

Información del consumidor

Nombre en el programa _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección física del consumidor _____
(Solo direcciones físicas. No se permiten apartados postales. Aquí es donde se prestará el servicio.)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____
Casa Celular

ID de Medicaid _____ Sexo Hombre Mujer

Fecha de nacimiento _____ # de Seguridad Social _____ - _____ - _____

Agente fiscal anterior: Sí No – ¿el consumidor cambiará sus servicios de otro agente fiscal a CDCN?
En caso afirmativo, nombre del agente: _____

¿Empleador registrado (EOR) anterior?

Sí No – ¿El consumidor cambiará de empleador registrado?

En caso afirmativo, nombre del EOR anterior: _____

Información del nuevo empleador registrado (EOR)

Relación del EOR con el consumidor: Consumidor (por sí mismo) Otro (describa): _____

Nombre en la tarjeta del Seguro Social _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección física del EOR _____
(Solo direcciones físicas. No se permiten apartados postales. Aquí es donde se prestará el servicio.)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Dirección postal del EOR (física o apartado postal) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____
Casa Celular Fax

Fecha de nacimiento _____ # de Seguridad Social _____ - _____ - _____

Correo electrónico _____

Cuentas anteriores: Sí No – ¿el EOR tiene un negocio existente de propietario único o empleador doméstico con cuentas establecidas? En caso afirmativo, proporcionar confirmación de su número de identificación patronal del IRS (carta de certificación EIN 147C o carta de confirmación EIN CP575).

Facilitador de servicio

Nombre _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____





Estimado futuro empleador:

Le damos la bienvenida a Consumer Direct Care Network Virginia (CDCN). CDCN es el agente fiscal/empleador (Fiscal/Employer Agent, F/EA) para el Programa de Servicios Dirigidos por el Consumidor, de cargo por servicio, del Departamento de Servicios de Asistencia Médica (Department of Medical Assistance Services, DMAS) de Virginia. Este paquete contiene información y formularios para establecerlo como empleador. Usted actuará como el empleador registrado (Employer of Record, EOR) de los asistentes que contrate. CDCN pagará y presentará los impuestos de nómina de sus asistentes.

Una vez que complete el Paquete de inscripción, siga los pasos a continuación:

1. Regístrese para obtener servicios en línea. Nuestro portal web es www.DirectMyCare.com. Aquí gestionará sus actividades de nómina, aprobará tiempo y podrá ver las autorizaciones de servicio.
2. Revise los procedimientos de verificación electrónica de visitas (Electronic Visit Verification, EVV). La EVV es la manera en que los asistentes registrarán su entrada y salida para cada turno que trabajen. Deben utilizar un método de EVV aprobado: la aplicación móvil de CellTrak o el sistema de respuesta de voz interactiva (Interactive Voice Response, IVR) de CellTrak.

Para consultar las instrucciones y guías para usuarios de EVV y [DirectMyCare.com](http://www.DirectMyCare.com), visite <https://www.consumerdirectva.com/training-materials/>.

3. Contrate asistentes. Cada asistente debe entregar a CDCN un Paquete de nueva contratación. Podrá encontrar el paquete electrónico en la Página de formularios de nuestro sitio web.

¿Tiene preguntas? ¡Le ayudaremos con gusto! Llámenos al 1-888-444-8182 de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. y los sábados de 9:00 a. m. a 1:00 p.m., excepto días feriados federales. O envíenos un correo electrónico a infocdva@consumerdirectcare.com.

Información de contacto importante

Teléfono

Centro de Atención al Cliente de CDCN1-888-444-8182

Línea directa de fraudes contra Medicaid de Virginia.....1-800-371-0824

Línea directa de Servicios de Protección para Adultos.....1-888-832-3858

Línea directa de Servicios de Protección Infantil.....1-800-552-7096

Fax de CDCN (formularios).....1-877-747-7764

Correo electrónico de CDCN (formularios/correspondencia).....InfoCDVA@consumerdirectcare.com

Sitio web de CDCN (formularios/paquetes/instrucciones/materiales de capacitación)
.....www.ConsumerDirectVA.com

Portal web de CDCN (información de pago/aprobación de tiempo)..<https://DirectMyCare.com/>



Lista de verificación de los formularios del paquete de inscripción del empleador para enviar a CDCN

(Los formularios se enumeran en el orden en que aparecen en el paquete).

