



## Consumer Agreement for PCA Fiscal Intermediary Services

- I am a consumer of MassHealth-approved Personal Care Attendant Services ("PCA Services").
- As a consumer of PCA Services, I employ my own Personal Care Attendants ("PCAs").
- I understand that the wages paid to my PCA(s) are established through a collective bargaining agreement between the PCA Quality Homecare Workforce Council (the Council) and the Union (SEIU Local 1199).
- As the employer of my PCAs, I must perform certain tasks ("Employer-Required Tasks") such as paying federal and state taxes and buying workers' compensation insurance.
- I understand that MassHealth has hired companies called fiscal intermediaries ("FIs") who can help consumers like me perform the Employer-Required Tasks.
- I understand that the fiscal intermediary that my personal care agency has chosen will be my FI.
- I understand that I must let my FI know, by filling out this form and returning it to my FI, whether I want the FI to help me with my Employer-Required Tasks.

If I *want* the FI to help me with my Employer-Required Tasks, I should choose **Option One** (Consumer-Delegated Employer Option).

If I *do not want* the FI to help me with my Employer-Required Tasks, I should choose **Option Two** (Consumer-Directed Employer Option).

- I understand that I must read the explanations of **Option One** and **Option Two** below, and then choose an option by checking one of the boxes at the end of this Agreement.
- I understand that my personal care agency or my fiscal intermediary can answer any questions I have about **Option One** or **Option Two**, give me more information, and help me choose which option is best for me.

## Acuerdo del consumidor para servicios de intermediario fiscal de PCA

- Soy consumidor del programa autorizado de MassHealth, Personal Care Attendant Services [Servicios de ayudantes de atención individual ("Servicios PCA")].
- Como consumidor de los Servicios PCA, contrato a mis propios Ayudantes de atención individual ("PCAs").
- Entiendo que los salarios pagados a mi(s) PCA(s) se han establecido por medio de un acuerdo de negociación colectiva entre el PCA Quality Homecare Workforce Council (el Concejo) y el Sindicato (SEIU Local 1199).
- Como empleador de mis PCAs, debo realizar ciertas funciones ("Tareas requeridas del empleador") tales como pagar los impuestos federales y estatales, y adquirir seguro de accidentes de trabajo.
- Tengo entendido que MassHealth ha contratado a unas compañías conocidas como intermediarios fiscales ("FIs"), los cuales pueden ayudar a usuarios como yo, a realizar las Tareas requeridas del empleador.
- Entiendo que el intermediario fiscal que mi agencia de atención individual seleccionó será mi FI.
- Entiendo que al completar y entregar este formulario a mi FI, le debo informar si deseo sus servicios para asistirme a realizar mis Tareas requeridas del empleador.

Si *quisiera* que el FI me ayude con las Tareas requeridas del empleador, debo escoger la **Opción uno** (Opción de empleador: Opción delegada por el consumidor).

Si *no quisiera* que el FI me ayude con las Tareas requeridas del empleador, debo escoger la **Opción dos** (Opción de empleador: Opción dirigida por el consumidor).

- Entiendo que debo leer las explicaciones de la **Opción uno** y la **Opción dos** al final de este acuerdo, y luego escoger una opción marcando una de las casillas al final de este Acuerdo.
- Entiendo que mi agencia de atención individual o mi intermediario fiscal puede responder cualquier pregunta que **yo** tenga sobre la **Opción uno** u **Opción dos**, darme más información y ayudarme a escoger la opción que más me convenga.

- I understand that if I have a surrogate, I must choose **Option One**, unless I have a legal guardian and my legal guardian chooses **Option Two**.

