

DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES (DDS)
ELECTRONIC VISIT VERIFICATION (EVV) EXEMPTION
VENDOR ATTESTATION FOR LIVE-IN STAFF

- ALL PRINTED INFORMATION MUST BE LEGIBLE -

Vendor Name/Number: *Respite, Inc.* / HT0176 TCRC Client UCI: _____

TCRC Client name: _____

Regional Center: Tri-Counties Regional Center TCRC) Service Code: 862 In-Home Respite

A live-in staff is an individual who regularly remains in the client's [consumer's] home for more than 24 hours* at a time. *EVV does not apply to services provided by a live-in staff.*

Live-In Staff Name: _____ Payroll#: _____

ATTESTATION

I confirm the hours of service provided by the above-named live-in staff are not subject to EVV and I have the authority (as the employer of this live-in staff) to provide this attestation on behalf of the vendored agency listed at the top of this form. Further, I understand this form will be kept in my family member's file by *Respite, Inc.* and can be reviewed during an audit by TCRC or DDS.

Printed name: _____ Title: parent guardian other

Signature _____ date: ____/____/____

Email address: _____ Phone: _____ - _____ - _____

This original form must be completed and then returned to *Respite, Inc.* as a part of the service records of a client [consumer] referenced in Title 17, California Code of Regulations, Division 2, §54326(3) and must be updated by the vendor as needed*. We recommend keeping a copy for your records.

* A person qualifying as "live-in staff" can be a sibling, who comes home when school isn't in session, a grandparent or friend who visits for a few days each month or someone who resides in the same home as the client. This is not necessarily related to the amount of respite provided.

This attestation must be updated when the information on it changes. An example includes when a staff person is no longer considered a live-in caregiver for the client [consumer].

Return this original completed form to:
P O Box 3380 - Paso Robles, CA 93447

UPDATED: January 2022

CLIENT NAME: _____

DEPARTAMENTO DE DEL DESARROLLO SERVICIOS (DDS)
EXENCIÓN DE VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE VISITAS (EVV)
VENDEDOR ATESTACIÓN PARA EN VIVO PERSONAL

- TODA LA INFORMACIÓN IMPRESA DEBE SER LEGIBLE -

Nombre/número de proveedor: *Respite, Inc.* / HT0176 TCRC Cliente UCI: _____

Centro Regional: Tri-Counties Regional Center TCRC) Código de servicio: 862 In-Home Respite

Un personal residente es una persona que permanece regularmente en la casa del cliente durante más de 24 horas a la vez. *EVV no se aplica a los servicios prestados por un personal residente.*

Nombre del personal residente: _____ Numero de planilla _____

ATESTACION

Confirmando que las horas de servicio proporcionadas por el personal residente mencionado anteriormente no están sujetas a EVV y tengo la autoridad (como empleador de este personal residente) para proporcionar esta atestación en nombre de la agencia proveedora que figura en la parte superior de este formulario. Además, entiendo que este formulario se mantendrá en el archivo de mi familiar por *Respite, Inc.* y puede ser revisado durante una auditoría por TCRC o DDS.

Nombre impreso: _____ Titulo: _____ padre _____ guardián _____ otro

Firma _____ Fecha: ____/____/____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de teléfono _____

Esta forma debe ser completada y luego regresada a *Respite, Inc.* como parte del servicio registros de un cliente se hace referencia en el Título 17, Código de Regulaciones de California, División 2, §54326(3) y debe ser actualizado por el proveedor según sea necesario*.

Recomendamos guardar una copia para sus registros.

*La persona que califique como "personal residente" puede ser un hermano/a, que regresa a casa cuando no hay clases, un abuelo o amigo que visita varios días en un mes o alguien quien viva en la misma dirección que el cliente. No tiene nada que ver con la cantidad de cuidado de respiro.

Esta certificación debe actualizarse cuando cambie la información sobre ella. Un ejemplo incluye cuando una persona del personal ya no se considera un cuidador interno para el cliente [consumidor].

Regrese esta forma original al:
P O Box 3380 - Paso Robles, CA 93447

NOMBRE DEL CLIENTE: _____