1. Formulario de información del consumidor

- *Información del consumidor: llene todos los campos.*
- *Empleador registrado (EOR) anterior: marque sí o no para indicar si el consumidor cambiará de EOR. En caso afirmativo, escriba el nombre del EOR anterior.*
- *Información del nuevo EOR: llene todos los campos.*
- *Información del facilitador de servicios: escriba el nombre y la información de contacto del facilitador de servicios.*

2. Certificación del empleador registrado

- *Escriba los nombres del consumidor y el EOR en los recuadros en la parte superior del formulario.*
- *El EOR debe leer, firmar y fechar el formulario de Certificación.*

3. Formulario SS-4 del IRS

- *Línea 1: primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido, y luego "HCSR". Ejemplo: John F Smith HCSR.*
- *Líneas 5a y b: escriba la dirección física en la que reside el EOR. No utilice direcciones postales.*
- *Línea 6: escriba el condado y el estado de residencia del EOR.*
- *Líneas 7a y b: escriba el nombre como figura en la tarjeta del Seguro Social. Escriba el número del Seguro Social.*
- *Línea 11: escriba la misma fecha que la fecha de firma en la parte inferior del formulario.*
- *Línea 18: marque NO si no tiene un FEIN. Si tiene uno, marque SÍ y escriba el número.*
- *Nombre y título: escriba el nombre igual que en la línea 1. Después de su nombre, escriba el título "Destinatario del servicio de atención domiciliaria". Ejemplo: John F Smith Destinatario del servicio de atención domiciliaria.*
- *Firma y fecha: firme con su nombre y escriba la fecha de hoy en la parte inferior del formulario. La firma debe incluir su primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.*
- *Número telefónico del solicitante: escriba su número telefónico.*

4. Formulario 2678 del IRS

- *Línea 1: si tiene un FEIN existente, escríbalo en la línea 1. Si no lo tiene, deje la línea 1 en blanco.*
- *Línea 2: primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido, y luego "HCSR". Ejemplo: John F Smith HCSR.*
- *Líneas 3 a 5: no se requiere ninguna acción.*
- *Firme con su nombre aquí: firme con su nombre en la parte inferior del formulario. La firma debe incluir su primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido.*
- *Fecha: escriba la fecha de la firma.*
- *Escriba su nombre aquí: 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 su número telefónico preferido.*

00540



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 contra Medicaid de Virginia. La información de contacto para la presentación de informes está disponible en el sitio web del CDCN, en la pestaña Recursos/Prevención del fraude.

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.

Nombre del empleador registrado

Firma

Fecha



Application for Employer Identification Number

(For use by employers, corporations, partnerships, trusts, estates, churches, government agencies, Indian tribal entities, certain individuals, and others.)

See separate instructions for each line. Keep a copy for your records.

Go to www.irs.gov/FormSS4 for instructions and the latest information.

EIN

Type or print clearly.	1 Legal name of entity (or individual) for whom the EIN is being requested	
	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)	5a Street address (if different) (Don't enter a P.O. box.)
	4b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions)	5b City, state, and ZIP code (if foreign, see instructions)
	6 County and state where principal business is located	
	7a Name of responsible party	7b SSN, ITIN, or EIN
8a Is this application for a limited liability company (LLC) (or a foreign equivalent)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	8b If 8a is "Yes," enter the number of LLC members	
8c If 8a is "Yes," was the LLC organized in the United States? <input type="checkbox"/> Yes <input 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"/> Estate (SSN of decedent) _____ <input type="checkbox"/> Partnership _____ <input type="checkbox"/> Plan administrator (TIN) _____ <input type="checkbox"/> Corporation (enter form number to be filed) _____ <input type="checkbox"/> Trust (TIN of grantor) _____ <input type="checkbox"/> Personal service corporation _____ <input type="checkbox"/> Military/National Guard <input type="checkbox"/> State/local government <input type="checkbox"/> Church or church-controlled organization _____ <input type="checkbox"/> Farmers' cooperative <input type="checkbox"/> Federal government <input type="checkbox"/> Other nonprofit organization (specify) _____ <input type="checkbox"/> REMIC <input type="checkbox"/> Indian tribal governments/enterprises <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ Group Exemption Number (GEN) if any		
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"/> Banking purpose (specify purpose) _____ <input type="checkbox"/> Hired employees (Check the box and see line 13.) <input type="checkbox"/> Changed type of organization (specify new type) _____ <input type="checkbox"/> Compliance with IRS withholding regulations <input type="checkbox"/> Purchased going business _____ <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <input type="checkbox"/> Created a trust (specify type) _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Created a pension plan (specify type) _____		
11 Date business started or acquired (month, day, year). See instructions.	12 Closing month of accounting year	
13 Highest number of employees expected in the next 12 months (enter -0- if none).	14 Reserved for future use	
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)		
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"/> Health care & social assistance <input type="checkbox"/> Wholesale-agent/broker <input type="checkbox"/> Real estate <input type="checkbox"/> Manufacturing <input type="checkbox"/> Finance & insurance <input type="checkbox"/> Accommodation & food service <input type="checkbox"/> Wholesale-other <input type="checkbox"/> Retail <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Other (specify) _____		
17 Indicate principal line of merchandise sold, specific construction work done, products produced, or services provided.		
18 Has the applicant entity shown on line 1 ever applied for and received an EIN? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
If "Yes," write previous EIN here		
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	Designee's telephone number (include area code)
	Address and ZIP code	Designee's fax number (include area code)
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.		Applicant's telephone number (include area code)
Name and title (type or print clearly)		Applicant's fax number (include area code)
Signature	Date	