I understand that no matter which option I choose, I must:

- notify my FI any time I hire or fire a PCA, any time that I move, and any time one of my PCAs moves;
- notify my FI and my personal care agency when I am admitted to a nursing facility or other inpatient facility. I understand that MassHealth and the FI cannot pay for activity time performed by my PCA when I am in a nursing facility or other inpatient facility, and that any payments made while I am in a nursing facility or inpatient facility are considered fraud and will be reported to the state Bureau of Special Investigations for investigation, and may result in termination of my PCA services as well as other potential penalties;
- make sure that each week my PCAs sign their time sheets ("Activity Forms"), and fill them out correctly;
- make sure my PCA activity forms accurately reflect the days and hours my PCA worked for me;
- send my PCAs' completed Activity Forms to my FI, following my FI's instructions, that accurately represent the hours my PCA(s) worked for me; and
- follow the MassHealth regulations for the Personal Care Attendant Program. My personal care agency can provide me with a copy of these regulations; and

I understand that MassHealth and the FI cannot pay my PCA if my PCA is on the List of Excluded Individuals/Entities (LEIE) maintained by the U.S. Department of Health and Human Services Office of Inspector General (OIG). My FI or my personal care agency can provide me with more information about this.

I must have prior authorization for PCA services from MassHealth before my PCAs start working for me.

I understand that I may lose my eligibility for PCA services if I do not complete and return this form to my FI as instructed.

- Entiendo que si tengo un sustituto, debo escoger la **Opción uno**, a no ser que tenga un tutor legal y mi tutor legal elija la **Opción dos**.

Entiendo que no importa cuál opción escoja, tengo la obligación de:

- notificar a mi FI siempre que contrate o despidas a un PCA, siempre que cambie de dirección y siempre que cualquiera de mis PCAs cambie de dirección;
- notificar a mi FI y a mi agencia de atención individual cuando sea internado en una institución de atención especializada u otra institución para pacientes internos. Entiendo que MassHealth y el FI no pueden pagar por el tiempo de las actividades realizadas por mi PCA cuando yo esté en una institución de atención especializada u otra institución para pacientes internos, y que cualquier pago que se haga mientras esté en una institución de atención especializada u otra institución para pacientes internos se considera fraude y será reportado al Departamento de investigaciones especiales para su respectiva investigación, pudiendo dar como resultado la terminación de los servicios de mi PCA al igual que otras multas posibles;
- comprobar que mis PCAs firmen semanalmente su hoja de asistencia ("Formularios de actividades"), y que las llenen correctamente;
- comprobar que los formularios de actividades de mi PCA reflejan con precisión los días y horas en que mi PCA trabajó para mí;
- enviar los Formularios de actividades de mis PCAs completados a mi FI, de acuerdo a las instrucciones de mi FI, que representan las horas exactas que mi(s) PCA(s) trabajó (trabajaron) para mí; y
- cumplir con las normas de MassHealth sobre el Programa de ayudantes de atención individual. Mi agencia de atención individual me puede dar una copia de dichas normas; y

Entiendo que MassHealth y el FI no pueden pagarme al PCA si dicha persona está en la Lista de Individuos/Entidades Excluidas (LEIE, por sus siglas en inglés) que mantiene la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U. Mi FI o mi agencia de atención individual puede proporcionarme más información sobre esto.

Debo tener autorización previa de MassHealth para los servicios PCA antes de que mis PCAs comiencen a trabajar para mí.

Entiendo que puedo perder mi elegibilidad para los servicios PCA si no completo y devuelvo este formulario a mi FI tal como aquí se indica.

**EXPLANATION OF Option One  
(CONSUMER-DELEGATED EMPLOYER OPTION)**

- Under **Option One**, I choose to have my FI perform my Employer-Required Tasks.
- Under **Option One**, my FI will:
  - write out my payroll checks for me in the name of each PCA that worked for me;
  - make correct withholdings from my PCAs' paychecks;
  - make deductions for PCA union dues and fees in accordance with the collective bargaining agreement between the PCA Quality Homecare Workforce Council and the Union (SEIU Local 1199);
  - send all money withheld from my PCAs' paychecks to the proper agencies;
  - pay my federal, state, and local employment taxes for me;
  - pay my unemployment insurance taxes for me;
  - purchase workers' compensation insurance in my name to cover my PCAs;
  - send me the completed paychecks every two weeks for me to distribute to my PCAs — **OR** —
  - deposit my PCAs' paychecks directly into my PCAs' bank accounts if I tell the FI to do this. (I understand that MassHealth regulations require me to inform my PCAs of the option to have my PCA payments direct-deposited into the PCA's bank account.);
  - perform other Employer-Required Tasks such as getting Employer Identification Numbers (EINs) and filling out, filing, and saving copies of other required employment forms;
  - send me summaries of my payrolls, and my tax filings; and
  - send me summaries of my remaining hours of PCA services when I request this from my FI.

