

Asistencia con el proceso de contratación: cualquier solicitante que necesite una adaptación razonable en cualquier paso del proceso de contratación debe preguntar al miembro o su representante (empleador) y/o Consumer Direct Care Network (CDCN).

Información del Empleado					
Nombre: _____					
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido			
Dirección física: _____					
Calle	Dpto./unidad nro.	Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal: _____					
<i>(si difiere de la dirección física)</i> Calle/casilla postal					
Dpto./unidad nro.	Ciudad	Estado	Código postal		
Teléfono: Residencial () _____ Celular () _____					
<i>Es posible que nos comuniquemos con usted a través de SMS/Mensajes de texto en relación con sus servicios con CDCN. Tenga en cuenta que CDCN nunca solicitará información personal confidencial, como su número de Seguro Social, datos bancarios, dirección o fecha de nacimiento a través de mensajes de texto. Si recibe un mensaje de texto de CDCN y desea excluirse de futuros mensajes de texto, responda al mensaje inicial con "STOP".</i>					
Correo electrónico: _____					
Fecha de nacimiento: _____ Nro. de seguro social: ____ - ____ - _____					
Contacto de emergencia: _____					
Nombre		Teléfono		Vínculo	
¿Cómo quiere que lo contactemos? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal					

Información del Miembro/Empleador
Nombre del Miembro del programa de SDAC: _____
Nombre del Representante Legal del Miembro (en su caso): _____
Nombre del Empleador Registrado: _____

Capacidad física - Puede ser necesario que los ACW realicen tareas físicamente extenuantes en el desempeño de sus deberes. Un puesto típico de ACW involucra una variedad de requisitos físicos que incluyen la capacidad de:

Levantar 75 libras	Arrodillarse	Sentarse	Alcanzar objetos en lo alto
Empujar 75 libras	Agacharse	Pararse	Estirarse
Jalar 50 libras	Encuclillarse	Caminar	Girarse
Asir, sujetar o manipular objetos con las manos			

¿Es capaz de realizar estas tareas físicas? Sí No

Por favor explique cualquier excepción:



Antecedentes penales¿Alguna vez ha cometido un delito grave (felony)? Sí No¿Tiene antecedentes penales? Sí No En caso afirmativo, explique:***Por favor lea cuidadosamente***

Ni la aceptación de este formulario de información ni el establecimiento de cualquier tipo de relación o acuerdo laboral con un Miembro para una posibilidad de empleo crearán un contrato laboral real o implícito con Arizona Consumer Direct Personal Care, LLC que opera bajo el nombre comercial Consumer Direct Care Network Arizona (CDCN).

Autorizo la investigación de todas las declaraciones proporcionadas al Miembro o contenidas en este formulario de datos. Comprendo que tergiversar u omitir hechos solicitados es motivo de despido en cualquier momento sin previo aviso. Por medio de la presente otorgo permiso al Miembro de contactar a escuelas, empleadores previos (a menos que se indique lo contrario), referencias y otros y lo exonero de cualquier responsabilidad que surja de dicho contacto.

La Ley de Equidad de Informes Crediticios (Fair Credit Reporting Act) requiere que le notifiquemos que podemos solicitar un informe investigativo del consumidor de una agencia de informes crediticios, lo que incluye información sobre sus antecedentes, como resulte necesario. Previa solicitud por escrito, le proporcionaremos información adicional sobre la naturaleza y alcance de cualquier informe que solicitemos.

Comprendo que podré comenzar a trabajar una vez que haya recibido autorización por escrito (el formulario "Okay to Work") de CDCN. De ser el caso y de solicitarse, el empleo seguirá siendo condicional hasta que los resultados de la verificación de antecedentes penales se haya recibido y aprobado.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EMPLEADOS NUEVOS

Nombre del Empleado (ACW)	Nombre del Miembro	Nombre del Representante (si corresponde)

¡Bienvenido a Consumer Direct Care Network («CDCN»)!

Por favor, complete todos los formularios y adjunte las fotocopias que correspondan, como se indica en la siguiente lista. El Empleador debe verificar cada punto a medida que lo completa.

Capacitaciones y formularios obligatorios para todos los Empleados nuevos:

1. Formulario de datos del Empleado
2. Lista de verificación para Empleados nuevos (este formulario)
3. Determinación de la relación entre Empleado y Empleador
4. Determinación de la convivencia entre el Empleado y el Miembro
5. Formulario I-9 (*hay instrucciones adicionales sobre el I-9 en el sitio Web de CDCN Arizona, en la pestaña «Formularios»*)
6. Formulario W-4
7. Formulario de selección de forma de pago
8. Memorando del salario
9. Contrato del Empleado
10. Cuestionario de salud del Empleado
11. Confirmación de servicios de manejo **O** de que no se proporcionarán servicios de manejo (presentar solo uno de estos formularios)
12. Examen y acuerdo de la conciencia de privacidad (HIPAA)
13. Examen de control de infecciones
14. Examen de elevación y traslado de pacientes
15. Examen de prevención del fraude
16. FEA Auth Request – T1023 o T1023UC (solo para uso interno)

Fotocopias que se deben adjuntar:

1. Licencia de conducir y seguro del vehículo (si se proporcionarán servicios de manejo)
2. Documento de la Lista A de I-9 (si corresponde, no adjuntar los documentos de la Lista B o C)
3. Cheque anulado o documento del banco (si seleccionó la opción de pago por depósito directo)
4. Certificaciones en RCP y primeros auxilios

Hemos revisado y verificado que los formularios, los exámenes y los adjuntos detallados arriba estén completos. Todos los formularios son legibles. Comprendo que el Empleado no tendrá la aprobación para comenzar a trabajar hasta que CDCN reciba y apruebe todo el material mencionado arriba, y se emita un Formulario de aprobación para trabajar.

Firma:

Firma del Miembro/Representante

Fecha



Nombre del Empleado	Nombre del Empleador Registrado	Nombre del Miembro

Antecedentes: Los empleados que proveen servicios domésticos pueden estar exentos de algunos impuestos sobre las nóminas. Esto se basa en la edad del empleado y en su relación con el Empleador Registrado (empleador). Consumer Direct Care Network (CDCN) aplicará cualquier exención basada en la relación identificada más abajo. **Llenar este formulario de forma incorrecta puede resultar en retenciones de impuestos inexactas.**

Nota: Si el empleado o el empleador califican para exenciones de impuestos, estas deben ser tomadas. No se puede renunciar a las exenciones. Si las ganancias del empleado están exentas de estos impuestos, puede que no califiquen para beneficios relacionados. Un ejemplo es el seguro de desempleo.

Relación de Empleado-Empleador

El empleado selecciona una relación de las siguientes.

<input type="checkbox"/> Soy el cónyuge del empleador (incluyendo el matrimonio de derecho consuetudinario). <i>Exento de FICA¹, FUTA² y SUTA³.</i>
<input type="checkbox"/> Soy el padre/madre del empleador (incluyendo adoptivo(a) y padrastro/madrastra). En caso de marcar padre/madre, seleccione <u>cualquiera</u> de las siguientes opciones que apliquen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Proveo cuidado para el(la) hijo(a) o hijastro(a) del empleador que vive en el hogar. <input type="checkbox"/> El(la) hijo(a) o hijastro(a) del empleador tiene menos de 18 años o requiere cuidado personal por parte de un adulto por al menos 4 semanas seguidas en 3 meses. <input type="checkbox"/> El empleador(a) es un viudo, viuda, divorciado(a) o casado(a) y vive con su cónyuge, pero el cónyuge tiene una condición física o médica que les impide cuidar al hijo(a) por al menos 4 semanas seguidas en 3 meses. <i>Exento de FUTA y SUTA. Sujeto a FICA si todos los tres recuadros fueron marcadas más arriba; a menos de que haya una exención de FICA.</i>
<input type="checkbox"/> Soy el(la) hijo(a) del empleador. En caso de haber seleccionado hijo(a), seleccione una opción de más abajo: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tengo 21 años o más. <i>Sujeto a FICA, FUTA y SUTA.</i> <input type="checkbox"/> Tengo menos de 21 años. <i>Exento de FICA, FUTA y SUTA.</i>
<input type="checkbox"/> No estoy relacionado al empleador o mi relación no está descrita más arriba. <i>Sujeto a FICA, FUTA y SUTA.</i>

Reconocimiento: El empleado y empleador están de acuerdo en que la relación seleccionada más arriba es correcta. Si esta información cambia, el empleado debe notificar a CDCN. Si CDCN no es notificada de cambios, el empleado puede tener que pagar dinero de vuelta que debió haber sido retenido del pago.

