

Homecare Worker Application - Spanish

Updated: April 14, 2026

Homecare Worker (HCW) Provider Enrollment Application and Agreement - Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria (HCW)

Homecare Worker (HCW) Provider Enrollment Application and Agreement	Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria (HCW)
This Homecare Worker (HCW) Medicaid Provider Enrollment Application and Agreement explains how to do the following	El presente acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores de Medicaid para trabajadores de atención domiciliaria (HCW, por sus siglas en inglés) explica cómo hacer lo siguiente:
Enroll as a provider with the Oregon Department of Human Services (ODHS) Aging and People with Disabilities (APD) Program and set out HCW compliance obligations	Cómo inscribirse como proveedor con el Programa de Ancianos y Personas con Discapacidades (APD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés) y cómo establecer obligaciones de cumplimiento para los HCW
Update enrollment information, and	Cómo actualizar la información de inscripción, y
Receive a provider number.	Cómo recibir un número de proveedor.
Note: Providers must have a provider number to be paid for providing services to Medicaid- eligible individuals in Oregon. Federal Medicaid and state funds pay for these services.	Nota: Los proveedores deben tener un número de proveedor para recibir pagos por proporcionar servicios a personas elegibles para Medicaid en Oregon. Los fondos federales de Medicaid y los fondos estatales pagan por estos servicios.

Homecare Worker (HCW) Provider Enrollment Application and Agreement	Acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria (HCW)
You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer. Contact APD Provider Relations Unit at 800-241-3013 or email HCW.Enrollment@dhsosha.state.or.us. We accept all relay calls or you can dial 711.	Puede obtener este documento en otros idiomas, letra grande, braille o en otro formato que prefiera. Llame a la Unidad de Relaciones con los Proveedores de APD al 800-241-3013 o envíe un correo electrónico a HCW.Enrollment@dhsosha.state.or.us. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.

Provider Name - Nombre del proveedor

Provider Name	Nombre del proveedor
Your full legal name (as listed on your current Social Security card, including suffix after first name, such as Jr.)	Su nombre legal completo (como aparece en su tarjeta de Seguro Social vigente, incluidos sufijos después del primer nombre, como Jr.):
First	Primer nombre
Middle initial	Inicial del segundo nombre
Last	Apellido
Aliases or other names used	Alias u otros nombres que haya utilizado
First	Primer nombre
Middle initial	Inicial del segundo nombre
Last	Apellido
First	Primer nombre
Middle initial	Inicial del segundo nombre
Last	Apellido

Provider Type Requested - Tipo de proveedor solicitado

Provider type requested (<i>mark all that apply</i>)	Tipo de proveedor solicitado (marque todas las opciones que correspondan)
New HCW enrollment (73-737)	Inscripción como nuevo HCW (73-737)
HCW provider number renewal	Renovación de número de proveedor para HCW
Provider number	Número de proveedor
HCW re-enrollment (<i>if provider number has been closed longer than 30 days</i>)	Reinscripción de HCW (<i>si el número de proveedor ha estado cerrado durante más de 30 días</i>)
Provider number	Número de proveedor

Provider type requested (<i>mark all that apply</i>)	Tipo de proveedor solicitado (marque todas las opciones que correspondan)
HCW name change	Cambio de nombre de HCW
Provider number	Número de proveedor
Branch number	Número de sucursal
Providers must disclose their Social Security number (SSN). SSNs are required	Los proveedores deben proporcionar su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés). Los SSN se requieren para:
To establish your identity [per 42 USC 405(c)(2)(C)(i)]	Establecer su identidad [de conformidad con 42 USC 405(c)(2)(C)(i)]
To verify you are not excluded from being a provider [per 42 CFR 455.104 and 455.436], and	Verificar que usted no está excluido como proveedor [de conformidad con 42 CFR 455.104 y 455.436], y
To report tax information [per 26 CFR 301.6109-1]	Reportar información fiscal [de conformidad con 26 CFR 301.6109-1]
DHS may report information to the Internal Revenue Service (IRS) and the Oregon Department of Revenue under the name and Social Security number (SSN) provided below.	El DHS puede reportar información al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) y al Departamento de Impuestos de Oregon bajo el nombre y Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) proporcionados abajo.
Do you consent to entering your SSN into ORCHARDS (background check system) to link to previous background check approvals?	¿Da usted su consentimiento para ingresar su SSN en ORCHARDS (sistema de verificación de antecedentes) a fin de vincular las aprobaciones previas de verificaciones de antecedentes?
Yes	Sí
No	No
Do not leave any area of this section blank. If the form is not complete, your application will be denied.	No deje ningún área de esta sección en blanco. Si el formulario no está completo, se denegará su solicitud.
Street address	Dirección (número y calle)
City	Ciudad
State	Estado
ZIP code (+4)	Código postal (+4)
County	Condado
Mailing address (<i>if different from above</i>)	Dirección postal (<i>si es distinta</i>)
City	Ciudad
State	Estado
ZIP code (+4)	Código postal (+4)

Provider type requested (<i>mark all that apply</i>)	Tipo de proveedor solicitado (marque todas las opciones que correspondan)
County	Condado
Date of birth	Fecha de nacimiento
SSN	N.º del Seguro Social (SSN)
Phone number	Número de teléfono
Email address	Dirección de correo electrónico:
Have you been terminated or excluded from participation as a provider in Medicare or any state Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) program?	¿Lo han expulsado o excluido de participar como proveedor en Medicare o en cualquier programa estatal de Medicaid o Programa del Seguro de Salud Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés)?
Yes	Sí
No	No
Do you now have or have you ever had any other state Medicaid, Medicare or other ODHS, Oregon Health Authority (OHA), APD, Office of Developmental Disabilities Services (ODDS) or OHA Health Systems Division (OHA-HSD) provider numbers?	¿Tiene ahora, o alguna vez ha tenido, cualquier otro número de proveedor estatal de Medicaid, Medicare u otros números de proveedor del ODHS, de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés), la APD, la Oficina de Servicios de Discapacidades del Desarrollo (ODDS, por sus siglas en inglés) o de la División de Sistemas de Salud de la OHA (OHA-HSD, por sus siglas en inglés)?
Yes	Sí
No	No
If yes, list provider number(s) here	De ser así, incluya aquí el/los número(s) de proveedor:
Have you lived outside of the state of Oregon within the last five years?	¿Ha vivido fuera del estado de Oregon en los últimos cinco años?
Yes	Sí
No	No
If yes, enter information in table below	De ser así, ingrese la información en la siguiente tabla:
Year	Año
Start	Inicio
End	Fin
City	Ciudad
State	Estado
Country	País
Name(s) used at this residence	Nombre(s) usado(s) en esta residencia

