

Información del consumidor

Nombre en la tarjeta de Seguridad Social _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Nombre del consumidor en el programa _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección de calle _____
(Dirección física en la que se prestarán los servicios. No puede ser un apartado postal.)

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Teléfono _____
Casa Celular Fax

ID de Medicaid _____ Sexo Hombre Mujer

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

Información el empleador de registro (titular del FEIN)

Parentesco con el consumidor Consumidor (en favor de sí mismo) Padre del menor Tutor legal
 Otro: _____

Nombre _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Dirección de calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Teléfono _____
Casa Celular Fax

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

Sí No - ¿Será un tutor quien firme los formularios de impuestos federales y estatales adjuntos en nombre del titular del FEIN? Si la respuesta es sí, escriba el nombre del tutor; Y adjunte la documentación de tutoría designada por un tribunal.

Nombre del tutor _____
Nombre Segundo nombre Apellido

Facilitador de servicio

Nombre del facilitador de servicio _____ Número de ID _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Cuentas comerciales/relaciones previas

1. Sí No - ¿El consumidor cambiará de titular del FEIN? Si la respuesta es sí, indique el nombre titular del FEIN anterior: _____

2. Sí No - ¿Se han obtenido cuentas comerciales previas? Si la respuesta es sí, introduzca la información de contacto:
 _____ - _____
FEIN # de cuenta comercial de VA # de cuenta de desempleo de VA Tasa de SUTA

3. Fecha de inicio autorizada/presupuestada o fecha de inicio de reactivación: _____



Preguntas de inscripción

Por favor responda las preguntas que se encuentran a continuación. Consumer Direct Care Network creará cuentas estatales y federales a su nombre. Asegúrese de responder correctamente a las preguntas. Si no está seguro de una respuesta, escriba "no lo sé" o "no estoy seguro".

Pregunta para el consumidor nombrado en la página 1 de este formulario.

1. ¿Alguna vez ha estado inscrito en un programa de Medicaid con otro proveedor/agente fiscal (intermediario fiscal)?

Sí No

a. Si la respuesta es sí:

i. Nombre del proveedor/agente fiscal: _____

ii. Cuándo trabajó con el proveedor/agente fiscal: _____

Preguntas para el empleador de registro (titular del FEIN) nombrado en la página 1 de este formulario.

1. Nombre en su tarjeta de Seguridad Social más reciente: _____

2. Número en su tarjeta de Seguridad Social más reciente: _____

3. ¿Ha usado previamente algún otro nombre que no aparezca en su credencial de Seguridad Social en la actualidad?

Sí No

a. Si la respuesta es sí, indique sus otros nombres: _____

b. Por favor indique los otros nombres que haya utilizado: _____

4. ¿El IRS le asignó previamente un Número de Identificación de Empleador Federal (FEIN, por sus siglas en inglés) para una empresa propia o que haya operado anteriormente?

Sí No

a. Si la respuesta es sí, y lo conoce:

i. Por favor indique el FEIN asignado previamente: _____

ii. ¿A qué se dedicaba la empresa? _____

iii. ¿La empresa aún está activa? Sí No

Firma del empleador de registro: _____ Fecha: _____

El programa de servicios dirigidos por el consumidor no discrimina en contra de ninguna persona con base en su raza, religión, color, género, orientación sexual, edad, nación de origen, discapacidad, condición de veterano o cualquier otro estado o condición protegida por la ley.





LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE CONSUMIDOR

Nombre del consumidor	Nombre del empleador de registro (EOR)

¡Bienvenido a Consumer Direct Care Network (CDCN)!

Por favor llene los formularios que se enumeran en la lista que se encuentra a continuación. Es necesario completar todos los formularios. Marque cada uno tras completarlo. Si desea una copia en papel de estos formularios, notifíquenos y se las enviaremos.