Firma del Empleado *Fecha* *Firma del Empleador Registrado* *Fecha*

¹FICA – Ley de Contribución al Seguro Social (FICA, por sus siglas en inglés) (Seguridad Social y Medicare)

²FUTA – Ley del Impuesto Federal al Desempleo (FUTA, por sus siglas en inglés)

³SUTA – Subsidio Estatal de Desempleo (SUTA, por sus siglas en inglés)



Nombre del Empleador (ACW)	Empleador de nombre registrado	Nombre del Miembro

Los trabajadores del servicio doméstico pueden estar exentos de los requisitos de pago de horas extras si viven en el hogar donde están empleados. Consumer Direct Care Network (CDCN) aplicará exenciones según sus respuestas a continuación.

Estado de empleado-participante residente
El empleado responde a continuación con Sí o No

Sí No – ¿Vive permanentemente en la misma casa que el Participante mencionado anteriormente, o temporalmente, pero por períodos prolongados de tiempo (al menos 120 horas por semana o 5 días o noches consecutivas por semana)?

Si respondió Sí:

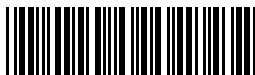
- *Las horas extraordinarias trabajadas se pagan a la tasa de pago regular.*

Si respondió NO:

- *Las horas extraordinarias trabajadas se pagan 1,5 veces la tasa de pago regular.*

Reconocimiento: El Empleado y el Empleador acuerdan que las declaraciones anteriores son precisas. Si los arreglos de vivienda cambian, el Empleado deberá notificar a CDCN. Independientemente del estado de horas extra identificado anteriormente, trabajar horas extra requiere aprobación previa.

Firma del empleado *Fecha* *Empleador registrado* *Fecha*



Instrucciones para completar el formulario I-9 Sección 1

(El primer día de trabajo remunerado del empleado o antes)

Empleado: Complete la Sección 1 del Formulario I-9 a más tardar el primer día de trabajo remunerado. Escriba con letra de imprenta clara. Firme y feche cuando haya terminado. Las explicaciones numeradas a continuación se muestran en el ejemplo de la imagen.

- ① Escriba su nombre completo: apellido, nombre, e inicial del segundo nombre. Proporcione cualquier otro nombre utilizado, como su apellido de soltera. Escriba "N/A" si nunca ha tenido otro nombre.
- ② Escriba su dirección física. No se permite ingresar un apartado postal. Escriba "N/A" si no tiene número de apartamento.
- ③ Escriba su fecha de nacimiento.
- ④ Escriba su número de Seguro Social.
- ⑤ Escriba su dirección de correo electrónico o escriba "N/A" si decide no proporcionarla.
- ⑥ Escriba su número de teléfono o escriba "N/A" si decide no proporcionarla.
- ⑦ Marque una casilla que describe su estatus migratorio o ciudadanía en Estados Unidos. Escriba información adicional si marca la casilla 3 ó 4.
- ⑧ Firme e ⑨ imprima la fecha en que complete el formulario. **A más tardar el primer día de trabajo remunerado.**
- ⑩ Presente el Suplemento A (Certificación de preparador y/o traductor) si le ha ayudado un preparador o traductor.

Employador: Revise la Sección 1, asegurarse de que su empleado la haya completado correctamente.

Section 1. Employee Information and Attestation: Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment , but not before accepting a job offer.					
Last Name (Family Name) ① <i>Doe</i>		First Name (Given Name) <i>Jane</i>		Middle Initial (if any) <i>Q</i>	Other Last Names Used (if any) <i>N/A</i>
Address (Street Number and Name) ② <i>123 Main St.</i>		Apt. Number (if any) <i>N/A</i>	City or Town <i>Anytown</i>	State <i>AZ</i>	ZIP Code <i>85001</i>
Date of Birth (mm/dd/yyyy) ③ <i>03/13/1964</i>	U.S. Social Security Number ④ <i>1 2 3 4 5 6 7 8 9</i>	Employee's Email Address ⑤ <i>employee@email.com</i>		Employee's Telephone Number ⑥ <i>555-123-4567</i>	
I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.	⑦ Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):				
	<input checked="" type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States				
	<input type="checkbox"/> 2. A non-citizen national of the United States (See Instructions)				
<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number)					
<input type="checkbox"/> 4. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) authorized to work until (exp. date, if any)					
If you check Item Number 4., enter one of these:					
USCIS A-Number		OR	Form I-94 Admission Number	OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance
Signature of Employee ⑧ <i>Jane Doe</i>		Today's Date (mm/dd/yyyy) ⑨ <i>09/15/2023</i>			
If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person MUST complete the Prepare and/or Translator Certification on Page 3.					

Nota: Consulte a las instrucciones del formulario I-9 para información más detallada.

Instrucciones para completar el formulario I-9 Sección 2

(Después de que el empleado haya aceptado la oferta de trabajo, pero a más tardar 3 días después del primer día de trabajo del empleado)

Empleado: Presente documentos originales y vigentes a su empleador para verificar su identidad y autorización para trabajar en Estados Unidos. Consulte la LISTA DE DOCUMENTOS ACEPTABLES.

Empleador: Examine los documentos que le proporciona su empleado. El empleado debe estar presente mientras los examina. Las explicaciones numeradas a continuación se muestran en el ejemplo de la imagen.

① Examine cada documento. Escriba los detalles en la(s) columna(s) adecuada(s) de la Lista. Solo acepte documentos originales y vigentes (no fotocopias). Puede aceptar un documento de la Lista A O uno de la Lista B y uno de la Lista C.

Si se acepta un documento de la lista B, debe llevar una fotografía.

Si se acepta un documento de la lista A, proporciona una fotocopia a Consumer Direct.

② Escriba la fecha del primer día de trabajo del empleado.

③ Escriba su apellido, nombre, y título. El título es "Empleador".

④ Firme e ⑤ Imprima la fecha. **Debe completarse y firmarse dentro de los 3 días posteriores al primer día de trabajo del empleado.**

⑥ Escriba su nombre y apellido.

⑦ Escriba la dirección física donde se prestan los servicios, (el domicilio del Miembro).

Section 2. Employer Review and Verification: Employers or their authorized representative must complete and sign Section 2 within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.	
List A	OR List B AND List C
Document Title 1	① <i>Driver's License</i> <i>Social Security Card</i>
Issuing Authority	<i>State of Residence</i> <i>SSA</i>
Document Number (if any)	<i>0123456789abode</i> <i>123-45-6789</i>
Expiration Date (if any)	<i>08/17/2027</i> <i>N/A</i>
Document Title 2 (if any)	Additional Information
Issuing Authority	
Document Number (if any)	
Expiration Date (if any)	
Document Title 3 (if any)	<div style="text-align: center; font-size: 2em; color: #8B0000; font-weight: bold;">Ejemplo</div> <p>↙ No marque. Debe examinar físicamente los documentos.</p> <input type="checkbox"/> Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.
Issuing Authority	
Document Number (if any)	
Expiration Date (if any)	
Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge, the employee is authorized to work in the United States.	
First Day of Employment (mm/dd/yyyy): ② <i>09/15/2023</i>	
Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative	Signature of Employer or Authorized Representative
③ <i>Smith, Ronald Employer</i>	④ <i>Ronald Smith</i>
Today's Date (mm/dd/yyyy)	
⑤ <i>09/15/2023</i>	
Employer's Business or Organization Name	Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code
⑥ <i>Ronald Smith</i>	⑦ <i>500 Fictional Street, Anytown AZ 85001</i>

For reverification or rehire, complete [Supplement B, Reverification and Rehire](#) on Page 4.