Gender Identity - Identidad de género

Gender identity — How do you identify? (Check all that apply.)	Identidad de género — ¿Cómo se identifica? (Marque todas las opciones que correspondan).
Woman	Mujer
Man	Hombre
Non-binary, agender, gender non-conforming or another gender identity	No binario, agénero, persona que no sigue las convenciones de género u otra identidad de género
Prefer not to disclose	Prefiero no responder
Do you consider yourself transgender?	¿Se considera usted una persona transgénero?
Yes	Sí
No	No
Prefer not to disclose	Prefiero no responder

Language - Idioma

Language	Idioma
What languages, including American Sign Language, do you speak? (Choose all that apply.)	¿Qué idiomas, incluido el lenguaje de señas estadounidense, habla usted? (Elija todas las opciones que correspondan).
I speak [Choose language]	Hablo [Elija un idioma]
and also speak [Choose language].	y también hablo [Elija un idioma].
I speak another language (enter language here)	Hablo otro idioma (ingrese aquí el idioma):
What languages do you read? (Choose all that apply.)	¿En qué idiomas lee? (Elija todas las opciones que correspondan).
I read [Choose language]	Leo [Elija un idioma]
and also read [Choose language]	y también leo [Elija un idioma].
I read another language (enter language here)	Leo otro idioma (ingrese aquí el idioma):

Race and ethnicity - Raza y grupo étnico

Race and ethnicity — How do you identify? (Check all that apply.)	Raza y grupo étnico — ¿Cómo se identifica? (Marque todas las opciones que correspondan).
African	Africano
American Indian/Alaska Native	Indígena estadounidense/nativo de Alaska
Arab, Middle Eastern	Árabe o de Oriente Medio
Asian	Asiático
Black/African American	Negro/afroestadounidense
Latino/Latina/Latinx	Latino/Latina/Latinx
More than one race	Más de una raza
Native Hawaiian or Pacific Islander	Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
White	Blanca
Other	Otro
Prefer not to disclose	Prefiero no responder

Homecare worker (HCW) provider enrollment agreement - Acuerdo de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria (HCW)

Homecare worker (HCW) provider enrollment agreement	Acuerdo de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria (HCW)
This HCW Provider Enrollment Application and Agreement (<i>referred to as Agreement</i>) describes the relationship between the state of Oregon, Oregon Department of Human Services (ODHS), Aging and People with Disabilities (APD), Oregon Health Authority (OHA) and the provider regarding payment by ODHS or entities funded and authorized by ODHS to pay for prior-authorized, publicly-funded in-home services provided to an eligible consumer-employer by an HCW.	Este acuerdo y solicitud de inscripción de proveedores para HCW (<i>denominado "Acuerdo"</i>) describe la relación entre el estado de Oregon, el Departamento de Servicios Humanos de Oregon (ODHS, por sus siglas en inglés), Ancianos y Personas con Discapacidades (APD, por sus siglas en inglés), la Autoridad de Salud de Oregon (OHA, por sus siglas en inglés) y el proveedor con respecto al pago por parte de la ODHS o las entidades financiadas y autorizadas por la ODHS para pagar por los servicios domiciliarios autorizados previamente y financiados públicamente que un HCW proporciona a un empleador consumidor elegible.

Homecare worker (HCW) provider enrollment agreement	Acuerdo de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria (HCW)
Please review this Agreement carefully before signing. It outlines your obligations as a Medicaid provider in Oregon. Failure to follow this Agreement and obligations may result in the termination of your provider number and enrollment or other consequences.	Revise este Acuerdo cuidadosamente antes de firmar. Este describe sus obligaciones como proveedor de Medicaid en Oregon. No cumplir con este Acuerdo y las obligaciones puede resultar en la terminación de su número e inscripción de proveedor, o tener otras consecuencias.
Compliance with applicable laws	Cumplimiento de las leyes aplicables
Provider understands and agrees that:	El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:
A. Provider shall comply with federal, state and local laws and regulations related to items and services under this Agreement. This includes but is not limited to Oregon Administrative Rules (OAR) 407-120-0325 (<i>compliance with federal and state statutes</i>).	El proveedor deberá cumplir con las leyes y regulaciones federales, estatales y locales relacionadas con artículos y servicios del presente Acuerdo. Esto incluye, entre otras cosas, la Regla Administrativa de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés) 407-120-0325 (<i>cumplimiento con los estatutos federales y estatales</i>).
B. If a court decides any term or provision of this Agreement is illegal or in conflict with any law, this Agreement's remaining terms and provisions shall remain in effect. The rights and obligations of the parties shall be construed and enforced as if the Agreement did not contain the particular term or provision held to be invalid.	Si un tribunal decide que cualquier término o disposición de este Acuerdo es ilegal o que está en conflicto con cualquier ley, el resto de los términos y disposiciones de este Acuerdo seguirán vigentes. Los derechos y obligaciones de las partes se interpretarán y ejecutarán como si el Acuerdo no incluyera el término o la disposición considerada como inválida.