Form **2678 Employer/Payer Appointment of Agent**

(Rev. August 2014) Department of the Treasury – Internal Revenue Service

OMB No. 1545-0748

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.

- 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.

For IRS use:

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) -

2 Employer's or payer's name
(not your trade name)

3 Trade name (if any)

4 Address

Number Street Suite or room number

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. <i>(Check all that apply.)</i>	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 type="checkbox"/>
Form 941, 941-PR, 941-SS (Employer's QUARTERLY Federal Tax Return)	<input type="checkbox"/>	<input 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

Print your name here

Print your title here

Date

Best daytime phone

Now give this form to the agent to complete. ➔



Calendario de Nómina 2024

Clave de símbolos: ○ Día de paga ▲ Asuetos bancarios y postales

ENERO							FEBRERO							MARZO						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
	▲1	2	3	4	○5	6					1	○2	3						○1	2
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	3	4	5	6	7	8	9
14	▲15	16	17	18	○19	20	11	▲12	13	14	15	○16	17	10	11	12	13	14	○15	16
21	22	23	24	25	26	27	18	▲19	20	21	22	23	24	17	18	19	20	21	22	23
28	29	30	31				25	26	27	28	29			24	25	26	27	28	○29	30
														31						

ABRIL							MAYO							JUNIO						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
	1	2	3	4	5	6				1	2	3	4							1
7	8	9	10	11	○12	13	5	6	7	8	9	○10	11	2	3	4	5	6	○7	8
14	15	16	17	18	19	20	12	13	14	15	16	17	18	9	10	11	12	13	14	15
21	22	23	24	25	○26	27	19	20	21	22	23	○24	25	16	17	18	▲19	20	○21	22
28	29	30					26	▲27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28	29
														30						

JULIO							AGOSTO							SEPTIEMBRE						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
	1	2	3	▲4	○5	6					1	○2	3	1	▲2	3	4	5	6	7
7	8	9	10	11	12	13	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	○13	14
14	15	16	17	18	○19	20	11	12	13	14	15	○16	17	15	16	17	18	19	20	21
21	22	23	24	25	26	27	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	○27	28
28	29	30	31				25	26	27	28	29	○30	31	29	30					

OCTUBRE							NOVIEMBRE							DICIEMBRE						
Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom	Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb
		1	2	3	4	5						1	2	1	2	3	4	5	○6	7
6	7	8	9	10	○11	12	3	4	5	6	7	○8	9	8	9	10	11	12	13	14
13	▲14	15	16	17	18	19	10	▲11	12	13	14	15	16	15	16	17	18	19	○20	21
20	21	22	23	24	○25	26	17	18	19	20	21	○22	23	22	23	24	▲25	26	27	28
27	28	29	30	31			24	25	26	27	▲28	29	30	29	30	31				

Asuetos bancarios y de las oficinas postales en 2024

*Cierre de oficinas de Consumer Direct Care Network

*Día de Año Nuevo - Lunes, 1 de Enero

*Día de Martin Luther King, Jr. - Lunes, 15 de Enero

Día de los Presidentes - Lunes, 19 de Febrero

*Día de los Caídos - Lunes, 27 de Mayo

*Juneteenth - Miércoles, 19 de Junio

*Día de la Independencia - Jueves, 4 de Julio

*Día del Trabajo - Lunes, 2 de Septiembre

Día de la Raza - Lunes, 14 de Octubre

*Día de los Veteranos - Lunes, 11 de Noviembre

*Día de Acción de Gracias - Jueves, 28 de Noviembre

*Día de Navidad - Miércoles, 25 de Diciembre



Las semanas laborales son de Jueves a Miércoles. Debes enviar tu tiempo diariamente usando EVV. Las correcciones deben ser entregadas antes de la fecha límite. El retraso en el tiempo o el tiempo con errores puede resultar en un pago atrasado. ¡Gracias!