Nota: Consulte a las instrucciones del formulario I-9 para información más detallada.



Employment Eligibility Verification

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9

OMB No.1615-0047

Expires 05/31/2027

START HERE: Employers must ensure the form instructions are available to employees when completing this form. Employers are liable for failing to comply with the requirements for completing this form. See below and the [Instructions](#).

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: All employees can choose which acceptable documentation to present for Form I-9. Employers cannot ask employees for documentation to verify information in **Section 1**, or specify which acceptable documentation employees must present for **Section 2** or Supplement B, Reverification and Rehire. Treating employees differently based on their citizenship, immigration status, or national origin may be illegal.

Section 1. Employee Information and Attestation: Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the **first day of employment**, but not before accepting a job offer.

Last Name (Family Name)		First Name (Given Name)		Middle Initial (if any)	Other Last Names Used (if any)	
Address (Street Number and Name)			Apt. Number (if any)	City or Town		State ZIP Code
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number		Employee's Email Address			Employee's Telephone Number
<p>I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements, or the use of false documents, in connection with the completion of this form. I attest, under penalty of perjury, that this information, including my selection of the box attesting to my citizenship or immigration status, is true and correct.</p>	Check one of the following boxes to attest to your citizenship or immigration status (See page 2 and 3 of the instructions.):					
	<input type="checkbox"/> 1. A citizen of the United States					
	<input type="checkbox"/> 2. A noncitizen national of the United States (See Instructions.)					
	<input type="checkbox"/> 3. A lawful permanent resident (Enter USCIS or A-Number.)					
<input type="checkbox"/> 4. A noncitizen (other than Item Numbers 2. and 3. above) authorized to work until (exp. date, if any)						
If you check Item Number 4. , enter one of these:						
USCIS A-Number		OR	Form I-94 Admission Number		OR	Foreign Passport Number and Country of Issuance
Signature of Employee					Today's Date (mm/dd/yyyy)	

If a preparer and/or translator assisted you in completing Section 1, that person **MUST** complete the [Preparer and/or Translator Certification](#) on Page 3.

Section 2. Employer Review and Verification: Employers or their authorized representative must complete and sign **Section 2** within three business days after the employee's first day of employment, and must physically examine, or examine consistent with an alternative procedure authorized by the Secretary of DHS, documentation from List A OR a combination of documentation from List B and List C. Enter any additional documentation in the Additional Information box; see Instructions.

	List A	OR	List B	AND	List C
Document Title 1					
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 2 (if any)	Additional Information				
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					
Document Title 3 (if any)	<input type="checkbox"/> Check here if you used an alternative procedure authorized by DHS to examine documents.				
Issuing Authority					
Document Number (if any)					
Expiration Date (if any)					

Certification: I attest, under penalty of perjury, that (1) I have examined the documentation presented by the above-named employee, (2) the above-listed documentation appears to be genuine and to relate to the employee named, and (3) to the best of my knowledge, the employee is authorized to work in the United States.

First Day of Employment (mm/dd/yyyy):

Last Name, First Name and Title of Employer or Authorized Representative		Signature of Employer or Authorized Representative		Today's Date (mm/dd/yyyy)
Employer's Business or Organization Name		Employer's Business or Organization Address, City or Town, State, ZIP Code		

For reverification or rehire, complete [Supplement B, Reverification and Rehire](#) on Page 4.



LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS

All documents containing an expiration date must be unexpired.

* Documents extended by the issuing authority are considered unexpired.

Employees may present one selection from List A or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
<ol style="list-style-type: none"> 1. U.S. Passport or U.S. Passport Card 2. Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) 3. Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary I-551 printed notation on a machine-readable immigrant visa 4. Employment Authorization Document that contains a photograph (Form I-766) 5. For an individual temporarily authorized to work for a specific employer because of his or her status or parole: <ol style="list-style-type: none"> a. Foreign passport; and b. Form I-94 or Form I-94A that has the following: <ol style="list-style-type: none"> (1) The same name as the passport; and (2) An endorsement of the individual's status or parole as long as that period of endorsement has not yet expired and the proposed employment is not in conflict with any restrictions or limitations identified on the form. 6. Passport from the Federated States of Micronesia (FSM) or the Republic of the Marshall Islands (RMI) with Form I-94 or Form I-94A indicating nonimmigrant admission under the Compact of Free Association Between the United States and the FSM or RMI 	OR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 2. ID card issued by federal, state or local government agencies or entities, provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 3. School ID card with a photograph 4. Voter's registration card 5. U.S. Military card or draft record 6. Military dependent's ID card 7. U.S. Coast Guard Merchant Mariner Card 8. Native American tribal document 9. Driver's license issued by a Canadian government authority <li style="text-align: center;">For persons under age 18 who are unable to present a document listed above: 10. School record or report card 11. Clinic, doctor, or hospital record 12. Day-care or nursery school record 	AND	<ol style="list-style-type: none"> 1. A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: <ol style="list-style-type: none"> (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION (3) VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION 2. Certification of report of birth issued by the Department of State (Forms DS-1350, FS-545, FS-240) 3. Original or certified copy of birth certificate issued by a State, county, municipal authority, or territory of the United States bearing an official seal 4. Native American tribal document 5. U.S. Citizen ID Card (Form I-197) 6. Identification Card for Use of Resident Citizen in the United States (Form I-179) 7. Employment authorization document issued by the Department of Homeland Security <p style="margin-left: 20px;">For examples, see Section 7 and Section 13 of the M-274 on uscis.gov/i-9-central.</p> <p style="margin-left: 20px;">The Form I-766, Employment Authorization Document, is a List A, Item Number 4, document, not a List C document.</p>
<p>Acceptable Receipts</p> <p>May be presented in lieu of a document listed above for a temporary period.</p> <p>For receipt validity dates, see the M-274.</p>				
<ul style="list-style-type: none"> • Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List A document. • Form I-94 issued to a lawful permanent resident that contains an I-551 stamp and a photograph of the individual. • Form I-94 with "RE" notation or refugee stamp issued to a refugee. 	OR	<p>Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List B document.</p>	AND	<p>Receipt for a replacement of a lost, stolen, or damaged List C document.</p>

*Refer to the Employment Authorization Extensions page on [I-9 Central](#) for more information.





Supplement A, Preparer and/or Translator Certification for Section 1

Department of Homeland Security
U.S. Citizenship and Immigration Services

USCIS
Form I-9
Supplement A
OMB No. 1615-0047
Expires 05/31/2027

Last Name (<i>Family Name</i>) from Section 1 .	First Name (<i>Given Name</i>) from Section 1 .	Middle initial (if any) from Section 1 .
--	--	---

Instructions: This supplement must be completed by any preparer and/or translator who assists an employee in completing Section 1 of Form I-9. The preparer and/or translator must enter the employee's name in the spaces provided above. Each preparer or translator must complete, sign, and date a separate certification area. Employers must retain completed supplement sheets with the employee's completed Form I-9.

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator		Date (<i>mm/dd/yyyy</i>)	
Last Name (<i>Family Name</i>)	First Name (<i>Given Name</i>)		Middle Initial (<i>if any</i>)
Address (<i>Street Number and Name</i>)	City or Town	State	ZIP Code



Employee's Withholding Certificate

**Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.
 Give Form W-4 to your employer.
 Your withholding is subject to review by the IRS.**

2025

Step 1: Enter Personal Information	(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
	Address		Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov .
	City or town, state, and ZIP code		
	(c) <input type="checkbox"/> Single or Married filing separately <input type="checkbox"/> Married filing jointly or Qualifying surviving spouse <input type="checkbox"/> Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

TIP: Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App to determine the most accurate withholding for the rest of the year if: you are completing this form after the beginning of the year; expect to work only part of the year; or have changes during the year in your marital status, number of jobs for you (and/or your spouse if married filing jointly), dependents, other income (not from jobs), deductions, or credits. Have your most recent pay stub(s) from this year available when using the estimator. At the beginning of next year, use the estimator again to recheck your withholding.