Homecare worker (HCW) provider enrollment agreement	Acuerdo de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria (HCW)
C. Failure to comply with the terms of this Agreement or any applicable ODHS rules may result in termination or deactivation of provider's provider number. Provider may have appeal rights per OAR 411-031-0050 (Homecare workers enrolled in the Consumer- Employed Provider Program). Provider is a mandatory reporter per ORS 419B.005 to 419B.050 and ORS 124.050 to 124.095. Provider is required 24-hours per day, seven days per week to report abuse or suspected abuse of:	No cumplir con los términos de este Acuerdo o con cualquier regla aplicable del ODHS puede ocasionar la terminación o la desactivación del número de proveedor del proveedor. El proveedor puede tener derechos de apelación, de acuerdo con OAR 411-031-0050 (Trabajadores de atención domiciliaria inscritos en el Programa de Proveedores Empleados por Consumidores). El Proveedor es un informante obligatorio de acuerdo con los Estatutos Modificados de Oregon (ORS, por sus siglas en inglés) 419B.005 a 419B.050 y ORS 124.050 a 124.095. El proveedor debe, las 24 horas del día, los siete días de la semana, reportar el abuso o la sospecha de abuso de:
• A child,	• Un menor de edad,
• An older adult,	• Un adulto mayor,
• A resident of a nursing facility, or	• Un residente de un centro de enfermería, o
• An individual receiving mental health or intellectual/developmental disability services.	• Una persona que esté recibiendo servicios de salud mental o para personas con discapacidades intelectuales/del desarrollo.
Failure to report abuse or suspected abuse is punishable by law and may result in the termination of the provider's enrollment.	No reportar el abuso o la sospecha de abuso está penalizado por la ley y puede resultar en la terminación de la inscripción del proveedor.

Homecare worker (HCW) provider enrollment agreement	Acuerdo de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria (HCW)
D. If provider provides service-related transportation services or travels directly between consumers' homes in the same day, provider must have and maintain a valid driver's license and automobile insurance coverage, as required by law. Provider is required to give ODHS proof of automobile insurance coverage every six months, or sooner if coverage renews. Provider understands service-related transportation or travel time will not be authorized or paid if provider does not have a valid driver's license and automobile insurance.	Si el proveedor brinda servicios de transporte o traslados relacionados con el servicio directamente entre los hogares de los consumidores en el mismo día, el proveedor debe tener y mantener una licencia de conducir válida y cobertura de seguro de automóvil, según lo requerido por la ley. El proveedor debe entregarle al ODHS un comprobante de la cobertura de seguro de automóvil cada seis meses, o antes si la cobertura se renueva. El proveedor entiende que el tiempo del transporte y de los viajes relacionados con el servicio no se autorizará o pagará si el proveedor no tiene una licencia de conducir válida y seguro de auto.

Consumer-employer eligibility - Elegibilidad del empleador consumidor

Consumer-employer eligibility	Elegibilidad del empleador consumidor
Provider will be paid based on:	Al proveedor se le pagará con base en:
This Agreement,	Este Acuerdo,
The collective bargaining agreement between the Oregon Home Care Commission (OHCC) and Services Employees International Union (SEIU), Local 503, and	El contrato de negociación colectiva entre la Comisión de Atención Domiciliaria de Oregon (OHCC, por sus siglas en inglés) y el Sindicato Internacional de Empleados de Servicios (SEIU, por sus siglas en inglés), Local 503, y
Applicable administrative rules in effect when the approved services were provided to a consumer-employer eligible for publicly funded in-home services.	Las reglas administrativas aplicables vigentes al momento en que se proporcionaron los servicios aprobados a un empleador consumidor elegible para servicios domiciliarios financiados públicamente.

Consumer-employer eligibility	Elegibilidad del empleador consumidor
Provider will be paid for services authorized on a consumer-employer service plan and task list approved by ODHS or an Area Agency on Aging (AAA). Any payment made under any of the conditions below is considered an overpayment:	Se le pagará al proveedor por servicios autorizados en el plan de servicio y por la lista de tareas de un empleador consumidor aprobados por la ODHS o una Agencia sobre el Envejecimiento del Área (AAA, por sus siglas en inglés). Cualquier pago que se realice bajo cualquiera de las siguientes condiciones se considera un sobrepago:
• Services that are not included on the consumer-employer approved service plan and task list,	• Servicios no incluidos en el plan de servicio y lista de tareas aprobados del empleador consumidor,
• Services provided for more hours than authorized, or	• Servicios proporcionados durante más horas de las autorizadas, o
• Services provided to a consumer-employer not eligible for services.	• Servicios proporcionados a un empleador consumidor no elegible para los servicios.
Any overpayments must be repaid to ODHS and are the sole responsibility of the provider.	Cualquier sobrepago debe reembolsarse al ODHS y es responsabilidad única del proveedor.

Recordkeeping, access and confidentiality of consumer-employer records - Mantenimiento de registros, acceso y confidencialidad de los expedientes del empleador consumidor

Recordkeeping, access and confidentiality of consumer-employer records	Mantenimiento de registros, acceso y confidencialidad de los expedientes del empleador consumidor
Provider understands and agrees that:	El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:
A. Recordkeeping:	Mantenimiento de registros:

Recordkeeping, access and confidentiality of consumer-employer records	Mantenimiento de registros, acceso y confidencialidad de los expedientes del empleador consumidor
i. Provider is responsible for the completion and accuracy of financial and timekeeping records (for example, timesheets) and all other documentation regarding the specific services for which the provider claims reimbursement. Provider shall keep all records fully documenting the specific services provided to an eligible consumer-employer served under this Agreement for which provider claims reimbursement, in compliance with applicable administrative rules.	El proveedor es responsable de la finalización y la exactitud de los registros económicos y de control de horas trabajadas (por ejemplo, planillas de horarios) y del resto de la documentación relacionada con los servicios específicos para los cuales el proveedor reclama un reembolso. El proveedor mantendrá todos los registros que documenten totalmente los servicios específicos proporcionados a un empleador consumidor elegible a quien se atiende bajo este Acuerdo para los cuales el proveedor reclama un reembolso, de conformidad con las reglas administrativas aplicables.
ii. Provider shall keep and be able to provide all records described above in 3(A)(i) for whichever is longer:	El proveedor mantendrá y será capaz de proporcionar todos los registros antes descritos en 3(A)(i), durante el periodo que sea más largo:
• Six years following final payment and termination of this Agreement	Seis años siguientes al pago final y a la terminación de este Acuerdo
• Any period as required by applicable law, or	Cualquier periodo requerido por la ley aplicable, o
• Until any audit, controversy or litigation arising from or related to this Agreement is complete.	Hasta que una auditoría, controversia o litigio que haya surgido de, o esté relacionado con, este Acuerdo se complete.
B. Access:	Acceso:

Recordkeeping, access and confidentiality of consumer-employer records	Mantenimiento de registros, acceso y confidencialidad de los expedientes del empleador consumidor
All financial and timekeeping records and all other documentation related to services provided under this Agreement shall be made immediately available to the following entities and their duly appointed representatives to examine, audit and make copies upon request:	Todos los registros económicos y de control de horas trabajadas y el resto de la documentación relacionada con los servicios proporcionados bajo este Acuerdo se pondrán a disposición inmediata de las siguientes entidades y sus representantes debidamente asignados para que los examinen, auditen y saquen copias bajo solicitud:
• ODHS	• ODHS
• OHA	• OHA
• The consumer-employer	• El empleador consumidor
• The APD or AAA local office	• La oficina local de APD o AAA
• The Oregon Department of Justice Medicaid Fraud Unit	• La Unidad de Fraude contra Medicaid del Departamento de Justicia de Oregon
• The Oregon Secretary of State Office,	• La Oficina de la Secretaría del Estado de Oregon
• U.S. Center for Medicare & Medicaid Services, and	• Centro de Servicios de Medicare y Medicaid de EE. UU., y
• The federal government.	• El gobierno federal.

Confidentiality - Confidencialidad

Confidentiality	Confidencialidad
Provider understands provider must keep all information involving provider's consumer- employer confidential. Provider can only share information with the consumer- employer's case manager, the local APD or AAA office or the community health registered nurse working with provider's consumer- employer and as authorized by law.	El proveedor entiende que debe mantener de forma confidencial toda la información relacionada con el empleador consumidor del proveedor. El proveedor solo puede compartir información con el administrador de casos del empleador consumidor, la oficina local de APD o AAA o el enfermero registrado de salud comunitaria que trabaja con el empleador consumidor del proveedor y según lo autorizado por la ley.

Active enrollment - Inscripción activa

Active enrollment	Inscripción activa
By signing this Agreement, the provider agrees provider is available and able to provide services to one or more consumer-employers who are eligible for publicly funded in-home services in Oregon. This Agreement and the provider's enrollment will be deactivated if services are not authorized or paid during a twelve-month period. After deactivation, the provider may reapply for enrollment as an HCW if provider wants to provide services to ODHS consumer-employers.	Al firmar este Acuerdo, el Proveedor acepta que está disponible y que puede proporcionar servicios a uno o más empleadores consumidores elegibles para los servicios domiciliarios financiados públicamente en Oregon. Este Acuerdo y la inscripción del proveedor se desactivarán si los servicios no se autorizan o no se pagan durante un periodo de doce meses. Después de la desactivación, el proveedor puede volver a solicitar la inscripción como HCW si el proveedor desea proporcionar servicios a empleadores consumidores del ODHS.

Eligibility and continued participation - Elegibilidad y participación continua

Eligibility and continued participation	Elegibilidad y participación continua
Eligibility and continued participation as a HCW depend on provider:	La elegibilidad y la participación continua como HCW dependen de que el proveedor:
• Signing this Agreement	Firme este Acuerdo
• Completing a new agreement when required	Complete un nuevo acuerdo cuando se requiera
• Meeting all enrollment standards described in OAR 411-031-0040	Cumpla con todos los estándares de inscripción descritos en OAR 411-031-0040
• Passing a background check, and	Pase una verificación de antecedentes, y
• Fulfilling all training requirements outlined in OAR 418-020-0035 (<i>mandatory training and competency evaluation standards</i>).	Complete todos los requisitos de capacitación descritos en la OAR 418-020-0035 (<i>capacitación obligatoria y estándares de evaluación de competencias</i>).

Eligibility and continued participation	Elegibilidad y participación continua
Provider must pass all required provider enrollment database checks prior to enrollment and recertification. This includes, but is not limited to, the Office of Inspector General (OIG) exclusion list, System Award Management (SAM) exclusion list, Social Security Administration Death Master File, and IRS legal name and Social Security number validation.	El proveedor debe pasar todas las verificaciones requeridas de base de datos de inscripción del proveedor antes de la inscripción y la recertificación. Esto incluye, entre otras cosas, la lista de exclusión de la Oficina del Inspector General (OIG, por sus siglas en inglés), la lista de exclusión del Sistema para la Administración de Subvenciones (SAM, por sus siglas en inglés), el archivo maestro de defunciones de la Administración del Seguro Social y la validación del nombre legal y del número de Seguro Social del IRS.

Provider suspensions and payment recovery - Suspensiones y recuperación de pagos del proveedor

Provider suspensions and payment recovery	Suspensiones y recuperación de pagos del proveedor
Failure of the application to be accurate in any respect or failure to comply with the terms of this Agreement, APD rules or Oregon Health Authority's rules may result in sanctions, termination of the Agreement or payment recovery per OAR 411-031-0020, OAR 411- 031-0040 through 411-031-0050, OAR 411-034-0050 and 411-034-0055, OAR 411-020-	Si la solicitud no es exacta en cualquier sentido o si no se cumple con los términos de este Acuerdo, las reglas de APD o las reglas de la Autoridad de Salud de Oregon, esto puede ocasionar sanciones o resultar en la terminación del Acuerdo o la recuperación del pago, de acuerdo con OAR 411-031-0020, OAR 411-031-0040 a 411-031-0050, OAR 411-034-0050 y 411-034-0055, OAR 411-020-
0000 through OAR 411-020-0130 and 410-120-1397 through 410-120-1600. Provider may have appeal rights as described in:	0000 a OAR 411-020-0130 y 410-120-1397 a 410-120-1600. El proveedor puede tener derechos de apelación, según lo descrito en:
• OAR 411-031-0050 for homecare workers	• OAR 411-031-0050 para trabajadores de atención domiciliaria
• OAR 411-034-0055 for personal care attendants, and	• OAR 411-034-0055 para asistentes de cuidado personal, y

Provider suspensions and payment recovery	Suspensiones y recuperación de pagos del proveedor
OAR 407-007-0200 through 410-007-0370 when based upon a background check.	OAR 407-007-0200 a 410-007-0370 cuando se basa en una verificación de antecedentes.

