

¡Bienvenido a Consumer Direct Care Network (CDCN)! Consulte las instrucciones a continuación para completar el Paquete de inscripción del empleador. Se incluyen imágenes como ejemplos de cómo completar correctamente cada documento. Es necesario llenar los campos resaltados en amarillo para completar su inscripción.

1. Formulario de información del consumidor (Figura 1).

Sección de información del consumidor

Nombre en el programa: escriba el primer nombre, el segundo nombre y el apellido del consumidor como aparece en los documentos de Medicaid. El nombre puede ser diferente del que figura en la tarjeta del Seguro Social.

Dirección física del consumidor: la dirección debe ser la dirección en la que vive el consumidor y donde recibirá los servicios. **NO** escriba un apartado o dirección postal.

Teléfono y correo electrónico: si tiene uno, indíquelo.

Identificación de Medicaid, género, fecha de nacimiento, número del Seguro Social: llene todos los campos.

Agente fiscal anterior: marque la casilla de Sí o No para determinar si el consumidor cambiará sus servicios de otro agente fiscal a CDCN. En caso afirmativo, escriba el nombre del agente anterior en la línea proporcionada.

Sección del empleador registrado (EOR) anterior

Marque la casilla de Sí o No para determinar si el consumidor recibe servicios autodirigidos actualmente, pero cambiará de empleador registrado (Employer of Record, EOR). En caso afirmativo, escriba el nombre del EOR anterior.

Información del nuevo empleador registrado (EOR)

Relación entre el EOR y el consumidor: si el consumidor también actuará como EOR, marque la casilla del consumidor. Si no, marque la casilla Otro y proporcione una descripción de la relación.

Nombre en la tarjeta del Seguro Social: escriba el primer nombre, segundo nombre y apellido del EOR exactamente como figuran en la tarjeta del Seguro Social. El nombre de la tarjeta del Seguro Social se usa en todos los documentos fiscales.

Dirección física del EOR: escriba la dirección física del EOR. Se requiere una dirección física para los formularios de impuestos.

Dirección postal del EOR: escriba la dirección postal del EOR para que CDCN pueda enviar documentos por correo.

Teléfono: se requiere al menos un número telefónico, de casa o celular, para los documentos fiscales. Escriba los números telefónicos de contacto del EOR.

Fax: si existe, escríbalo.

Fecha de nacimiento y número del Seguro Social: escriba ambos.

Correo electrónico: escriba la dirección de correo electrónico del EOR. Este es el método preferido por CDCN para comunicarse con el EOR.

Cuentas anteriores: marque la casilla Sí o No para determinar si la persona que actuará como EOR ya tiene cuentas comerciales de empleador doméstico con las que deba conectarse CDCN. Si la cuenta existe, escriba los números de cuenta en las líneas proporcionadas.

Sección del facilitador del servicio

Nombre: escriba el nombre y apellido de su facilitador de servicio.

Teléfono y correo electrónico: escriba el número telefónico y dirección de correo electrónico preferidos de su facilitador de servicio.

2. Certificación del empleador registrado (Figura 2).

Escriba el nombre del consumidor y el nombre del EOR en los recuadros en la parte superior del formulario.

Después de leer la Certificación, el EOR debe firmar y escribir la fecha en la parte inferior del formulario.

3. Formulario SS-4, Solicitud de número de identificación del empleador (Figura 3).

El formulario SS-4 se utiliza para obtener un número federal de identificación del empleador (Federal Employer Identification Number, FEIN) para el EOR. Solo responda los números de línea que se describen a continuación. Todos los demás ya tendrán la información necesaria o no se aplican a los destinatarios de servicio de atención domiciliaria.

Línea 1. Escriba el nombre completo del EOR: primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido. Después del nombre, escriba "HCSR".

5a y b. Escriba la dirección física del EOR. No se permiten apartados postales.

6. Escriba el condado y el estado de residencia del EOR.

7a y b. Escriba el nombre y número del Seguro Social del EOR. Escriba el nombre como figura en la tarjeta del Seguro Social, incluso si es diferente al de la línea 1.

11. Si el EOR no cuenta con un FEIN anterior, escriba la misma fecha que la fecha de firma en la parte inferior del formulario. Si el EOR tiene un FEIN anterior, déjelo en blanco.

18. Marque NO si el solicitante no tiene un FEIN. Marque SÍ y escriba el número si el solicitante tiene un FEIN actualmente.

Nombre y título. Escriba el nombre del EOR igual que en la línea 1 y escriba el título "Destinatario del servicio de atención domiciliaria". *(En la parte inferior izquierda del formulario, sobre la línea de la firma).*

Número telefónico del solicitante. Escriba el número telefónico del EOR.