Formularios de impuestos y CDCN

1. Formulario de datos de consumidor
2. Lista de verificación de inscripción de consumidor (este formulario)
3. Certificación de empleador de registro
4. Solicitud de Número de Identificación de Empleador SS-4 (EIN)
5. Designación de agente del empleador/pagador 2678
6. Poderes legales y declaración de representación PAR 101 de Virginia
7. Autorización de cuenta de seguro de desempleo
8. Acuerdo de representante autorizado y facultad de firma(*opcional*)

Documentos complementarios (Aborde cada uno y consérvelos para usarlos en el futuro)

- Aviso de prácticas de privacidad
- Instrucciones de paquete para empleador
- Calendario de nómina
- Aviso de interrupción del empleo
- Formularios de cambio de información

He revisado y verificado los formularios previos para corroborar que se hayan llenado y que todos sean legibles.



Nombre del consumidor	Nombre del empleador de registro (EOR)

Reconocimiento – Reconozco que haré lo siguiente:

1. Llenar todos los formularios requeridos por Consumer Direct Care Network Virginia (CDCN). De no indicar información necesaria sobre el Número de Identificación de Empleador Federal (FEIN, por sus siglas en inglés); o no presentar el paquete completo, se pueden presentar retrasos en los servicios.
2. Lea el Manual para el empleador de servicios de exención dirigidos por el consumidor.
3. Obtener un FEIN; CDCN me ayudará con este proceso.
4. Asegurarme de que los posibles empleados hayan llenado toda la documentación necesaria. La documentación debe enviarse a CDCN para contratarlos formalmente.
5. Asegurarme de que los pagos a los ayudantes únicamente se realicen cuando se cuente con una autorización válida para servicios aprobados con base en el número de horas aprobado para el periodo de tiempo.
6. Despedir a un empleado si su nombre aparece en la Lista de Individuos/Entidades Excluidas (LEIE, por sus siglas en inglés) de la Oficina del Inspector General. CDCN realiza una consulta mensual de todos los empleados en LEIE.
7. Reclutar, entrevistar, contratar, capacitar, gestionar y despedir empleados.
8. Establecer criterios de evaluación de desempeño para cada empleado.
9. Crear los calendarios y tareas de trabajo de cada empleado.
10. Conservar registros de servicios prestados por el empleado.
11. Asegurarme de que los empleados no presten servicios mientras el consumidor se encuentre en un hospital, asilo u otra instalación reembolsada por Medicaid.
12. Garantizar que los empleados únicamente trabajen el número de horas aprobado. Soy responsable de pagar todos los gastos y salarios que:
 - a. Superen el monto aprobado en el plan de atención del consumidor; o
 - b. Se generen porque un empleado trabaje horas extra no aprobadas.
13. Revisar y aprobar los registros de tiempo de los empleados. Estos registros deben enviarse a CDCN de forma oportuna; consulte la planilla de nómina de CDCN. Puedo ser legalmente responsable si apruebo registros fraudulentos que provoquen cargos excesivos a Medicaid.
14. Informar a CDCN de cualquier cambio al nombre, dirección o teléfono del consumidor o el empleador de registro (EOR, por sus siglas en inglés).
15. Notificar a CDCN de inmediato si el consumidor es hospitalizado.
16. Notificar a CDCN de inmediato si un empleado es despedido.



17. Leer el aviso de prácticas de privacidad de CDCN. Este aviso describe los derechos del consumidor conforme a las normas de privacidad de CDCN. Las normas siguen los reglamentos federales de privacidad (HIPAA). Puede comunicarse con el oficial de privacidad de CDCN llamando sin costo al: 1-877-532-8530
18. Denunciar de inmediato:
 - a. Cualquier posible fraude a Medicaid a la línea de asistencia de fraude de CDCN: 1-877-532-8530
 - b. Maltrato, abandono y explotación a las autoridades pertinentes.
19. Contar con un plan de contingencia. El plan debe utilizarse si un empleado que tiene programado trabajar no se presenta.

Términos y condiciones adicionales del acuerdo

1. Esta certificación está sujeta a cambios, que pueden ocurrir si cualquier porción de la certificación:
 - a. No aplica a CDCN o a mí; o
 - b. Resulta ilegal o inválida.