Employment relationship - Relación laboral

Employment relationship	Relación laboral
A. The provider understands provider is not employed by the state of Oregon, any division of ODHS or OHA, or by any Area Agency on Aging (AAA) and shall not for any purposes be deemed to be an employee of the state of Oregon (except as set forth in law for purposes of collective bargaining) or an AAA. Any reference to the Home Care Commission as the employer of record is solely for collective bargaining purposes, as provided by state law.	El proveedor entiende que no es empleado del estado de Oregon, de ninguna división del ODHS o de la OHA o de ninguna Agencia sobre el Envejecimiento del Área (AAA, por sus siglas en inglés), y no se considerará, para ningún propósito, como un empleado del estado de Oregon (excepto según lo establecido por la ley para fines de la negociación colectiva) o una AAA. Cualquier referencia a la Comisión de Atención Domiciliaria como empleador de registro es únicamente para fines de la negociación colectiva, según lo establecido en la ley estatal.
B. The consumer-employer is responsible to locate, interview and hire a qualified provider. The terms of the employment relationship are the responsibility of the consumer-employer to establish at the time of hire.	El empleador consumidor es responsable de localizar, entrevistar y contratar a un proveedor calificado. Es responsabilidad del empleador consumidor establecer los términos de la relación laboral al momento de la contratación.

Medicaid participation - Participación de Medicaid

Medicaid participation	Participación de Medicaid
Provider understands and agrees that:	El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:
A. ODHS will verify whether information disclosed by provider is true and accurate. This information will be used to administer the Medicaid program.	El ODHS verificará si la información divulgada por el proveedor es verdadera y exacta. Esta información se usará para administrar el programa de Medicaid.
B. Provider will notify ODHS of any changes which would affect this Agreement, or payment for services covered by this Agreement, within thirty (30) days of the change. This includes but is not limited to, changes in name, contact information or criminal records.	El proveedor le notificará al ODHS sobre cualquier cambio que pudiera afectar a este Acuerdo, o los pagos de servicios cubiertos por este Acuerdo, en un plazo de treinta (30) días a partir del cambio. Esto incluye, entre otras cosas, cambios en el nombre, la información de contacto o los antecedentes penales.
C. Provider shall at all times meet required training and applicable qualifications and be professionally competent to perform work under this Agreement. Failure to complete trainings or meet the applicable qualifications may result in the termination of provider's enrollment.	En todo momento, el proveedor deberá cumplir con las capacitaciones requeridas y las calificaciones aplicables, y deberá ser profesionalmente competente para realizar el trabajo establecido bajo este Acuerdo. No cumplir con las capacitaciones o con las calificaciones aplicables puede resultar en la terminación de la inscripción del proveedor.
D. Any communication or notices from the provider for purposes of this Agreement shall be given in writing to the local Aging and People with Disabilities, Area Agency on Aging (AAA) or ODHS by personal delivery, email, fax or regular mail.	Cualquier comunicación o aviso del proveedor para los fines de este Acuerdo deberá entregarse por escrito a la oficina local de Ancianos y Personas con Discapacidades, la Agencia sobre el Envejecimiento del Área (AAA, por sus siglas en inglés) o al ODHS mediante entrega personal, correo electrónico, fax o correo regular.

Medicaid participation	Participación de Medicaid
E. All information submitted by provider in this Agreement is true and accurate. Any deliberate omission, misrepresentation or falsification of any information provided or contained in any communication to ODHS may be punished by administrative or criminal law or both. This includes, but is not limited to, refusal to issue an ODHS provider number, revocation of the ODHS provider number and recovery of any overpayments.	Toda la información presentada por el proveedor en este Acuerdo es verdadera y correcta. Cualquier omisión, mala representación o falsificación deliberada de la información proporcionada o contenida en cualquier comunicación con el ODHS puede ser castigada por la ley administrativa o penal, o ambas. Esto incluye, entre otras cosas, rehusarse a emitir un número de proveedor del ODHS, revocación del número de proveedor del ODHS y recuperación de cualquier sobrepago.
F. Provider is required to disclose any criminal offense related to the provider's involvement in any program under Medicare, Medicaid or Children's Health Insurance Program since the beginning of those programs.	El proveedor debe divulgar cualquier delito relacionado con la participación del proveedor en cualquier programa bajo Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil desde el inicio de dichos programas.
G. ODHS will not use public funds to support, in whole or in part, the employment of individuals in any capacity who have been convicted of a crime identified in ORS 443.004(3) and who have contact with Medicaid-eligible individuals.	El ODHS no utilizará fondos públicos para apoyar, en parte o en su totalidad, el empleo de personas en cualquier función que hayan recibido una condena por un delito identificado en ORS 443.004(3) y que tengan contacto con personas elegibles para Medicaid.

Services - Servicios

Services	Servicios
Provider understands and agrees that:	El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:
A. Provider shall perform services identified in the consumer-employer service plan and task list in accordance with the following rules, as applicable:	El proveedor deberá desempeñar los servicios identificados en el plan de servicio y la lista de tareas del empleador consumidor de conformidad con las siguientes reglas, según corresponda:

Services	Servicios
i. OAR chapter 411, division 30 (In-Home Services)	OAR capítulo 411, división 30 (Servicios domiciliarios)
ii. OAR chapter 411, division 34 (State Plan Personal Care)	OAR capítulo 411, división 34 (Cuidado personal del plan estatal)
iii. OAR chapter 411, division 35 (K-State Plan Ancillary Services)	OAR capítulo 411, división 35 (Servicios complementarios del Plan estatal K)
iv. OAR chapter 411, division 32 (Oregon Project Independence)	OAR capítulo 411, división 32 (Proyecto para la Independencia en Oregon)
B. Provider shall not enter into any subcontract or authorize another person to perform the services authorized by this Agreement on behalf of provider. Provider understands that by entering into a subcontract or authorizing another person to perform services on provider's behalf is considered Medicaid fraud and is punishable by law.	El proveedor no firmará ningún subcontrato ni autorizará a otra persona a realizar los servicios autorizados por este Acuerdo en nombre del proveedor. El proveedor entiende que firmar un subcontrato o autorizar a otra persona a realizar los servicios en nombre del proveedor se considera un fraude contra Medicaid y será sancionado por la ley.