Periodo de paga de dos semanas		Fecha limite de correcciones a tiempo EVV	Fecha de pago
Fecha de inicio	Fecha de finalización		
Jueves	Miércoles	Viernes	Viernes
12/14/2023	12/27/2023	12/29/2023	1/5/2024
12/28/2023	1/10/2024	1/12/2024	1/19/2024*
1/11/2024	1/24/2024	1/26/2024	2/2/2024
1/25/2024	2/7/2024	2/9/2024	2/16/2024*
2/8/2024	2/21/2024	2/23/2024	3/1/2024
2/22/2024	3/6/2024	3/8/2024	3/15/2024*
3/7/2024	3/20/2024	3/22/2024	3/29/2024
3/21/2024	4/3/2024	4/5/2024	4/12/2024*
4/4/2024	4/17/2024	4/19/2024	4/26/2024
4/18/2024	5/1/2024	5/3/2024	5/10/2024*
5/2/2024	5/15/2024	5/17/2024	5/24/2024
5/16/2024	5/29/2024	5/31/2024	6/7/2024
5/30/2024	6/12/2024	6/14/2024	6/21/2024*
6/13/2024	6/26/2024	6/28/2024	7/5/2024
6/27/2024	7/10/2024	7/12/2024	7/19/2024*
7/11/2024	7/24/2024	7/26/2024	8/2/2024
7/25/2024	8/7/2024	8/9/2024	8/16/2024*
8/8/2024	8/21/2024	8/23/2024	8/30/2024
8/22/2024	9/4/2024	9/6/2024	9/13/2024*
9/5/2024	9/18/2024	9/20/2024	9/27/2024
9/19/2024	10/2/2024	10/4/2024	10/11/2024*
10/3/2024	10/16/2024	10/18/2024	10/25/2024
10/17/2024	10/30/2024	11/1/2024	11/8/2024
10/31/2024	11/13/2024	11/15/2024	11/22/2024*
11/14/2024	11/27/2024	11/29/2024	12/6/2024
11/28/2024	12/11/2024	12/13/2024	12/20/2024*
12/12/2024	12/25/2024	12/27/2024	1/3/2025

*Si corresponde, el monto del Pago del paciente se resta del pago en estas fechas.

Página Web: www.ConsumerDirectVA.com

Teléfono: 888-444-8182

Correo electrónico: InfoCDVA@ConsumerDirectCare.com

Fax: 877-747-7764



CÓMO EMPEZAR CON EL Registro en el Portal Web

PÁGINA 1

Q ¿Cómo se llama el portal web de Consumer Direct Care Network?

Direct My Care

Q ¿Quién necesita registrarse?

Participantes, asistentes, representantes designados, empleadores registrados y facilitadores de servicios

Q What does the web portal do?

DirectMyCare.com es su sitio web seguro en línea. Tiene herramientas de nómina y gestión. Los empleadores pueden usar el portal web para aprobar el tiempo presentado y ver informes.

Razones para aprobar tiempo en el portal:

- El EOR no estaba disponible para firmar la aplicación móvil al final del turno.
- El turno se registró con el IVR de CellTrak.

Pueden encontrar tutoriales en video sobre cómo aprueban tiempo los EOR en www.ConsumerDirectVA.com/training-materials.

Q ¿Cómo me registro?

- 1 Abra el navegador de Internet.
- 2 Vaya a DirectMyCare.com
- 3 Haga clic en el botón **Register** para abrir la página de registro.
- 4 Escriba su dirección de correo electrónico y haga clic en el botón **Send Verification Code**.
- 5 Busque el código de comprobación en su correo electrónico.
- 6 Introduzca el código en el recuadro de comprobación de la página de registro.
- 7 Cree una contraseña.
- 8 Vuelva a escribir la contraseña.
- 9 Escriba su nombre y apellido en los recuadros.
- 10 Seleccione su rol.
- 11 Elija VA como el estado en el que se presta el servicio.
- 12 Escriba el número telefónico.
- 13 Escriba los últimos cuatro dígitos de su número del Seguro Social.
- 14 Haga clic en el botón **Create** para finalizar el proceso de registro.

Q What if I need more help?