Complete Steps 2-4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, and when to use the estimator at www.irs.gov/W4App.

Step 2: Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for the most accurate withholding for this step (and Steps 3-4). If you or your spouse have self-employment income, use this option; **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is generally more accurate than (b) if pay at the lower paying job is more than half of the pay at the higher paying job. Otherwise, (b) is more accurate

Complete Steps 3-4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3-4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependent and Other Credits	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly): Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 \$ _____ Multiply the number of other dependents by \$500 \$ _____ Add the amounts above for qualifying children and other dependents. You may add to this the amount of any other credits. Enter the total here	3	\$
Step 4 (optional): Other Adjustments	(a) Other income (not from jobs). If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income	4(a)	\$
	(b) Deductions. If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here	4(b)	\$
	(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each pay period	4(c)	\$

Step 5: Sign Here	Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.		
	_____ Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)		_____ Date

Employers Only	Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN)
-----------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------------------



General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code unless otherwise noted.

Future Developments

For the latest information about developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to www.irs.gov/FormW4.

Purpose of Form

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. If too little is withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty. If too much is withheld, you will generally be due a refund. Complete a new Form W-4 when changes to your personal or financial situation would change the entries on the form. For more information on withholding and when you must furnish a new Form W-4, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2025 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2024 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2025. You had no federal income tax liability in 2024 if (1) your total tax on line 24 on your 2024 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27, 28, and 29), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2025 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 17, 2026.

Your privacy. Steps 2(c) and 4(a) ask for information regarding income you received from sources other than the job associated with this Form W-4. If you have concerns with providing the information asked for in Step 2(c), you may choose Step 2(b) as an alternative; if you have concerns with providing the information asked for in Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c) as an alternative.

When to use the estimator. Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App if you:

1. Are submitting this form after the beginning of the year;
2. Expect to work only part of the year;
3. Have changes during the year in your marital status, number of jobs for you (and/or your spouse if married filing jointly), or number of dependents, or changes in your deductions or credits;
4. Receive dividends, capital gains, social security, bonuses, or business income, or are subject to the Additional Medicare Tax or Net Investment Income Tax; or
5. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

TIP: Have your most recent pay stub(s) from this year available when using the estimator to account for federal income tax that has already been withheld this year. At the beginning of next year, use the estimator again to recheck your withholding.

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay these taxes through withholding from your wages, use the estimator at www.irs.gov/W4App to figure the amount to have withheld.

Nonresident alien. If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Specific Instructions

Step 1(c). Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

Step 2. Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work. Submit a separate Form W-4 for each job.

Option (a) most accurately calculates the additional tax you need to have withheld, while option (b) does so with a little less accuracy.

Instead, if you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may check the box in option (c). The box must also be checked on the Form W-4 for the other job. If the box is checked, the standard deduction and tax brackets will be cut in half for each job to calculate withholding. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



Multiple jobs. Complete Steps 3 through 4(b) on only one Form W-4. Withholding will be most accurate if you do this on the Form W-4 for the highest paying job.

Step 3. This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative. For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. To do so, add an estimate of the amount for the year to your credits for dependents and enter the total amount in Step 3. Including these credits will increase your paycheck and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

Step 4 (optional).

Step 4(a). Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include income from any jobs or self-employment. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your paycheck, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2025 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

Step 4(c). Enter in this step any additional tax you want withheld from your pay **each pay period**, including any amounts from the Multiple Jobs Worksheet, line 4. Entering an amount here will reduce your paycheck and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe.



Step 2(b) – Multiple Jobs Worksheet (Keep for your records.)



If you choose the option in Step 2(b) on Form W-4, complete this worksheet (which calculates the total extra tax for all jobs) on only ONE Form W-4. Withholding will be most accurate if you complete the worksheet and enter the result on the Form W-4 for the highest paying job. To be accurate, submit a new Form W-4 for all other jobs if you have not updated your withholding since 2019.

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables; or, you can use the online withholding estimator at www.irs.gov/W4App.

- 1 Two jobs. If you have two jobs or you're married filing jointly and you and your spouse each have one job, find the amount from the appropriate table on page 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, skip to line 3
2 Three jobs. If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
a Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a
b Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b
c Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c
3 Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc.
4 Divide the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in Step 4(c) of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld)

Step 4(b) – Deductions Worksheet (Keep for your records.)



- 1 Enter an estimate of your 2025 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income
2 Enter: { \$30,000 if you're married filing jointly or a qualifying surviving spouse; \$22,500 if you're head of household; \$15,000 if you're single or married filing separately }
3 If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-"
4 Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information
5 Add lines 3 and 4. Enter the result here and in Step 4(b) of Form W-4

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and territories for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.



Nombre del empleado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Los pagos de Consumer Direct Care Network (CDCN) se realizan mediante depósito directo a una cuenta bancaria o tarjeta de pago. Los comprobantes de pago (talones) se le enviarán por correo a la dirección que tiene registrada con nosotros.

Marque una de las siguientes opciones de pago.

Nota: Se le inscribirá en la opción de tarjeta Wisely Pay si (1) no hace ninguna selección a continuación, o (2) selecciona el depósito directo a una cuenta bancaria pero proporciona información de cuenta no válida o su cuenta.

- Depósito directo a una cuenta de Wisely Pay Card.** Autorizo a CDCN a emitirme una tarjeta Wisely Pay. La tarjeta estará vinculada a mi identificación en el archivo. CDCN hará depósitos de nómina en la cuenta de mi tarjeta. Recibiré la tarjeta en 7 a 10 días hábiles después del procesamiento inicial.
- Depósito directo a una cuenta de cheques, ahorros o tarjeta de pago existente.** Autorizo a CDCN a iniciar depósitos de nómina en mi banco o institución financiera.

El nombre de mi banco es:

El tipo de cuenta es: (marque una opción) Cheques Ahorros Tarjeta de pago

SE REQUIERE UN ANEXO.

Para una cuenta de cheques. Adjunte un cheque anulado. Este es el preferido. Un formulario de depósito directo emitido por un banco o una carta bancaria también son aceptables

Para una cuenta de ahorros o tarjeta de pagos. Adjunte un formulario de depósito directo emitido por el banco o una carta bancaria.

* No envíe una boleta de depósito. Los códigos bancarios (números de ruta) difieren de los números de ruta de depósito directo.

Reconocimiento. Autorizo a CDCN a procesar mi método de pago seleccionado. Entiendo que:

- CDCN se reserva el derecho de rechazar cualquier solicitud de depósito directo.
- Soy responsable de confirmar que se haya realizado cada depósito. Debo pagar cualquier cargo causado por sobregiros en mi cuenta.
- Todos los depósitos directos se realizan a través de una Cámara de Compensación Automatizada (CCA). El procesamiento está sujeto a los términos de la CCA. También se aplicarán las condiciones y los términos de mi banco.
- Si se llegaran a realizar depósitos en mi cuenta por error, autorizo a CDCN a debitar mi cuenta para corregir el error. Si no se puede debitar mi cuenta debido al cierre o al saldo insuficiente, entonces CDCN podrá retener pagos futuros hasta que se paguen las cantidades depositadas erróneamente.
- Es posible que reciba un cheque en papel mientras se configura el método de pago que seleccioné.
- Debo enviar un nuevo formulario de selección de pago a CDCN si deseo cambiar mi opción de depósito directo.

Firma del Empleado

Fecha



Nombre del Empleado (ACW)	Nombre del Empleador Registrado	Nombre del Miembro	Nro. de ID de CDCN del Miembro

Los Miembros que autogestionan sus servicios de atención personal son el empleador gestor. Además de tener otros privilegios y obligaciones, establecen la tarifa salarial de su Cuidador Asistente (*Attendant Care Worker*, «ACW»).

El Miembro debe establecer un salario para el ACW que sea congruente con la ley laboral, y puede considerar factores tales como la experiencia, la capacitación, el desempeño de sus tareas, la voluntad para trabajar de noche o en horarios peculiares o el tiempo que lleva trabajando para el Miembro. Si un Miembro tiene dudas sobre cómo establecer el salario, se puede contactar con Consumer Direct Care Network («CDCN»).