Payment - Pago

Payment	Pago
Provider understands and agrees that:	El Proveedor entiende y acepta lo siguiente:
A. ODHS shall pay provider on behalf of consumer-employers for HCW services provided under this Agreement that are prior authorized for payment. Payments made by ODHS from public funds are subject to ORS 293.462. ODHS and provider's obligations with respect to ODHS payments to provider are described in OAR chapter 411, divisions 27 and 31; OAR chapter 407, division 120; and	El ODHS le pagará al proveedor en nombre de los empleadores consumidores por los servicios de HCW proporcionados bajo este Acuerdo que tengan autorización previa para el pago. Los pagos realizados por el ODHS a partir de fondos públicos están sujetos al ORS 293.462. Las obligaciones del ODHS y del proveedor con respecto a los pagos del ODHS al proveedor se describen en el capítulo 411, divisiones 27 y 31; el capítulo 407, división 120; y

Payment	Pago
OAR chapter 410, division 120.	el capítulo 410, división 120 de las Reglas Administrativas de Oregon (OAR, por sus siglas en inglés).
B. Provider will be paid at the wage rate agreed upon in the collective bargaining agreement between OHCC and SEIU, 503.	Se le pagará al proveedor de acuerdo con la tasa salarial acordada en el contrato de negociación colectiva entre la OHCC y el SEIU, 503.
C. Any payment for services provided to ineligible consumer-employers or for services that were not authorized is the sole responsibility of the provider. ODHS will not make payments on behalf of ineligible consumer-employers or for services that were not authorized.	Cualquier pago por los servicios proporcionados a empleadores consumidores no elegibles o por servicios no autorizados es responsabilidad única del proveedor. El ODHS no realizará pagos en nombre de empleadores consumidores no elegibles o por servicios que no estén autorizados.
D. ODHS payment for any service provided under this Agreement is payment in full. Provider may not charge the consumer-employer, or a relative or representative of the consumer-employer, for:	El pago del ODHS por cualquier servicio proporcionado bajo este Acuerdo será el pago total. El proveedor no puede cobrarle al empleador consumidor, o a un familiar o representante del empleador consumidor, por:
• Items included in service payments	Artículos incluidos en los pagos de servicios
• Any items for which ODHS makes payments, or	Cualquier artículo para el cual el ODHS realice pagos, o
• Any additional services provider chooses to provide the consumer-employer. By accepting payment, provider certifies compliance with all applicable ODHS rules.	Cualquier servicio adicional que el proveedor decida proporcionarle al empleador consumidor. Al aceptar el pago, el proveedor certifica el cumplimiento de todas las reglas aplicables del ODHS.
E. As a condition of payment, provider must meet and maintain compliance with this Agreement and payment rules OAR 407-120-0300 through 407-120-1505, OAR chapter 410, division 120, 42 CFR 455.400 through 455.470, as applicable, and 42 CFR 455.100 through 455.106.	Como condición del pago, el proveedor debe cumplir y continuar cumpliendo con este Acuerdo y las reglas de pago en las OAR 407-120-0300 a 407-120-1505, OAR capítulo 410, división 120, 42 CFR 455.400 a 455.470, según corresponda, y 42 CFR 455.100 a 455.106.

Payment	Pago
F. ODHS may recoup any overpayment made to provider as authorized per OAR 410- 120-1397 through 410-120-1600 and in accordance with the applicable collective bargaining agreement. This includes, but is not limited to, withholding of future payments to provider.	El ODHS puede recuperar cualquier sobrepago realizado al proveedor según lo autorizado en las OAR 410-120-1397 a 410-120-1600 y de conformidad con el contrato de negociación colectiva aplicable. Esto incluye, entre otras cosas, la retención de pagos futuros al proveedor.
G. Payment for HCW services performed beyond the current biennium at the time of signing is contingent on ODHS receiving from the Oregon Legislative Assembly appropriations, limitations, allotments or other expenditure authority sufficient to allow ODHS, in its reasonable administrative discretion, to continue to make payments.	El pago por los servicios realizados por un HCW, más allá del bienio actual al momento de la firma, depende de que el ODHS reciba, por parte de la Asamblea Legislativa de Oregon, las consignaciones, limitaciones, asignaciones u otros gastos autorizados suficientes para permitirle al ODHS, dentro de su discreción administrativa razonable, continuar realizando pagos.
H. ODHS will not pay provider for work performed:	El ODHS no le pagará al proveedor por el trabajo realizado:
• Before the agreement is completed and ODHS issues a provider number	Antes de que se complete el acuerdo y de que el ODHS emita un número de proveedor
• After the agreement expires or terminates	Después de que el acuerdo venza o termine
• After a background check expires, or	Después del vencimiento de una verificación de antecedentes, o
• While a provider number is deactivated, suspended or immediately terminated.	Mientras un número de proveedor está desactivado, suspendido o terminado inmediatamente.
I. Provider enrollment and issuance of a provider number does not guarantee work or any minimum amount of work.	La inscripción del proveedor y la emisión de un número de proveedor no garantiza trabajo o ninguna cantidad mínima de trabajo.
J. In accordance with OAR 410-120-1300 and 411-031-0040, all claims for service must be submitted within 12 months of the date of service or they will not be paid.	De conformidad con las OAR 410-120-1300 y 411-031-0040, todos los reclamos por servicios deben entregarse en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del servicio o estos no se pagarán.