If I choose **Option One**, I understand that I must sign certain forms that will allow the FI to act on my behalf. I understand my PCAs cannot be paid until these forms are completed and returned to my FI. My FI will send me these forms.

My FI will also do other Employer-Required Tasks such as getting EINs and filling out, filing, and saving copies of other required employment forms.

**EXPLICACIÓN DE LA Opción uno  
(OPCIÓN DEL EMPLEADOR: DELEGADA POR EL CONSUMIDOR)**

- Bajo la **Opción uno**, opto por solicitar los servicios de un FI para que realice mis Tareas requeridas del empleador.
- Bajo la **Opción uno**, mi FI:
  - escribirá por mí los cheques de nómina a nombre de cada uno de los PCA que hayan trabajado para mí;
  - efectuará las retenciones correspondientes de los cheques de sueldo de mis PCAs;
  - hará deducciones para las cuotas y aranceles del sindicato de PCA de acuerdo con la negociación colectiva entre el PCA Quality Homecare Workforce Council y el Sindicato (SEIU Local 1199);
  - enviará todo dinero retenido de los cheques de sueldo de mis PCAs a las agencias correspondientes;
  - pagará por mí mis impuestos de empleo federales, estatales y locales;
  - pagará mis impuestos de seguro de desempleo por mí;
  - adquirirá el seguro de accidentes de trabajo en mi nombre para cubrir a mis PCAs;
  - me enviará cada dos semanas los cheques de sueldo llenados para que yo los entregue a mis PCAs — **O** —
  - depositará los cheques de sueldo directamente en las cuentas bancarias de mis PCAs, si así se lo pido. (Entiendo que las normas de MassHealth requieren que yo informe a mis PCAs de su opción de recibir mis cheques directamente en su cuenta bancaria.);
  - realizará otras Tareas propias de un empleador tales como obtener un Número de identificación del empleador (EINs, por sus siglas en Inglés) y completar, presentar y guardar las copias de los demás formularios de empleo obligatorios;
  - me enviará resúmenes de mi nómina y presentaciones de impuestos; y
  - me enviará resúmenes de las horas restantes de mis servicios de PCA cuando yo lo solicite de mi FI.

Si opto por la **Opción uno**, entiendo que debo firmar ciertos formularios que le permitirán al FI actuar en mi nombre. Entiendo que mis PCAs no pueden recibir su paga hasta que estos formularios sean llenados y devueltos a mi FI. Mi FI me enviará dichos formularios.

Mi FI también hará otras Tareas requeridas del empleador tales como obtener los EINs y completar, presentar y guardar copias de otros formularios de empleo obligatorios.

**EXPLANATION OF Option Two  
(CONSUMER-DIRECTED EMPLOYER OPTION)**

Under **Option Two**, I choose to perform the Employer-Required Tasks myself.

- Under **Option Two**, I will
  - submit my PCA's activity forms to the FI as Instructed;
  - ensure that my PCA activity forms accurately reflect the day and hours my PCA worked;
  - process my payroll for all of my PCAs;
  - pay my PCAs correctly and on time;
  - send all money withheld from my PCAs' paychecks to the proper agencies;
  - purchase workers' compensation insurance for my PCAs;
  - pay my PCAs the hourly wage established through the collective bargaining agreement between the PCA Quality Homecare Workforce Council and the Union (SEIU Local 1199). (The FI can tell me what these rates are.);
  - file and pay my own federal, state, and local employment taxes;
  - file and pay my own unemployment insurance taxes;
  - not hire a PCA whose name appears on the List of Excluded Individuals/Entities (LEIE) maintained by the U.S. Office of Inspector General (OIG).  
MassHealth and the FI cannot pay a PCA who is on the LEIE. My FI or my personal care agency can provide me with information about this;
  - make correct withholdings from my PCAs' paychecks;
  - make deductions for PCA union dues and fees in accordance with the collective bargaining agreement between the PCA Quality Homecare Workforce Council and the Union (SEIU Local 1199) and forward the dues and fees collected to the Union.