Para garantizar el cumplimiento de la ley laboral, CDCN ofrece a los miembros un rango de salario ACW basado en el estado o salario mínimo municipal y tasas de reembolso de Medicaid.

Para completar por el Miembro/Representante	
Salario normal: (completar solo una línea)	<input type="checkbox"/> \$ _____ /hora (fuera de Flagstaff ; mín. \$14.35/hora, máx. \$17.00/hora) <input type="checkbox"/> \$ 17.40/hora (solo en Flagstaff ; el Miembro debe tener su residencia dentro del código postal 86001, 86004 o 86005)
Salario por capacitación: (completar solo una línea)	<input type="checkbox"/> \$ _____ /hora (fuera de Flagstaff ; mín. \$14.35/hora, máx. \$17.00/hora) <input type="checkbox"/> \$ 17.40/hora (solo en Flagstaff ; el Miembro debe tener su residencia dentro del código postal 86001, 86004 o 86005)

Firma del ACW

Fecha

Firma del Miembro/Empleador

Fecha

Uso exclusivo de la oficina - Para completar por Consumer Direct			
Código de servicio:	<input type="checkbox"/> S5125 U2	<input type="checkbox"/> S5125 U2 U4	<input type="checkbox"/> S5125 U2 U5
	<input type="checkbox"/> S5125 U6	<input type="checkbox"/> S5125 U6 U4	<input type="checkbox"/> S5125 U6 U5
Código de servicio de capacitación:	<input type="checkbox"/> S5110	<input type="checkbox"/> S5115	
Código de servicio de licencia por enfermedad:	SICK2		
Organización que Administra la Atención («MCO», por sus siglas en inglés):	<input type="checkbox"/> Banner UFC	<input type="checkbox"/> Mercy Care	<input type="checkbox"/> United
Fecha de entrada en vigor:	_____		



Yo, _____, acepto y reconozco lo siguiente:
(Nombre en imprenta del Empleado)

_____ ha decidido contratarme para la posición de Cuidador Asistente
(Nombre en imprenta del Miembro o del Representante Personal («PR», por sus siglas en inglés))

(*Attendant Care Worker*, («ACW»)). Prestaré servicios de asistencia para el Miembro conforme al programa de Servicios de Asistencia Autogestionados de Arizona (*Arizona's Self-Directed Attendant Care*, «SDAC»).

Comprendo que Arizona Consumer Direct Personal Care, LLC, con actividades comerciales bajo el nombre de Consumer Direct Care Network Arizona («CDCN») es la agencia fiscal y empleadora. CDCN asiste al Miembro/PR con tareas relacionadas con el empleo. CDCN NO es mi empleador. El Miembro/PR es mi empleador.

1. Inscripción

Recibí el Paquete para empleados nuevos con capacitaciones y formularios de carácter obligatorio. Completaré y presentaré todos los documentos y los exámenes a CDCN. Si tengo dudas, le preguntaré a CDCN.

Algunas de las capacitaciones obligatorias son:

- RCP;
- primeros auxilios;
- Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (*Health Insurance Portability and Accountability Act*, HIPAA);
- control de infecciones;
- elevación y traslado de pacientes;
- prevención del fraude;
- línea gratuita por lesiones ocupaciones (solo revisión);
- capacitaciones adicionales autorizadas por el Administrador del Caso o proporcionadas por mi empleador, el Miembro/PR.

2. Recibí:

- El Formulario de cambios en las condiciones en blanco. Me comprometo a notificar a CDCN dentro de los diez (10) días de cualquier cambio de nombre, domicilio y número de teléfono. Las acusaciones penales pendientes que puedan ocurrir con posterioridad a mi fecha de contratación también se deben notificar dentro de los 10 días.
- El cronograma de pagos de CDCN actualizado.

3. Conservaré:

- Una copia del certificado de capacitación en primeros auxilios/RCP. Comprendo que esta capacitación no puede hacerse en línea. Debo contar con la certificación de un curso práctico en persona.
- Los requisitos de la capacitación en control de infecciones.

4. Remuneración

- CDCN emite los pagos cada dos semanas. Los recibos de pago (resumen del pago) y los W-2 se enviarán por correo de primera clase a mi domicilio que figura en el expediente o electrónicamente.
- Existen dos opciones de pago por depósito directo. Puedo especificar una cuenta bancaria para el depósito directo o elegir una tarjeta de pago. Si modifico la opción de depósito directo, debo presentar un nuevo Formulario de selección de forma de pago.
- Todos los pagos están sujetas a las retenciones fiscales aplicables.



- CDCN presentará todas las declaraciones de impuestos de la nómina de pagos enmendadas en los casos en que se hayan cobrado aportes para Medicare y para el Seguro Social en exceso de los pagos de los empleados. Recibiré los reembolsos por los aportes cobrados en exceso directamente de CDCN, si los ingresos son menores al límite publicado por el Servicio de Rentas Internas (*Internal Revenue Service*, «IRS») en la Circular E del año fiscal actual. Los reembolsos se pagarán en enero, inmediatamente después del cierre del año. Me comprometo a abstenerme de presentar un reclamo por el reembolso de los aportes para Medicare y para el Seguro Social cobrados en exceso ante el IRS.
- Debo presentar el registro de las horas trabajadas en cada turno a través de un método aprobado de Verificación Electrónica de Visitas. El miembro/PR debe aprobar cada turno trabajado. **Todas las correcciones y aprobaciones deben hacerse dentro de los 10 días posteriores de la fecha de servicio o mi pago puede verse afectado.**

CDCN no tiene la responsabilidad de pagarme, si:

- El Miembro deja de reunir los requisitos para Medicaid.
- El Miembro/PR me permite trabajar horas extraordinarias (por sobre las 40 horas por semana) sin la aprobación previa por escrito de CDCN.
- El Miembro/PR me permite realizar tareas no autorizadas o trabajar más horas de las aprobadas.

5. Fecha de entrada en vigor

El empleo puede comenzar una vez que complete el Paquete de inscripción de empleados de CDCN, y que CDCN lo apruebe. Para poder comenzar a trabajar, debo recibir un Formulario de aprobación para trabajar.

6. Algunas de mis responsabilidades en carácter de ACW son:

- Prestar servicios conforme a las tareas y las horas autorizadas para el Miembro.
- Cumplir con el programa (seguir todas las pautas del programa SDAC).
- Utilizar un método aprobado de Verificación Electrónica de Visitas para registrar cada turno trabajado.
- Mantener la confidencialidad de la información del Miembro.
- Notificar los cambios en las condiciones (según sea necesario).
- Rechazar los regalos u otras formas de pago por los servicios.
- Informar a las autoridades correspondientes, si tengo sospechas de abuso, abandono o explotación (al Administrador del Caso o a los Servicios de Protección de Niños o Adultos de Arizona: 877-767-2385).

7. Servicios de atención no urgente

Los servicios prestados en el marco de este programa no se prevén como servicios médicos agudos o de emergencia. Cualquier situación que presente un posible riesgo para la salud debe informarse al médico que trate al Miembro y/o a los servicios de emergencia locales, como el 911, según corresponda.

8. Vínculo con el Miembro

Conforme al reglamento del programa, no puedo ser el tutor legal, el cónyuge, la madre o el padre (si el Miembro es menor de 18 años) del Miembro.

Mi vínculo con el Miembro es: _____.

Firma del Empleado

Fecha

Firma del Miembro/PR

00973 _____
Fecha



Nombre del empleado: _____

Antecedentes: Se le ha contratado condicionalmente para brindar servicios para el destinatario del servicio de conformidad con su plan de atención autorizado. Es posible que se le requiera realizar tareas físicas. El propósito de este cuestionario de salud es evaluar su capacidad de realizar las tareas autorizadas de forma segura. La información que proporcione en este cuestionario se utilizará para ayudar a gestionar su empleo de forma segura. Sus respuestas se consideran *Confidenciales*.