Duration and termination of Agreement - Duración y terminación del Acuerdo

Duration and termination of Agreement	Duración y terminación del Acuerdo
A. This Agreement is good for 2 years from the date it was signed. The provider must submit a new Agreement at least seventy days prior to expiration for timely processing.	Este Acuerdo estará vigente durante 2 años a partir de la fecha en que se firmó. El proveedor debe entregar un nuevo Acuerdo al menos setenta días antes de su vencimiento para un procesamiento oportuno.
B. ODHS will terminate, suspend or deactivate this Agreement if: ODHS issues a final order revoking the provider number and enrollment based on a finding under termination terms and conditions established in OAR 411-031-0050.	El ODHS terminará, suspenderá o desactivará el presente Acuerdo si: El ODHS emite un fallo definitivo que anule el número y la inscripción del proveedor, basado en un fallo bajo los términos y condiciones de terminación establecidos en la OAR 411-031-0050.
1. The provider fails to submit timely, complete and accurate information or cooperate with any screening requirements unless ODHS determines it is not in the best interest of the Medicaid program.	El proveedor no proporciona información completa, correcta y de forma oportuna o no coopera con todos los requisitos de evaluación, a menos que el ODHS determine que no es para el mejor interés del programa de Medicaid.
2. The provider's enrollment is terminated under Title XIX of the Social Security Act or under a Medicaid program or CHIP program of any state.	Se da término a la inscripción del proveedor bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social o bajo un programa de Medicaid o programa CHIP de cualquier estado.
3. The provider fails to submit sets of fingerprints in the way determined by ODHS within 30 days of a Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) or an ODHS request, unless ODHS determines it is not in the best interests of the Medicaid program.	El proveedor no entrega un conjunto de huellas digitales en la forma que el ODHS determine en un plazo de 30 días a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés) o una solicitud del ODHS, a menos que el ODHS determine que no es para el mejor interés del programa de Medicaid.

Duration and termination of Agreement	Duración y terminación del Acuerdo
4. Provider has been convicted of a criminal offense, or suspended or debarred from provider's involvement with Medicare, Medicaid or the Children's Health Insurance Program in the last 10 years	El proveedor ha recibido una condena por un delito, o se le ha suspendido o excluido de participar con Medicare, Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil en los últimos 10 años.
5. CMS or ODHS determines that the provider has falsified any application information or if CMS or ODHS cannot verify the identity of the provider applicant	El CMS o el ODHS determina que el proveedor ha falsificado cualquier información proporcionada en la solicitud o si el CMS o el ODHS no pueden verificar la identidad del proveedor solicitante.
6. ODHS fails to receive funding, appropriations, limitations, or other expenditure authority at levels that ODHS or the specific program determines to be sufficient to pay for the services or items covered under this Agreement.	El ODHS no recibe financiación, apropiaciones, limitaciones u otros gastos autorizados a niveles que el ODHS o el programa específico determine que sean suficientes para el pago de servicios o artículos cubiertos bajo este Acuerdo.
7. Federal or state laws, regulations or guidelines change or ODHS interprets them in a way that prohibits:	Las leyes, regulaciones o lineamientos federales o estatales cambian o el ODHS las interpreta de una forma que prohíba:
8. Providing the services or items under the agreement, or	Proporcionar los servicios o artículos bajo el acuerdo, o
9. Paying for such services or items from the planned funding source	Pagar por dichos servicios o artículos de una fuente planificada de financiación.
10. The provider no longer qualifies as a provider. The termination will be effective on the date provider is no longer qualified.	El proveedor ya no califique como tal. La terminación tendrá efecto en la fecha en la que el proveedor ya no califique.

Duration and termination of Agreement	Duración y terminación del Acuerdo
11. The provider fails to meet one or more of the requirements governing participation as an ODHS enrolled provider. This includes the requirement to pass a background check every two years. In addition to termination, suspension or deactivation of the Agreement, the provider number may be immediately suspended, in accordance with OAR 407-120-0360. No services or items shall be provided to consumer-employers during a period of suspension.	El proveedor ya no cumple con uno o más de los requisitos que rigen la participación como proveedor inscrito del ODHS. Esto incluye el requisito de pasar una verificación de antecedentes cada dos años. Además de la terminación, suspensión o desactivación del Acuerdo, el número de proveedor puede suspenderse inmediatamente, de conformidad con la OAR 407-120-0360. No se deberá proporcionar ningún servicio o artículo a los empleadores consumidores durante un periodo de suspensión.
12. The provider fails to fulfil all required training and assessment requirements.	El proveedor no cumple con todos la capacitación requerida y los requisitos de evaluación.
13. ODHS may terminate this Agreement at any time with written notification to provider.	El ODHS puede dar término a este Acuerdo en cualquier momento con un aviso por escrito al Proveedor.
14. The provider may terminate this Agreement at any time by submitting a written notice in person or by email to the local office or Area Agency on Aging listing a specific termination effective date. Termination of this Agreement does not relieve the provider of any obligations for covered services or items provided for dates of service while the Agreement was in effect.	El proveedor puede terminar este Acuerdo en cualquier momento al entregar un aviso por escrito en persona o por correo electrónico a la oficina local o Agencia sobre el Envejecimiento del Área que incluya una fecha efectiva de terminación específica. La terminación de este Acuerdo no libera al proveedor de ninguna obligación por los servicios cubiertos o artículos proporcionados en las fechas de servicio durante las cuales el Acuerdo estuvo vigente.

Provider certifies - El proveedor certifica lo siguiente

Provider certifies	El proveedor certifica lo siguiente:
A. Provider is not in violation of any Oregon Tax Laws. For purposes of this certification, "Oregon Tax Laws" means:	El Proveedor no está en violación de ninguna de las Leyes Tributarias de Oregon. Para los fines de esta certificación, las "Leyes Tributarias de Oregon" significan:

Provider certifies	El proveedor certifica lo siguiente:
A state tax imposed by Oregon Revised Statutes (ORS) 320.005 to 320.150 and 403.200 to 403.250, and	Un impuesto estatal que imponen los Estatutos Modificados de Oregon (ORS, por sus siglas en inglés) 320.005 a 320.150 y 403.200 a 403.250, y
ORS chapters 118, 314, 316, 317, 318, 321, and 323, and	Los capítulos 118, 314, 316, 317, 318, 321 y 323 de los ORS, y
Local taxes administered by the Department of Revenue under ORS 305.620.	Los impuestos locales administrados por el Departamento de Impuestos bajo el ORS 305.620.
B. Provider is not required to pay backup withholdings because:	El proveedor no está obligado a pagar las retenciones adicionales de impuestos porque:
Provider is exempt from backup withholding	El proveedor está exento de las retenciones adicionales de impuestos
The Internal Revenue Service (IRS) has not notified provider of being liable for backup withholding due to failing to report all interest or dividends, or	El Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) no ha notificado al proveedor de que es responsable de retenciones adicionales de impuestos debido a que no se reportaron todos los intereses o dividendos, o
The IRS has notified provider of no longer being subject to backup withholding.	El IRS le ha notificado al proveedor que ya no está sujeto a las retenciones adicionales de impuestos.
C. Provider will provide services to consumer-employers without regard to race, religion, national origin, sex, age, marital status, sexual orientation or disability (<i>as defined under the Americans with Disabilities Act</i>). Contracted services must reasonably accommodate the cultural, language and other special needs of consumer-employers.	El proveedor proporcionará servicios a los empleadores consumidores sin importar la raza, la religión, la nacionalidad, el sexo, la edad, el estado civil, la orientación sexual o la discapacidad (<i>según lo definido en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades</i>). Los servicios contratados deben adaptarse razonablemente a las necesidades culturales, del idioma u otras necesidades especiales de los empleadores consumidores.