Si se presentan los casos a o b, las partes involucradas de la certificación se modificarán. Estas modificaciones se realizarán con el fin de otorgar a la certificación el efecto o significado deseado. Todo el resto de la certificación continuará en plena validez y efecto.

2. Acepto que si CDCN y yo tenemos una disputa, intentaremos resolverla en un plazo de treinta (30) días. Si la disputa no se ha resuelto en un plazo de treinta (30) días, CDCN y yo, conjuntamente, elegiremos a alguien que nos ayude a resolverla. Esta persona:
 - a. Pertenece a la American Arbitration Association;
 - b. Se denominará un árbitro independiente; y
 - c. Ayudará a resolver la disputa.

CDCN y yo cubriremos el costo de la persona elegida en partes iguales. El árbitro no podrá llegar a una decisión que sea aceptada por una de las partes; en ese caso, puede acudir a un juez para obtener un veredicto.

3. Comprendo y acepto que todas las acciones relacionadas con esta certificación se regirán según las leyes de Virginia sin importar sus normas de derecho internacional privado. Acepto que los tribunales del Distrito Judicial en el que se encuentre la oficina estatal principal del consumidor tendrán jurisdicción exclusiva; esto con respecto a cualquier controversia o disputa que surja de, o esté relacionada con, esta certificación que no se resuelva según los términos de la misma.
4. Acuerdo comunicarme con CDCN de forma oportuna. Todos los avisos deberán realizarse de inmediato.
5. Cualquier cambio a los términos de esta certificación debe presentarse por escrito por separado. Debo firmar y fechar dichos cambios. CDCN debe aprobar estos cambios.



6. Todas las acciones relacionadas en esta certificación acatarán las normas y leyes de privacidad a nivel estatal y federal; esto incluye la HIPAA y normas emitidas conforme a esta, 45 C.F.R. partes 160 – 164.
7. CDCN puede elegir no atender al consumidor. Esto sucederá si no sigo las políticas y procedimientos o si las necesidades de salud y seguridad del consumidor no pueden satisfacerse con este programa autodirigido. CDCN y yo hablaremos sobre cualquier inquietud con el organismo autorizador. De ser necesario, el facilitador de servicio del consumidor le ayudará con la transición de los servicios en un periodo de treinta (30) días.

Empleador de Registro, Nombre

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.)

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

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

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) (Do not 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"/> 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). 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	Household		
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"/> 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. (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 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. ➡



Form PAR 101
Virginia Power of Attorney and
Declaration of Representative

Virginia Tax
P. O. Box 1115
Richmond, VA 23218-1115
Individual fax: (804) 254-6113
Business fax: (804) 254-6111

This is a legal document.

If this Form PAR 101, Power of Attorney and Declaration of Representative is not signed and dated, lacks complete information, or is illegible, it will be denied.

Asterisks denote required fields. Read the instructions carefully before completing this form.

1. Taxpayer Information			
Taxpayer Name (Individual, Business, or Fiduciary)*			SSN, ITIN, or FEIN*
Spouse Name (For joint representation only. See instructions.)			Spouse SSN or ITIN
Address*			Daytime Telephone Number ()
Address			Alternative Telephone Number ()
City*	State*	ZIP Code*	Email Address
2. Maintain or Revoke Prior Authorization			
<input type="checkbox"/> Maintain authorization for the agent listed below. This form automatically revokes all earlier powers of attorney on file with Virginia Tax for the same tax matters covered by this form. _____ (Specify agent name, address, ZIP Code, and date granted. Attach copy of the power of attorney form.)			
<input type="checkbox"/> Revoke prior authorization(s). To revoke a prior power of attorney without naming another representative, send a copy of the power of attorney form to Virginia Tax at the address above and write "REVOKE" across the top. If you do not have a copy of the power of attorney form, provide the agent's name, address, ZIP Code, and date granted: _____			
3. Tax Matters – Taxable years or periods may not extend more than 3 years into the future. You must designate at least one tax type and taxable year period.*			
Annual Income Taxes Only – Individual, Corporate, Pass-through Entity, Fiduciary, or Estate Tax Type			
Tax Type	Taxable Years Do Not Enter "All Years" – Must be Specific		
Business, Excise, Commodity, and Other Taxes			
Tax Type	15-Character Virginia Tax Account Number REQUIRED: See Instructions	Do Not Enter "All Periods" – Must be Specific	
		Beginning Period (MM/YYYY)	Ending Period (MM/YYYY)