Firma. El EOR debe firmar el formulario. *(Parte inferior izquierda del formulario).*

Fecha. Escriba la fecha de la firma. *(A la derecha de la línea de firma).*

4. Formulario 2678, Nombramiento de agente del empleador/pagador (Figura 4).

Con este formulario, el EOR nombra a CDCN como su agente proveedor fiscal para que presente las declaraciones del impuesto federal sobre la nómina en su nombre. Buena parte de este formulario se llenará previamente con la información de contacto de CDCN. Solo responda los números de línea como se describe a continuación.

Línea 1. Si ya tiene un número federal de identificación del empleador, escríbalo en la línea 1 del formulario 2678. Si no lo tiene, deje la línea 1 en blanco.

Línea 2. Escriba el nombre completo del EOR: primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido. Después del nombre, escriba "HCSR".

Firme con su nombre aquí. El EOR debe firmar el formulario. *(Parte inferior izquierda del formulario).*

Fecha. Escriba la fecha de firma. *(Parte inferior izquierda del formulario).*

Escriba su nombre aquí. Escriba el nombre del EOR: primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.


Escriba su título aquí. Escriba el título como "HCSR, empleador doméstico".

Mejor teléfono durante el día. Escriba el número telefónico del EOR.

Figura 1. Ejemplo de Formulario de información del consumidor. **Obligatorio**

Información del consumidor			
Nombre en el programa	Andrew	Thomas	Jones
	<i>Nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
Dirección física del consumidor	55 Bleacher Drive		
	<i>(Solo direcciones físicas. No se permiten apartados postales. Aquí es donde se prestará el servicio.)</i>		
Ciudad	Anytown	Estado VA	Código postal 23230 Condado Hill
Teléfono	555-555-5555	666-666-6666	Correo electrónico AndrewJ@someprovider.com
	<i>Casa</i>	<i>Celular</i>	Ingrese la dirección de correo electrónico si existe
ID de Medicaid	XXXXXXXXXX	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha de nacimiento	09/16/1988	# de Seguridad Social	111 - 11 - 1111
Agente fiscal anterior:	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No – ¿el consumidor cambiará sus servicios de otro agente fiscal a CDCN?		
	En caso afirmativo, nombre del agente:		Ingrese el nombre del Agente Fiscal anterior
¿Empleador registrado (EOR) anterior?			
<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No	– ¿El consumidor cambiará de empleador registrado?		
	En caso afirmativo, nombre del EOR anterior:		Ingrese el nombre EOR anterior
Información del nuevo empleador registrado (EOR)			
Relación del EOR con el consumidor:	<input type="checkbox"/> Consumidor (por sí mismo) <input checked="" type="checkbox"/> Otro (describa): Guardian		
Nombre en la tarjeta del Seguro Social	John	Frank	Smith
	<i>Nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
Dirección física del EOR	123 Main Street		
	<i>(Solo direcciones físicas. No se permiten apartados postales. Aquí es donde se prestará el servicio.)</i>		
Ciudad	Anytown	Estado VA	Código postal 23222 Condado Hill
Dirección postal del EOR (física o apartado postal)	123 Main Street		
Ciudad	Anytown	Estado VA	Código postal 23222
Teléfono	444-444-4444	333-333-3333	none
	<i>Casa</i>	<i>Celular</i>	<i>Fax</i> Ingrese el número de fax si existe
Fecha de nacimiento	04/23/1964	# de Seguridad Social	999 - 99 - 9999
Correo electrónico	JohnS2@emailprovider.com		
	Ingrese la dirección de correo electrónico si existe		
Cuentas anteriores:	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No – ¿el EOR tiene un negocio existente de propietario único o empleador doméstico con cuentas establecidas? En caso afirmativo, complete lo siguiente.		
	Ingrese la información de la cuenta		
	FEIN	# de cuenta comercial de VA	# de cuenta de desempleo de VA Tasa de SUTA
Facilitador de servicio			
	Si lo sabe, ingrese la información de contacto del teléfono y del correo electrónico del facilitador de servicio		
Nombre	Jane Doe	Teléfono	333-333-3333 Correo electrónico janed@servicefacilitatoragency.com

Figura 2. Ejemplo de Certificación del empleador registrado. Obligatorio

	CERTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR REGISTRADO
Andrew T Jones	John F Smith
Nombre del consumidor	Nombre del empleador registrado

Reconocimientos

Como empleador registrado (Employer of Record, EOR), haré lo siguiente:

1. Completaré todos los formularios que exige Consumer Direct Care Network Virginia (CDCN).
2. Obtendré un número federal de identificación del empleador. CDCN me ayudará con esto.
3. Contrataré, capacitaré y despediré a los empleados.
4. Para cada empleado:
 - Enviaré la documentación de nueva contratación a CDCN.
 - Me aseguraré de que solo trabajen las horas aprobadas.
 - Me aseguraré de que no trabajen cuando el consumidor esté en un hospital u hogar para ancianos.
 - Me aseguraré de que marquen la entrada y la salida de cada turno trabajado utilizando un método aprobado de verificación electrónica de visitas (Electronic Visit Verification, EVV).
5. Usaré el proceso aprobado de excepción manual de EVV solo cuando sea necesario. Las razones por las que un empleado necesitaría ajustar o corregir un turno incluyen:
 - El asistente marcó su entrada o salida a la hora incorrecta.
 - El asistente olvidó marcar su entrada o salida.
 - El teléfono o la tableta del asistente no funcionaba.
 - El asistente no llevaba consigo su teléfono o tableta.
 - La aplicación móvil no funcionaba.
 - El consumidor tuvo una emergencia.
 - El asistente fue recién inscripto y trabajo antes de ser configurado en el sistema de CDCN.

El proceso de excepción manual no cumple los requisitos de la EVV.
6. Denunciaré cualquier maltrato, abandono o explotación de un Consumidor al Departamento de Servicios Sociales.
7. Los salarios provienen de fondos federales y estatales. Puedo denunciar sospechas de fraude a Medicaid a la línea directa de fraudes de CDCN o a la línea directa de fraudes contra Medicaid de Virginia. Se puede obtener más información en el folleto sobre fraudes del sitio web de CDCN.

Entiendo que CDCN actuará como mi agente fiscal para el pago de nómina y la declaración de impuestos sobre la nómina. Autorizo a CDCN para que cree y administre cuentas fiscales en mi nombre con agencias estatales y federales. Si es necesario, autorizo a CDCN para que corrija mis formularios SS-4 y 2678 antes de enviarlos al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). Las correcciones se harán con base en la información proporcionada en el Formulario de datos o en el aviso que yo envíe a CDCN.

<u>John F Smith</u>	<u>John F. Smith</u>	<u>2/11/2020</u>
Nombre del empleador registrado	Firma	Fecha

Figura 3. Ejemplo de SS-4. **Obligatorio**

Form SS-4 (Rev. December 2017) Department of the Treasury Internal Revenue Service		Application for Employer Identification Number (For use by employers, corporations, partnerships, trusts, estates, churches, government agencies, Indian tribal entities, certain individuals, and others.) ▶ Go to www.irs.gov/FormSS4 for instructions and the latest information. ▶ See separate instructions for each line. ▶ Keep a copy for your records.		OMB No. 1545-0003 EIN	
Type or print clearly.	1 Legal name of entity (or individual) for whom the EIN is being requested John F Smith HCSR				
	2 Trade name of business (if different from name on line 1)		3 Executor, administrator, trustee, "care of" name		
	4a Mailing address (room, apt., suite no. and street, or P.O. box) 100 Consumer Direct Way, Suite 303-VA		5a Street address (if different) (Do not enter a P.O. box.) 123 Main Street		
	4b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions) Missoula, MT 59808		5b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions) Anytown, VA 23222		
	6 County and state where principal business is located Hill, VA				
	7a Name of responsible party John F Smith		7b SSN, ITIN, or EIN 999 - 99 - 9999		
	8a Is this application for a limited liability company (LLC) (or a foreign equivalent)? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No		8b If 8a is "Yes," enter the number of LLC members 0		
	8c If 8a is "Yes," was the LLC organized in the United States? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No				
	9a Type of entity (check only one box). Caution. If 8a is "Yes," see the instructions for the correct box to check.				
	<input type="checkbox"/> Sole proprietor (SSN) _____ <input type="checkbox"/> Partnership _____ <input type="checkbox"/> Corporation (enter form number to be filed) ▶ _____ <input type="checkbox"/> Personal service corporation _____ <input type="checkbox"/> Church or church-controlled organization _____ <input type="checkbox"/> Other nonprofit organization (specify) ▶ _____ <input checked="" type="checkbox"/> Other (specify) ▶ HCSR				
9b If a corporation, name the state or foreign country (if applicable) where incorporated		State		Foreign country	
10 Reason for applying (check only one box)					
<input type="checkbox"/> Started new business (specify type) ▶ _____ <input type="checkbox"/> Hired employees (Check the box and see line 13.) <input type="checkbox"/> Compliance with IRS withholding regulations <input checked="" type="checkbox"/> Other (specify) ▶ HCSR					
11 Date business started or acquired (month, day, year). See instructions. 2/11/2020		12 Closing month of accounting year December			
13 Highest number of employees expected in the next 12 months (enter -0- if none). If no employees expected, skip line 14.		14 If you expect your employment tax liability to be \$1,000 or less in a full calendar year and want to file Form 944 annually instead of Forms 941 quarterly, check here. (Your employment tax liability generally will be \$1,000 or less if you expect to pay \$4,000 or less in total wages.) If you do not check this box, you must file Form 941 for every quarter. <input type="checkbox"/>			
Agricultural 0		Household 0		Other 0	
15 First date wages or annuities were paid (month, day, year). Note: If applicant is a withholding agent, enter date income will first be paid to nonresident alien (month, day, year) ▶ N/A					
16 Check one box that best describes the principal activity of your business.					
<input type="checkbox"/> Construction <input type="checkbox"/> Rental & leasing <input type="checkbox"/> Transportation & warehousing <input type="checkbox"/> Accommodation & food service <input type="checkbox"/> Wholesale-agent/broker <input type="checkbox"/> Real estate <input type="checkbox"/> Manufacturing <input type="checkbox"/> Finance & insurance <input checked="" type="checkbox"/> Other (specify) ▶ HCSR					
17 Indicate principal line of merchandise sold, specific construction work done, products produced, or services provided. HCSR					
18 Has the applicant entity shown on line 1 ever applied for and received an EIN? <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No					
If "Yes," write previous EIN here ▶ SI EOR tiene EIN existente, marque sí e ingrese EIN aquí					
Third Party Designee	Complete this section only if you want to authorize the named individual to receive the entity's EIN and answer questions about the completion of this form.				
	Designee's name Alisha Matt		Designee's telephone number (include area code) 406-532-1900		
	Address and ZIP code 100 Consumer Direct Way, Suite 304, Missoula, MT 59808		Designee's fax number (include area code) 406-532-8588		
Under penalties of perjury, I declare that I have examined this application, and to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.					
Name and title (type or print clearly) ▶ John F Smith		Home Care Service Recipient		Applicant's telephone number (include area code) 444-444-4444	
Signature ▶ John F Smith		Date ▶ 2/11/2020			
				Applicant's fax number (include area code)	

