



**Formulario de Solicitud de Cambio de Empleado Administrador**

El Formulario de Solicitud de Cambio de Empleado Administrador debe ser completado cuando hay un cambio de gerente general, gerente de negocios, administrador, director u otro individuo que ejerza control operacional o de gestión sobre una institución, o que directa o indirectamente lleve a cabo las operaciones cotidianas de la misma organización, o agencia. CMS requiere la identificación de oficiales y directores de una entidad proveedora organizada como una corporación, sin importar la situación con o sin fines de lucro de esta sociedad, ya sea como presidente, vicepresidente, CEO, CFO y junta de directores.

El formulario debe completarse en su totalidad para cada proveedor que se inscriba, excepto aquellos que se inscriban mediante el tipo de inscripción de Ordenar, Recetar o Referir (OPR, por sus siglas en inglés). Campos requeridos (\*).

Se requiere un formulario para cada identificación de Medicaid.

**1. Información de Proveedor – Esta sección es requerida.**

*Nombre del Proveedor	*NPI del Proveedor	*Identificación de Medicaid

**2. Proporcione la siguiente información sobre todos los Empleados Administrativos del proveedor. Favor de completar un formulario por cada Empleado Administrador.**

a. ¿Cuál es la relación de esta entidad con la organización del proveedor?

- Miembro de la Junta Directiva
- Oficina Corporativa
- Administración de Empleado
- Socio
- Accionista

Título	*Apellido(s) en su Tax ID/SSN	Segundo Nombre	Segundo Apellido
*Nombre			
*Primer Apellido			



Formulario de Solicitud de Cambio de Empleado Administrador

<b>Sufijo</b>		<b>*Número de Seguro Social</b>		<b>*Fecha de Nacimiento</b> (DD/MM/AAAA)	
<b>*Dirección Línea 1</b>					
<b>*Dirección Línea 2</b>					
<b>*Ciudad</b>		<b>*Estado</b>		<b>*País</b>	
				<b>*Código Postal</b>	
<b>*Dirección de Correo Electrónico</b>			<b>*Número de Teléfono</b>		
<b>*Fecha de Vigencia</b> (DD/MM/AAAA)			<b>*Fecha Final</b> (DD/MM/AAAA)		

3. ¿Esta persona ha sido condenada por un delito penal relacionado con la participación de esa persona en algún programa bajo Medicare, Medicaid, Programa de Seguro de Salud para Niños o los servicios de Título XX desde el inicio de estos programas?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.**

<b>*Descripciones de Delitos</b>	<b>*Fecha de Convicción</b> (DD/MM/AAAA)	<b>*Jurisdicción</b>

4. ¿Ha participado esta persona anteriormente o participa actualmente como proveedor en el programa de Medicaid de Puerto Rico o en algún otro programa estatal de Medicaid o Medicare?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.**

<b>*Programa</b>	<b>*Estado</b>

5. ¿Alguna vez se han revocado sus privilegios de facturación o se ha cancelado su participación en el programa por alguna causa?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.**

<b>*Programa</b>	<b>*Estado</b>	<b>*Fecha de Revocación</b> (DD/MM/AAAA)

6. ¿Tiene esta persona alguna deuda pendiente con el Programa de Medicaid de Puerto Rico, con otras agencias estatales, o con el programa de Medicaid de otro estado o Medicare?  Sí  No



**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información y adjunte la documentación de los arreglos realizados para pagar la deuda.**

*Programa	*Estado	*Monto de la Deuda	*Fecha (DD/MM/AAAA)

7. ¿Tiene algún familiar o miembro del hogar alguna deuda pendiente con alguna agencia o programa estatal o federal?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información y adjunte la documentación de los arreglos realizados para pagar la deuda.**

Título		*Nombre		Segundo Nombre	
*Primer Apellido				Segundo Apellido	
Sufijo		*Número de Seguro Social		*Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA)	
*Programa			*Monto de la Deuda		*Fecha (DD/MM/AAAA)
*Dirección Línea 1					
Dirección Línea 2					
*Ciudad			*Estado		
*País			*Código Postal		

8. ¿Ha tenido esta persona alguna acción legal adversa relacionada con la atención médica impuesta por algún programa estatal de Medicaid o alguna otra agencia o programa federal?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información.**

*Programa	*Estado	*Acción impuesta	*Fecha de la Acción (DD/MM/AAAA)
		<input type="checkbox"/> Condena Penal <input type="checkbox"/> Sanción Administrativa <input type="checkbox"/> Exclusión del Programa <input type="checkbox"/> Suspensión de Pago <input type="checkbox"/> Sanción Civil Monetaria <input type="checkbox"/> Evaluación <input type="checkbox"/> Programa de Inhabilitación <input type="checkbox"/> Multa Penal <input type="checkbox"/> Orden de Restitución <input type="checkbox"/> Sentencia Civil Pendiente	



### Formulario de Solicitud de Cambio de Empleado Administrador

		<input type="checkbox"/> Sentencia Penal Pendiente <input type="checkbox"/> Sentencia Pendiente bajo la Ley de Reclamación Falsa	
--	--	---	--

9. ¿Ha tenido esta persona alguna acción legal adversa no relacionada con la atención médica?

Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la información.**

*Programa	*Estado	*Acción impuesta	*Fecha de la Acción (DD/MM/AAAA)
		<input type="checkbox"/> Condena Penal <input type="checkbox"/> Sanción Administrativa <input type="checkbox"/> Exclusión del Programa <input type="checkbox"/> Suspensión de Pago <input type="checkbox"/> Sanción Civil Monetaria <input type="checkbox"/> Evaluación <input type="checkbox"/> Programa de Inhabilitación	

10. ¿Esta persona está relacionada con el proveedor o alguna otra entidad de divulgación como cónyuge, padre, hijo o hermano?  Sí  No

**En caso afirmativo, proporcione la información.**

<b>Título</b>		<b>*Nombre</b>		<b>Segundo Nombre</b>	
<b>*Primer Apellido</b>				<b>Segundo Apellido</b>	
<b>Sufijo</b>			<b>*Número de Seguro Social</b>		
<b>*Relación</b> (seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Esposo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Ex cónyuge <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Ausente <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro				



**Firma Autorizada**

Al firmar este documento electrónicamente, certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa, y que notificaré al PRMP sobre cualquier cambio en la información contenida.

**Campos requeridos (\*)**

---

**\*Firma de la persona autorizada para realizar este cambio**

**Se permiten las firmas electrónicas. No se permiten nombres escritos como una firma.**

---

**Título**

---

**\*Nombre impreso**

---

**\*Fecha (Usar formato de fecha DD/MM/AAAA)**

Por favor, proporcione la siguiente información de contacto en caso de que necesitemos comunicarnos con usted con respecto a su solicitud:

Nombre de la persona de contacto: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Cargue este formulario a través del portal de Correspondencia Segura para Proveedores (PSC, por sus siglas en inglés) en <https://psc.prmis.pr.gov/>. NO incluya información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés).*