.
9. Asegurarse de que cada miembro del personal que tenga contacto directo con el cliente haya sido autorizado por el Registro Central de Abuso/Negligencia de Menores, el Registro Central de Servicios de Protección de Adultos, el Registro de Delincuentes Sexuales de la Patrulla Estatal y la Comprobación Nacional de Antecedentes Penales de la Patrulla Estatal.
10. Mantener los resultados de estas comprobaciones en los expedientes personales de los empleados del proveedor y ponerlos a disposición del Departamento.
11. No discriminar a ningún empleado, solicitante de empleo o participante o solicitante de un programa por motivos de raza, edad, color, religión, sexo, discapacidad u origen nacional.
12. Respetar el derecho del cliente a la confidencialidad y salvaguardar la información confidencial.
13. Reconocer las responsabilidades por la seguridad y la propiedad del cliente.
14. Tener conocimientos, experiencia y/o aptitudes para prestar los servicios enumerados en el Párrafo 3 de la Sección 1.
15. Garantizar que cualquier sospecha de abuso o negligencia será notificada inmediatamente por el proveedor o sus empleados a las fuerzas del orden y/o a la línea directa de Abuso y Negligencia.
16. Reconocer que este Acuerdo se rescindirá inmediatamente cuando se descubra que el proveedor o el prestador de servicios médicos tiene antecedentes de emplear personal con condenas por delitos menores o graves que pongan en peligro la salud y la seguridad de cualquier cliente. Esto incluye delitos contra menores o adultos vulnerables, delitos que impliquen lesiones corporales intencionadas, delitos que impliquen el uso ilegal de sustancias controladas, delitos que impliquen vileza moral por parte del proveedor. Los delitos incluirían, entre otros:
  - a. Pornografía infantil;
  - b. Abuso de niños o adultos;
  - c. Conducir bajo los efectos del alcohol: una condena por conducir bajo los efectos del alcohol en los últimos ocho años;
  - d. Agresión doméstica;
  - e. Hurto en tiendas después de los 19 años y en los últimos tres años;
  - f. Delito grave de fraude en los últimos 10 años;
  - g. Delito menor de fraude en los últimos cinco años;
  - h. Cese de la condición de proveedor por causa justificada de cualquier programa del Departamento en los últimos 10 años;
  - i. Posesión de cualquier sustancia controlada en los últimos cinco años;
  - j. Posesión de cualquier sustancia controlada con la intención de entregarla en los últimos 10 años;
  - k. Delito grave o leve de agresión en los últimos 15 años;
  - l. Violación o agresión sexual;
  - m. Homicidio;
  - n. Prostitución o sollicitación en los últimos cinco años;
  - o. Delito grave o leve de robo o hurto en los últimos 10 años.
17. Aceptar la rescisión o reducción de este contrato en caso de que los fondos para financiarlo dejen de estar disponibles debido a la reducción de los créditos o de la financiación federal.
18. Aceptar la rescisión o reducción de este contrato en caso de que los fondos para financiarlo dejen de estar disponibles debido a la reducción de los créditos o de la Financiación Federal.

---

**Sección V:**

Certifico que he leído y comprendo las normas expuestas y referenciadas anteriormente y acepto cumplir todos los términos del presente Acuerdo.

Firme Aquí \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Representante del Proveedor Nombre en Letra de Molde

Firme Aquí \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma del Representante Autorizado - Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska

---

**Devuelva el formulario firmado y las demás comunicaciones a:**

Programa para Niños con Discapacidades Médicas  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska  
220 South 17th Street – 2nd Floor  
P.O. Box 95026  
Lincoln, NE 68509-5026

---