Instrucciones: Responda a cada artículo sobre si tiene una restricción o limitante médica o a su actividad física. **Por favor explique cualquier respuesta afirmativa en el reverso de este formulario y adjunte la información adicional que sea necesaria.** Devuelva este formulario completado y otros formularios de empleo a la oficina de Consumer Direct Care Network (CDCN).

	Actualmente tiene una restricción a la actividad física que involucre:	NO	SÍ
1	Estar sentado		
2	Estar de pie sin moverse		
3	Caminar		
4	Capacidad de movilidad		
5	Ponerse en cuclillas (doblar las rodillas)		
6	Hincarse/gatear		
7	Agacharse (doblar la cintura)		
8	Girar (rodillas/cintura/cuello)		
9	Dar la vuelta, pivotear		
10	Escalar		
11	Equilibrarse		
12	Extenderse hacia arriba		
13	Extenderse horizontalmente		
14	Sujetar		
15	Empujar/Jalar		
16	Alzar/Cargar		
17	Pérdida total o parcial de la audición		
18	Ceguera (parcial o completa) o problemas oculares		
19	¿Un profesionales del cuidado de la salud le ha indicado restringir sus actividades físicas de cualquier manera?		
	Historial médico personal - En los últimos cinco años ha sufrido o recibido tratamiento por:	NO	SÍ
20	Epilepsia		
21	Desmayos/mareos		
22	Hernias		
23	Distensión muscular		
24	Lesiones de cuello o espalda		
25	Ruptura de discos intervertebrales		
26	Dolor o lesiones articulares		
27	Fracturas		
28	Tuberculosis o una prueba de tuberculosis con un resultado que no sea negativo		
29	Enfermedades o problemas pulmonares		
30	Lesiones de cabeza		
31	Otros problemas, enfermedades o padecimientos en curso		
32	¿Lo han hospitalizado o se ha sometido a una cirugía, excluyendo partos?		
33	¿Ha rechazado un procedimiento quirúrgico recomendado?		
34	¿Actualmente toma algún fármaco o medicamento, ya sea de venta o libre o con receta, que pueda mermar su toma de decisiones?		



¿Actualmente tiene, o un profesionales del cuidado de la salud le dicho que tiene, una limitante física relacionada con la lista que se encuentra a continuación?							
		NO	SÍ			NO	SÍ
A	Regresar			H	Brazo		
B	Hombro			I	Cadera		
C	Cuello			J	Rodilla		
D	Codo			K	Tobillo		
E	Muñeca			L	Pie		
F	Mano			M	Pierna		
G	Dedo			N	Otro		

CDCN no discrimina en la contratación, ascenso u otros términos y condiciones del empleo. De igual manera, CDCN no discrimina contra personas que, de buena fe, han interpuesto una reclamación o han recibido beneficios bajo las Leyes de Compensación para Trabajadores del estado. Las solicitudes de adecuaciones para permitir a los empleados desempeñar las funciones esenciales necesarias deben realizarse por escrito y se proporcionarán en caso de no causar dificultades excesivas.

Por favor explique cualquier respuesta afirmativa en las páginas 1 y 2 a mayor detalle a continuación y anote el número o letra correspondiente. También debe incluir las fechas de lesiones y cirugías. Utilice páginas adicionales, de ser necesario:

Afirmo que he respondido a las preguntas previas según mi leal saber y entender. Mis respuestas son verdaderas y completas. Comprendo que proporcionar información falsa deliberadamente es causal de despido y puede dar pie a que se nieguen los beneficios de compensación para trabajadores.

Firma del empleado: _____ Fecha: ____/____/____

Uso en la oficina únicamente

Revisado por: [_____] Fecha ____/____/____ Fecha de envío a Gestor de Riesgo: ____/____/____

Ubicación/oficina de estado: _____ Revisión de Gestor de Riesgos: [_____] Fecha



Nombre del Empleado (ACW)	Nombre del Miembro

Instrucciones: Completar este formulario y adjuntar los documentos solicitados SOLO si el ACW proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo. Si el ACW no proporcionará estos servicios, completar el Formulario de confirmación de que no se proporcionarán servicios de manejo. Por favor, presentar solo uno de estos dos formularios, conforme a su situación.

Para que un ACW reciba el pago por los servicios que requieran manejar un vehículo, el reglamento del programa exige lo siguiente:

1. Los servicios de apoyo deben estar aprobados por el Administrador del Caso y/o autorizados en el plan de atención individualizado del Miembro.
2. El vehículo utilizado para prestar los servicios que requieran manejar un vehículo siempre debe contar con un seguro válido y vigente.
3. La licencia de conducir del ACW y el comprobante del seguro del vehículo manejado deben estar en el expediente de Consumer Direct Care Network («CDCN»). Si estos no se presentan y actualizan según sea necesario, el ACW no podrá cobrar los servicios de manejo.

Solo se autoriza manejar para los servicios de apoyo que se detallan en el plan de atención del Miembro. No se pagará al ACW por servicios de manejo diferentes de los aprobados por el Administrador del Caso con antelación a la prestación de los servicios. Asimismo, el programa no considera el pago de los gastos relacionados con el manejo de un vehículo, como millaje o combustible.

Documentos solicitados

Por favor, adjuntar una fotocopia de los siguientes documentos:

Licencia de conducir del ACW

Estado: _____ Número: _____ Fecha de vencimiento: _____

Comprobante del seguro (Se exige el seguro del vehículo utilizado para los servicios que requieran manejar un vehículo. El seguro debe cumplir los requisitos mínimos del estado para la cobertura del seguro de los vehículos).

Fecha de vencimiento: _____ Propietario del vehículo: _____

Reconocimiento

Al firmar a continuación, me comprometo a cumplir los requisitos detallados arriba, y a comunicarme con CDCN si hay alguna modificación en la licencia de conducir o el seguro del vehículo.

Firma del ACW

Fecha

Firma del Miembro/Representante *Fecha*





**CONFIRMACIÓN DE QUE NO SE PROPORCIONARÁN
SERVICIOS DE MANEJO**

Nombre del Empleado (ACW)	Nombre del Miembro

Instrucciones: Completar este formulario SOLO si el ACW NO proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo. Si el ACW proporcionará servicios de apoyo que requieran manejar un vehículo, completar el Formulario de confirmación de manejo. Por favor, presentar solo uno de estos dos formularios, conforme a su situación.

Reconocimiento

El miembro y el ACW acuerdan que el ACW no proporcionará servicios de manejo en ningún momento durante la prestación de los servicios del programa. Asimismo el Miembro y el ACW acuerdan comunicarse con Consumer Direct, si hay alguna modificación respecto de los servicios de manejo.

Firma del ACW

Fecha

Firma del Miembro/Representante

Fecha



Nombre del empleado: _____
(escriba en letra de imprenta)

Solo para uso administrativo

Puntuación: _____ (mín. 80 %)

Material de referencia: *Guía de concientización sobre la privacidad – Cuidadores de Consumer Direct Care Network (CDCN).*

1. ¿Qué significa “HIPAA”?
 - a. Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico
 - b. Ley de Privacidad y Responsabilidad de la Industria Médica
 - c. Ley de Privacidad y Administración del Seguro Médico
 - d. Ninguna de las anteriores

2. ¿Qué ejemplo se considera una divulgación no autorizada?
 - a. Llevar a un tercero al hogar de un destinatario de servicios.
 - b. Hablar con un destinatario de servicios sobre su estado de salud.
 - c. Mencionar el nombre de un cuidador a otra persona.
 - d. Hablar con un Representante de CDCN sobre su trabajo con el destinatario de servicios.

3. Los cuidadores deben cumplir las leyes de privacidad de su estado particular, así como la normativa federal de la HIPAA.
 - a. Cierto
 - b. Falso

4. ¿Cuáles de las siguientes se consideran PHI? (marque todas las opciones que correspondan)
 - a. Dirección completa
 - b. Historial médico
 - c. Ubicación del consultorio médico
 - d. Nombre y apellido
 - e. Número de Seguro Social
 - f. Nombre de soltera de la madre
 - g. Nombre de la ciudad de residencia
 - h. Diagnóstico médico
 - i. Historial de medicación

5. ¿En qué situación o situaciones están obligados los cuidadores a cumplir las normas de privacidad de la HIPAA?
 - a. En casa con su familia.
 - b. En el hogar de un destinatario de servicios.
 - c. Con otro cuidador que trabaje para un destinatario de servicios distinto.
 - d. Todas las anteriores.