I understand I can contact my FI to obtain the phone number for SEIU if I have any questions about this; and

- give proof to the FI, when requested, that I have done all these tasks correctly.

Under **Option Two**, the FI will send me one check every two weeks. I will use this money solely to pay for my Employer-Required Tasks as described above.

**EXPLICACIÓN DE LA Opción dos  
(OPCIÓN DEL EMPLEADOR: DIRIGIDA POR EL CONSUMIDOR)**

Bajo la **Opción dos**, opto por realizar por mí mismo las tareas requeridas del empleador.

- Bajo la **Opción dos**:
  - enviaré los formularios de actividades de mis PCAs al FI tal como se indica;
  - me aseguraré que los formularios de actividades de mis PCAs reflejan con precisión los días y las horas en que mi PCA trabajó;
  - procesaré mi nómina para todos mis PCAs;
  - pagaré a mis PCAs correctamente y a tiempo;
  - enviaré el dinero retenido de los cheques de sueldo de mis PCAs a las agencias correspondientes;
  - obtendré el seguro de accidentes de trabajo para mis PCAs;
  - pagaré a mis PCA el salario por hora establecido a través de la negociación colectiva entre el PCA Quality Homecare Workforce Council y el Sindicato (SEIU Local 1199). (El FI puede informarme cuáles son estos salarios.);
  - presentaré y pagaré por cuenta propia mis impuestos de empleo federales, estatales y locales;
  - presentaré y pagaré por cuenta propia mis impuestos de seguro de desempleo;
  - no contrataré a un PCA cuyo nombre aparece en la Lista de individuos/entidades excluidas (LEIE, por sus siglas en inglés) que mantiene la Oficina del inspector general de los E.E.U.U. (OIG, por sus siglas en inglés).  
Ni MassHealth ni el FI pueden pagarle a un PCA que no esté en la LEIE. Mi FI o mi agencia de atención personal puede proporcionarme información sobre esto;
  - haré las retenciones apropiadas de los cheques de mi(s) PCAs;
  - haré deducciones para las cuotas y aranceles del sindicato de PCA de acuerdo con la negociación colectiva entre el PCA Quality Homecare Workforce Council y el Sindicato (SEIU Local 1199) y enviaré las cuotas y aranceles recaudados al Sindicato.

Entiendo que puedo comunicarme con mi FI para obtener el número telefónico del SEIU si deseo hacer preguntas al respecto; y

- presentaré la prueba a mi FI, cuando así lo pida, de que he realizado todas esas tareas correctamente.

Bajo la **Opción dos**, el FI me enviará un cheque cada dos semanas. Usaré ese dinero, sólo para pagar por mis Tareas requeridas del empleador tal como se describen anteriormente.

Here Is My Choice:

- I choose **Option One** (Consumer-Delegated option) because I want to have the FI perform my Employer-Required Tasks for me.
- I choose **Option Two** (Consumer-Directed option) because I want to perform my Employer-Required Tasks myself. I understand that I can change my option, but that I have to tell the FI at least 10 days before I want to make the change.

Here is my printed name

---

Here is my signature

---

**OR**

Here is my legal guardian's signature

---

Today's date

---

Commonwealth of Massachusetts  
MassHealth

Esta es mi elección:

- Elijo la **Opción uno** (Opción delegada por el consumidor) porque deseo obtener los servicios de un FI para que realice por mí las Tareas requeridas del empleador.
- Elijo la **Opción dos** (Opción dirigida por el consumidor) porque deseo realizar por mí mismo las Tareas requeridas del empleador. Entiendo que puedo cambiar mi opción, pero debo Informar al FI por lo menos 10 días antes de realizar el cambio.

Mi nombre en letra de molde

---

Mi firma

---

**O**

La firma de mi Tutor legal

---

Fecha de hoy

---

Commonwealth of Massachusetts  
MassHealth