Vaya a www.ConsumerDirectVA.com/training-materials para obtener instrucciones paso a paso. Envíe un correo electrónico a Consumer Direct Care Network Virginia a InfoCDVA@ConsumerDirectCare.com.





Registro en el Portal Web



MY TIME. MY CARE. MY WAY.

We Specialize in Self-Directed Care

We provide a variety of options for individuals seeking their care and services.

- Personal
- Medical
- Financial
- Supporting

Sign In

OR

Register

If you are already user, please click here.

Copyright © 2015 ConsumerDirect. All rights reserved.

RESOURCES

- News
- CDCN Portal
- Training Schedule
- Training Materials
- Program Documents
- Brochures and Flyers
- Fraud Prevention
- Careers



Email Address

Sign Up (Email Address) / Login

New Password

Confirm New Password

First Name

Last Name

Role

State

Phone (Numeric Characters Only, No Dashes)

Next

If you are already registered, please sign in [here](#).

Consumer Direct Care Network

Microsoft on behalf of B2C CDMS AAD

Sat Oct 27 2016 10:16:00 GMT-0600 (Mountain Daylight Time)

Verify your email address

Thanks for verifying your justkeepswimming@mailinator.com account!

Your code is: **857627**

Sincerely,
B2C CDMS AAD

This message was sent from an unmonitored email address. Please do not reply to this message.





CÓMO EMPEZAR A USAR LA Aplicación Móvil

PARA LA VERIFICACION ELECTRONICA DE VISITAS

Q ¿Qué es la verificación electrónica de visitas?

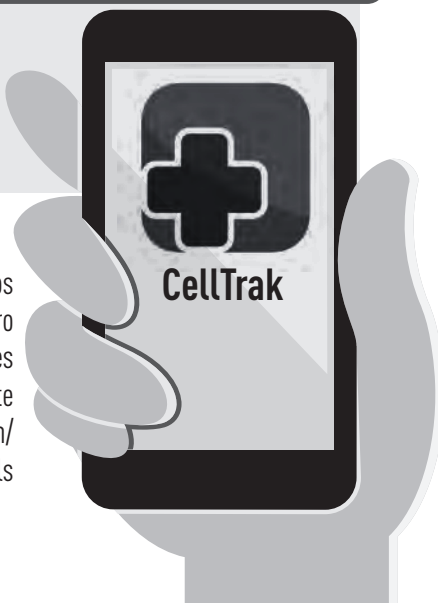
La verificación electrónica de visitas (EVV) es una manera de registrar la fecha, la hora y el lugar en que los asistentes prestan servicios.

Q ¿Quién debe descargar la aplicación móvil de EVV?

Cualquier persona puede descargar la aplicación móvil de EVV. CellTrak requiere que el asistente se registre en solo un dispositivo. Si un asistente presta servicios a varios participantes en distintos domicilios, se recomienda que el asistente use su propio dispositivo.

Q ¿Qué aplicación móvil de EVV usa Consumer Direct Care Network?

Para obtener una lista de los códigos de error de registro de dispositivos más comunes y sus soluciones, visite www.ConsumerDirectVA.com/training-materials



Q ¿Cómo me registro?

- 1 Descargue CellTrak en su dispositivo móvil de la Apple App Store o Google Play Store. Escriba CellTrak en la barra de búsqueda. Cuando busque CellTrak, verá dos aplicaciones: CellTrak y CellTrak 1.7.

Descargue la aplicación llamada CellTrak.

- 2 Una vez descargada, abra la aplicación para comenzar el registro.

- 3 Para empezar, introduzca los siguientes datos:
 - a. ID de licencia: 200458
 - b. Código de autenticación: 740083
 - c. Número telefónico de su dispositivo móvil

- 4 Una vez introducidos, haga clic en el botón **Acquire License** en la parte inferior de la pantalla. Esto lo llevará a la pantalla de registro de usuario.

- 5 Necesitará su identificación (ID) de Consumer Direct Care Network para los siguientes pasos.
 - a. Escriba "CDVA-E-" y luego la ID de 7 dígitos de Consumer Direct Care Network del asistente (Será algo como CDVA-E-3001234).

- 6 Escriba su apellido, una contraseña y seleccione dos preguntas de seguridad.

- 7 Haga clic en el botón **Register User** en la parte inferior de la pantalla para completar el proceso de registro.

- 8 Para agregar varios asistentes a un dispositivo:
 - a. Haga clic en los tres puntos en la esquina superior derecha de la pantalla.
 - b. Haga clic en **Add Account**.
 - c. Comience con el paso tres anterior para registrar al segundo asistente.