6. ¿Qué debe hacer si le preocupa una posible divulgación no autorizada de PHI?
 - a. Guardar silencio y ver si sucede algo malo antes de denunciarla.
 - b. Llamar a la policía.
 - c. Notificar a su Coordinador de Servicios.
 - d. Todas las anteriores.

7. ¿Cuál de las situaciones siguientes podría causar una divulgación no autorizada según la HIPAA?
 - a. Hablar con CDCN sobre un destinatario de servicios.
 - b. Dejar documentos que contengan PHI en donde otras personas puedan verlos.
 - c. Triturar cualquier documento físico que contenga información sobre un destinatario de servicios.
 - d. Hablar con un destinatario de servicios sobre su estado de salud y atención.

8. Se pueden imponer sanciones a CDCN y al empleado por las divulgaciones no autorizadas.
 - a. Cierto
 - b. Falso

9. Solo los cuidadores que atienden a destinatarios de servicios con medicamentos deben preocuparse por la HIPAA.
 - a. Cierto
 - b. Falso

Acuerdo de confidencialidad: Al firmar a continuación, reconozco que la divulgación de información confidencial obtenida a través de mi empleo con el Miembro (destinatario de servicios) ¡está **Prohibida!** Además, entiendo que se considera estrictamente confidencial toda información relativa al diagnóstico del Miembro, sus servicios de atención personal y sus datos personales. Toda revisión del expediente médico o el estado de salud de un Miembro debe hacerse en privado y solo en presencia de las personas implicadas en la atención del Miembro. Reconozco que la confidencialidad es parte importante del trabajo y que el incumplimiento del requisito de confidencialidad es causa de despido.

Firma del Trabajador

Fecha



Nombre del Empleado (ACW)	Nombre del Miembro	Puntaje (mínimo 80 %)

Instrucciones: Revise el panfleto de capacitación sobre las pautas sobre control de infecciones para trabajadores de la salud. Converse al respecto con su Empleador (el Miembro o su Representante) y haga las preguntas necesarias para comprender en su totalidad la información presentada. Complete el examen de la capacitación a continuación y preséntelo con los materiales de inscripción.

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Puede saber si alguien tiene una infección con solo mirar. | V | F |
| 2. Se puede contagiar de VIH, si la sangre infectada toca una lesión en su piel. | V | F |
| 3. Hay una vacuna disponible para protegerlo del virus de la hepatitis C. | V | F |
| 4. Una persona con tuberculosis inactiva no puede transmitir la enfermedad a otros. | V | F |
| 5. Las precauciones estándar solo deben utilizarse con los pacientes que se sabe que tienen un patógeno de transmisión hemática. | V | F |
| 6. Los elementos cortopunzantes usados deben colocarse en un contenedor hermético y resistente a las punciones. | V | F |
| 7. Todo el equipo de protección personal debe lavarse y desinfectarse para poder volver a utilizarse. | V | F |
| 8. No es necesario lavarse las manos después de quitarse los guantes. | V | F |
| 9. Las precauciones basadas en la transmisión se utilizan en lugar de las precauciones estándar. | V | F |
| 10. Los pacientes con sarna deben contar con su propio equipo de atención para pacientes cuando sea posible. | V | F |
| 11. Debe utilizar un respirador cuando está con pacientes con sospecha de tuberculosis activa. | V | F |
| 12. Los gérmenes que se encuentran en las gotitas pueden contaminar los objetos donde caen. | V | F |
| 13. Tras una exposición a objetos cortopunzantes, puede reducir el riesgo de infección, si busca atención médica de inmediato. | V | F |

Firma del ACW

Fecha

Firma del Miembro/Rep.

Fecha



Nombre del Empleado (ACW)	Nombre del Miembro	Puntaje (mínimo 80 %)

Instrucciones: Revise el panfleto de capacitación en elevación y traslado de pacientes. Converse al respecto con su Empleador (el Miembro o su Representante) y haga las preguntas necesarias para comprender en su totalidad la información presentada. Complete el examen de la capacitación a continuación y preséntelo con los materiales de inscripción.

1. Al hacer elevaciones, debe aplanar la curva de su espalda. V F
2. Para proteger su espalda durante las elevaciones, use los músculos de sus piernas y abdominales. V F
3. Al trasladar pacientes, manténgalos cerca de su cuerpo. V F
4. Solo pida ayuda a sus colegas cuando trate con pacientes obesos. V F
5. Los dispositivos de asistencia solo se utilizan en emergencias. V F
6. Una caminata breve antes del trabajo es un buen precalentamiento. V F
7. Solo debe elongar antes de comenzar a trabajar. V F
8. Tomar descansos frecuentes ayuda a aliviar la rigidez y reducir el estrés. V F
9. «ACE» (*Assess, Coordinate, & Execute*) significa analizar, coordinar y ejecutar. V F
10. Utilizar las técnicas de elevación segura solo es importante en el trabajo. V F
11. El desgaste a largo plazo tiene un efecto grave en la salud de la espalda. V F
12. El ejercicio aeróbico puede ayudar a mejorar el estado físico. V F

Firma del ACW

Fecha

Firma del Miembro/Rep.

Fecha



EXAMEN Verdadero o Falso

[Score _____]

- | | | |
|---|----------|----------|
| 1. Se considera fraude si un miembro sale de la ciudad, y su trabajador/a entrega una hoja de trabajo como si hubiese proporcionado servicios como regularmente lo hace – aun cuando el miembro dice que está bien. | V | F |
| 2. Si un miembro es hospitalizado por unos días y su trabajador/a lo visita en el hospital, le lleva la correspondencia y revistas, va a casa del miembro le da de comer al perro y riega las plantas, es correcto que el/a trabajador/a entregue una ahoja de trabajo y reclame este tiempo. | V | F |
| 3. Se consideraría fraude a Medicaid si un miembro da sus credenciales o contraseña de portal en línea para permitir que el/la trabajador/a ajuste los turnos de trabajo o haga el mantenimiento de visitas. | V | F |
| 4. El fraude es fácil de detectar y fácil de enjuiciar a las personas que cometen fraude. | V | F |
| 5. Si un miembro está aprobado solo para la preparación de comidas durante 1 hora al día, está bien que un trabajador cocine durante 1/2 hora y aspire durante otra hora y media para obtener la cantidad correcta de tiempo. | V | F |
| 6. El fraude a Medicaid es un delito grave que puede resultar en enjuiciamiento, pérdida del trabajo, pérdida de los beneficios de Medicaid, multas y tiempo en la cárcel | V | F |
| 7. Denunciar el fraude de Medicaid es obligatorio. Usted debe reportar fraude de Medicaid a Consumer Direct, al estado, o a la Unidad Federal de fraude de Medicaid. | V | F |
| 8. Con la Verificación Electrónica de Visitas (EVV), el miembro debe confirmar y aprobar cada turno de trabajo cuando su trabajador está saliendo de su turno. | V | F |
| 9. Está bien que un trabajador aliente a un miembro a solicitar servicios adicionales para que pueda trabajar más horas y aumentar su salario. | V | F |
| 10. La primera vez que cometa fraude, Consumer Direct no reportara sus acciones al estado o gobierno federal. | V | F |

Nombre del Empleado (ACW)

Firma del Empleado

Fecha

Nombre del Miembro

Firma del Miembro/Rep.

Fecha

Nombre Coordinator

Firma Coordinator

Fecha



Créditos fiscales por oportunidades laborales - Consumer Direct Care Network

Consumer Direct Care Network (CDCN) participa en el programa Work Opportunity Tax Credit (WOTC). WOTC es un crédito fiscal federal disponible para los empleadores. ADP administra WOTC en nombre de CDCN. Siga los pasos que se enumeran a continuación para seleccionar el programa WOTC. Apreciamos tu cooperación.