09931



4. Authorized Agent /Representative Information. Additional representatives should be listed on an attached list and may not receive copies of correspondence.

Primary Representative – Must be a person; cannot be a business			<p>Automatic Correspondence An Authorized Agent will automatically be mailed copies of correspondence regarding the tax matters.</p> <p>Authorized Agent Number A - _____</p> <input type="checkbox"/> Do NOT mail copies of any correspondence to agent. <input type="checkbox"/> Mail copies of email communications to agent. <p>Email Address _____</p>
First Name*	Last Name*		
Address			
Address			
City	State	ZIP Code	
Daytime Telephone Number ()	Fax Number ()		

Additional Representative – Must be a person; cannot be a business			<p>Automatic Correspondence An Authorized Agent will automatically be mailed copies of correspondence regarding the tax matters.</p> <p>Authorized Agent Number A - _____</p> <input type="checkbox"/> Do NOT mail copies of any correspondence to agent. <input type="checkbox"/> Mail copies of email communications to agent. <p>Email Address _____</p>
First Name	Last Name		
Address			
Address			
City	State	ZIP Code	
Daytime Telephone Number ()	Fax Number ()		

5. Signature of Taxpayer(s) and Acknowledgment of Authorized Acts

By signing this form, I am granting the representative(s) listed in Section 4 the authority to:

- Receive and inspect my confidential tax information for the tax matters listed in Section 3,
- Perform all acts that I can perform with respect to the specified tax matters, and
- Represent me before Virginia Tax, including consenting to extend the time to assess tax and executing consents that agree to a tax adjustment.
- In addition, I understand that the acts of my Authorized Agent may increase or decrease my tax liabilities and legal rights.

The authority does not, however, include the power to receive refund checks, substitute another representative, request a copy of a tax return, sign certain returns, or consent to a disclosure of tax information.

For joint representation, both the taxpayer and the spouse listed in Section 1 must sign and date this form. If this form is signed by a corporate officer, partner, guardian, tax matters partner, executor, receiver, administrator, or trustee on behalf of the taxpayer, they certify that they have the authority to execute this form on behalf of the taxpayer. This power of attorney will remain in effect until it is revoked by either the taxpayer or the agent.

Print Name*	Signature*	Title	Date*
Print Name	Signature	Title	Date

6. Representative Signature: *Under penalties of perjury, I declare I am authorized to represent the taxpayer(s) listed in Section 1.*

A.) Attorney B.) Certified Public Accountant C.) Enrolled Agent D.) Family member or Other (provide relationship below):
 Relationship: _____

Representative	Designation Letter from Above List	Print Name *	Representative Signature*	Date*
Primary				
Additional				

09932





**CUENTA DE SEGURO DE DESEMPLEO
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Nombre del Consumidor	Nombre del Empleador Registrado (EOR)

Por medio del presente, autorizo a Consumer Direct Care Network Virginia, LLC (CDCN) para que actúe en mi nombre como agente ante la Comisión de Empleo de Virginia (VEC). Otorgo a CDCN el permiso para obtener un número de Cuenta de Desempleo para mí. Otorgo a CDCN el permiso para que actúe como Administrador Externo de mi cuenta de la VEC. Esto es para fines de presentación de impuestos de desempleo.

Firma del Empleador Registrado

Fecha

El Programa de Servicios Dirigidos al Consumidor no discrimina a ninguna persona por motivos de raza, religión, color, género, orientación sexual, edad, origen nacional, discapacidad, condición de veterano o cualquier otro estado o condición protegidos por ley.