Provider certifies	El proveedor certifica lo siguiente:
D. Provider is not included on the list titled "Specially Designated Nationals and Blocked Persons." The U.S. Department of the Treasury Office of Foreign Assets Control keeps this list, available at https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf.	El proveedor no está incluido en la lista llamada "Specially Designated Nationals and Blocked Persons" (Personas Bloqueadas y Nacionales Especialmente Designados). La Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de EE. UU. mantiene esta lista, disponible en https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf.
E. Provider acknowledges that the Oregon False Claims Act, ORS 180.750 to 180.785, applies to any "claim" (as defined by ORS 180.750) the provider makes or causes and that pertains to this Agreement or to the services for which the work related to this Agreement is being performed and payment requested.	El proveedor reconoce que la Ley de Reclamos Falsos de Oregon, ORS 180.750 a 180.785, aplica a cualquier "reclamo" (según lo definido por el ORS 180.750) realizado por o provocado por el proveedor y que tenga que ver con este Acuerdo o con los servicios para los cuales se esté realizando el trabajo y solicitando el pago conforme a este Acuerdo.
Provider certifies that no claim is or will be a "false claim" (as defined by ORS 180.750) or an act prohibited by ORS 180.755.	El proveedor certifica que ningún reclamo es, ni será, un "reclamo falso" (según lo definido por el ORS 180.750) o una acción prohibida por el ORS 180.755.
Provider further acknowledges that in addition to the remedies under this Agreement, if it makes <i>(or causes to be made)</i> a false claim or performs	Asimismo, el proveedor reconoce que, además de los recursos bajo este Acuerdo, si realiza <i>(o provoca que se realice)</i> un reclamo falso o realiza
<i>(or causes to be performed)</i> an act prohibited under the Oregon False Claims Act, the Oregon Attorney General may enforce the liabilities and penalties in the Oregon False Claims Act against provider.	<i>(o provoca que se realice)</i> una acción prohibida bajo la Ley de Reclamos Falsos de Oregon, el Procurador General de Oregon puede hacer cumplir las obligaciones y sanciones que aparecen en la Ley de Reclamos Falsos de Oregon en contra del proveedor.

Indemnification - Indemnización

Indemnification	Indemnización
Provider shall indemnify and defend the state of Oregon, its respective agencies and their officers, employees and agents from and against all claims, suits, actions, losses, damages, liabilities, costs and expenses of any nature whatsoever arising out of, or relating to, the acts or omissions of provider under this Agreement.	El proveedor indemnizará y defenderá al estado de Oregon, sus respectivas agencias y funcionarios, empleados y agentes con respecto a cualquier reclamo, demanda, acción, pérdida, daño, responsabilidad, costo y gasto de cualquier naturaleza surgido o relacionado con los actos u omisiones del proveedor bajo este Acuerdo.

Provider signature - Firma del proveedor

Provider signature	Firma del proveedor
By signing this Homecare Worker Provider Enrollment Application I acknowledge that I have read the enrollment Agreement, understand the terms of the Agreement, agree to be bound by the terms and conditions of the Agreement, and attest that all information I have provided to ODHS is true and accurate. I further understand and agree that violation of any of the terms and conditions in this Agreement are grounds for the termination of this Agreement and may be grounds for other sanctions as provided by statute, administrative rule or this Agreement.	Al firmar esta solicitud de inscripción de proveedores para trabajadores de atención domiciliaria, reconozco que he leído el Acuerdo de inscripción, que entiendo los términos del Acuerdo, que me comprometo a obedecer los términos y las condiciones del Acuerdo y que certifico que toda la información que he proporcionado al ODHS es verdadera y exacta. Asimismo, entiendo y acepto que la violación de cualquiera de los términos y condiciones de este Acuerdo constituirá un motivo para la terminación de este Acuerdo y puede ocasionar otras sanciones según lo establecido en los estatutos, las reglas administrativas o en este Acuerdo.
Print name of provider	Nombre en letra imprenta del proveedor
Signature of provider	Firma del proveedor
Signature date (<i>effective date</i>)	Fecha de la firma (<i>fecha de entrada en vigor</i>)
Return completed document to your local Aging and People with Disabilities office or Area Agency on Aging office.	Devuelva el documento completado a su oficina local de Ancianos y Personas con Discapacidades o a la oficina de la Agencia sobre el Envejecimiento del Área.

Note - Nota

Note	Nota
NOTE: <i>This form contains your personal information. If you return the form by un-secured email, there is some risk it could be intercepted by someone you did not send it to.</i>	Nota: <i>Este formulario contiene su información personal. Si usted envía este formulario por un correo electrónico no seguro, existe el riesgo de que pudiera ser interceptado por alguien a quien no estaba dirigido.</i>
<i>If you are not sure how to send a secure email, consider using regular mail or fax.</i>	<i>Si no está seguro sobre cómo enviar un mensaje de correo electrónico seguro, considere usar el correo postal o fax.</i>

You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer free of charge. Contact the Aging and People with Disabilities at apd.ltss@odhs.oregon.gov or [503-945-5600](tel:503-945-5600). We accept all relay calls.



OREGON DEPARTMENT OF
Human Services

Aging and People with Disabilities

Medicaid Services and Supports

500 Summer St. NE, E-10

Salem, OR 97301-1076

503-945-5600

odhs.info@odhs.oregon.gov

www.oregon.gov/odhs