Instrucciones del solicitante

- Abra <https://tcs.adp.com/consumerdirectcare> o escanee el código QR a continuación.
** Nota: Si usa un dispositivo de detección compartido, asegúrese de que el dispositivo no tenga habilitada una función de autocompletar / autocompletar
- Responda cada pregunta para completar la evaluación voluntaria.
- A los solicitantes elegibles se **les pedirá que firmen electrónicamente** y hagan clic en Enviar para completar la selección.
- A los solicitantes no elegibles se les pedirá que hagan clic en Enviar para finalizar la selección. No se le pedirá que firme electrónicamente.

***ADP se comunicará con las nuevas contrataciones elegibles para WOTC por correo electrónico o mensaje de texto para solicitar un comprobante de edad o documentación de dirección, cuando sea necesario.**

** Si no puede realizar la pantalla a través del enlace web, comuníquese con ADP al 1-800-237-3279 (1-800 - ADP - EASY) disponible de 6 am a 11 pm ET, los 7 días de la semana e ingrese el código de la compañía que se muestra a continuación para pantalla de Créditos fiscales. **CÓDIGO IVR: 410849**



La información proporcionada en este documento es solo para fines informativos y no para brindar asesoramiento legal, contable o fiscal. La información y los servicios que proporciona ADP no deben considerarse un sustituto del asesoramiento de dicho profesional. Dicha información está sujeta por naturaleza a revisión y puede no ser la información más actualizada disponible. ADP, el logotipo de ADP y las marcas comerciales Always Designing for People de ADP, Inc. Copyright © 2020 ADP, Inc. adp.com





SDAC Authorization Request

To:		Fax:	
Co.:		Date:	
Ref:		Pages:	
From:			

Message:

Member's Name:	AHCCCS ID #:			
Service	Code	Units	Start	End
<i>FEA Services</i>				
Member Initiation	T2040/UA			
FEA Services Ongoing	T2040/UB			
Caregiver Initiation w/ Background	T1023/UC			
Caregiver Initiation w/o Background	T1023			
<i>Attendant Care Services</i>				
Attendant Care, non-family	S5125/U2			
Attendant Care, Family non-home	S5125/U2, U4			
Attendant Care, Family in-home	S5125/U2, U5			
Attendant Care, nurse delegated	S5125/U2, U6			
<i>Training Services</i>				
Member Training	S5108			
Caregiver Training, Member Relative	S5115			
Caregiver Training, Non-Relative	S5110			

CONFIDENTIALITY NOTICE: This facsimile transmission and any documents accompanying this transmission may contain personal information subject to such privacy regulations as the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). This information is intended only for the use of the authorized individual named above. Such authorized recipient of this information is prohibited from disclosing this information to any other party unless required to do so by law or regulation and is required to destroy the information after its stated need has been fulfilled.

If you are not the intended recipient, you are hereby notified that any disclosures, copying, distribution, or action taken in reliance on the contents of these documents is strictly prohibited. If you have received this information in error, please notify the sender immediately and arrange for the destruction of these documents.



10012



Calendario de Nómina 2025



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							1							1
5	6	7	8	9	○ 10	11	2	3	4	5	6	○ 7	8	2	3	4	5	6	○ 7	8
12	△ 13	14	15	16	17	18	9	△ 10	11	12	13	14	15	9	10	11	12	13	14	15
19	△ 20	21	22	23	○ 24	25	16	△ 17	18	19	20	○ 21	22	16	17	18	19	20	○ 21	22
26	27	28	29	30	31		23	24	25	26	27	28		23	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					1	○ 2	3	1	2	3	4	5	6	7
6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	○ 13	14
13	14	15	16	17	○ 18	19	11	12	13	14	15	○ 16	17	15	16	17	18	△ 19	20	21
20	21	22	23	24	25	26	18	△ 19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	○ 27	28
27	28	29	30				25	△ 26	27	28	29	○ 30	31	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						1	2		△ 1	2	3	4	○ 5	6
6	7	8	9	10	○ 11	12	3	4	5	6	7	○ 8	9	7	8	9	10	11	12	13
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	○ 19	20
20	21	22	23	24	○ 25	26	17	18	19	20	21	○ 22	23	21	22	23	24	25	26	27
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30	28	29	30				
							31													
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							1		1	2	3	4	5	6
5	6	7	8	9	10	11	2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	○ 12	13
12	△ 13	14	15	16	○ 17	18	9	10	△ 11	12	13	○ 14	15	14	15	16	17	18	19	20
19	20	21	22	23	24	25	16	17	18	19	20	21	22	21	22	23	○ 24	△ 25	26	27
26	27	28	29	30	○ 31		23	24	25	○ 26	△ 27	28	29	28	29	30	31			
							30													

Asuetos bancarios y de las oficinas postales en 2025

*Cierre de oficinas de Consumer Direct Care Network

- *Día de Año Nuevo - Miércoles 1 de Enero
- *Día de Martin Luther King, Jr. - Lunes 20 de Enero
- Día de los Presidentes - Lunes 17 de Febrero
- *Día de los Caídos - Lunes 26 de Mayo
- *Juneteenth - Jueves 19 de Junio
- *Día de la Independencia - Viernes 4 de Julio

- *Día del Trabajo - Lunes 1 de Septiembre
- Día de Colón - Lunes 13 de Octubre
- *Día de los Veteranos - Martes 11 de Noviembre
- *Día de Acción de Gracias - Jueves 28 de Noviembre
- *Día de Navidad - Jueves 25 de Diciembre



Las semanas laborales son de Domingo a Sábado. Debes enviar tiempo tu 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	Fecha de pago
Fecha de inicio	Fecha de finalización		
Domingo	Sábado	Lunes	Viernes
12/15/2024	12/28/2024	12/30/2024	1/10/2025
12/29/2024	1/11/2025	1/13/2025	1/24/2025
1/12/2025	1/25/2025	1/27/2025	2/7/2025
1/26/2025	2/8/2025	2/10/2025	2/21/2025
2/9/2025	2/22/2025	2/24/2025	3/7/2025
2/23/2025	3/8/2025	3/10/2025	3/21/2025
3/9/2025	3/22/2025	3/24/2025	4/4/2025
3/23/2025	4/5/2025	4/7/2025	4/18/2025
4/6/2025	4/19/2025	4/21/2025	5/2/2025
4/20/2025	5/3/2025	5/5/2025	5/16/2025
5/4/2025	5/17/2025	5/19/2025	5/30/2025
5/18/2025	5/31/2025	6/2/2025	6/13/2025
6/1/2025	6/14/2025	6/16/2025	6/27/2025
6/15/2025	6/28/2025	6/30/2025	7/11/2025
6/29/2025	7/12/2025	7/14/2025	7/25/2025
7/13/2025	7/26/2025	7/28/2025	8/8/2025
7/27/2025	8/9/2025	8/11/2025	8/22/2025
8/10/2025	8/23/2025	8/25/2025	9/5/2025
8/24/2025	9/6/2025	9/8/2025	9/19/2025
9/7/2025	9/20/2025	9/22/2025	10/3/2025
9/21/2025	10/4/2025	10/6/2025	10/17/2025
10/5/2025	10/18/2025	10/20/2025	10/31/2025
10/19/2025	11/1/2025	11/3/2025	11/14/2025
11/2/2025	11/15/2025	11/17/2025	11/26/2025*
11/16/2025	11/29/2025	12/1/2025	12/12/2025
11/30/2025	12/13/2025	12/15/2025	12/24/2025*
12/14/2025	12/27/2025	12/29/2025	1/9/2026
12/28/2025	1/10/2026	1/12/2026	1/23/2026

Consumer Direct Care Network Arizona
50 N. Alvernon Way
Tucson, AZ 85711-2801

Teléfono: 888-398-8409

Fax: 877-398-8413

Correo electrónico: infoCDAZ@ConsumerDirectCare.com

Página web: www.ConsumerDirectAZ.com