Figura 4. Ejemplo de 2678. **Obligatorio**

Form **2678 Employer/Payer Appointment of Agent** OMB No. 1545-0748
 (Rev. August 2014) Department of the Treasury — Internal Revenue Service

Use this form if you want to request approval to have an agent file returns and make deposits or payments of employment or other withholding taxes or if you want to revoke an existing appointment.

For IRS use:

- If you are an employer or payer who wants to request approval, complete Parts 1 and 2 and sign Part 2. Then give it to the agent. Have the agent complete Part 3 and sign it.

Note. This appointment is not effective until we approve your request. See the instructions for filing Form 2678 on page 3.

- If you are an employer, payer, or agent who wants to revoke an existing appointment, complete all three parts. In this case, only one signature is required.

Part 1: Why you are filing this form...
 (Check one)

You want to **appoint** an agent for tax reporting, depositing, and paying.
 You want to **revoke** an existing appointment.

Part 2: Employer or Payer Information: Complete this part if you want to appoint an agent or revoke an appointment.

1 Employer identification number (EIN) Si EOR tiene EIN existente, ingréselo aquí

2 Employer's or payer's name
 (not your trade name) John F Smith HCSR

3 Trade name (if any)

4 Address

100 Consumer Direct Way **Suite 303-VA**
Number Street Suite or room number

Missoula MT 59808
City State ZIP code

Foreign country name Foreign province/county Foreign postal code

5 Forms for which you want to appoint an agent or revoke the agent's appointment to file. (Check all that apply.)

	For ALL employees/ payees/payments	For SOME employees/ payees/payments
Form 940, 940-PR (Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return)*	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Form 941, 941-PR, 941-SS (Employer's QUARTERLY Federal Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Form 943, 943-PR (Employer's Annual Federal Tax Return for Agricultural Employees)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 944, 944(SP) (Employer's ANNUAL Federal Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form 945 (Annual Return of Withheld Federal Income Tax)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-1 (Employer's Annual Railroad Retirement Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Form CT-2 (Employee Representative's Quarterly Railroad Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Generally you cannot appoint an agent to report, deposit, and pay tax reported on Form 940, Employer's Annual Federal Unemployment (FUTA) Tax Return, unless you are a home care service recipient.

Check here if you are a home care service recipient, and you want to appoint the agent to report, deposit, and pay FUTA tax for you. See the instructions.

I am authorizing the IRS to disclose otherwise confidential tax information to the agent relating to the authority granted under this appointment, including disclosures required to process Form 2678. The agent may contract with a third party, such as a reporting agent or certified public accountant, to prepare or file the returns covered by this appointment, or to make any required deposits and payments. Such contract may authorize the IRS to disclose confidential tax information of the employer/payer and agent to such third party. If a third party fails to file the returns or make the deposits and payments, the agent and employer/payer remain liable.

X Sign your name here John F Smith Print your name here John F Smith

Date 2/11/2020 Print your title here HCSR - Household Employer

Best daytime phone 444-444-4444

Now give this form to the agent to complete. ➡