



Family and Worker *EVV Participation Agreement

TCRC Client name: _____ UCI: _____

Parent/Guardian - By completing and signing this form and to fulfill CA DDS Electronic Visit Verification requirements, I understand and/or agree that:

- My eligible family member's UCI, first and last names, physical home address and contact telephone number can be uploaded to the Sandata EVV database
- My/Our participation in EVV is now required to continue using respite services
- My/Our designated respite worker must now participate in the EVV system to be paid

Parent/guardian (print name) _____

Address: _____ City: _____ Zip: _____

Phone Number: cell: ___ landline: ___ () _____ - _____

Signature: _____

Designated Respite Worker - By completing and signing this form, I understand and/or agree that:

- My participation in EVV is required for me to continue to be paid for respite services
- I will use the EVV system as instructed
- My name, plus payroll and phone numbers can be uploaded to the Sandata EVV database
- I will continue to complete and submit paper timesheets to be paid
- I remain limited to the current *available* hours authorized for my client by TCRC
- When I use the EVV system, it will collect the following six data elements from my visit:
 1. Type of service performed
 2. Individual receiving service
 3. Date of service
 4. Location of service delivery
 5. Individual providing service
 6. Time the service begins and ends

Printed name _____ Payroll #: _____

Phone Number: cell: ___ landline: ___ () _____ - _____

Respite Worker Signature: _____

This completed original form must be returned for respite to continue.

Acuerdo de Participación *EVV de Familia y Trabajador

Nombre de Cliente de TCRC: _____ UCI: _____

Padre/Guardian - Al completar y firmar este formulario y cumplir con los requisitos de verificación de visita electiva de CA DDS, entiendo/acepto que:

- El UCI de mi familiar elegible, nombre y apellido, domicilio físico y número de teléfono se pueden cargar en la base de datos de Sandata EVV
- Mi/Nuestra participación en EVV se requiere para continuar usando los servicios de respiro
- Mi/Nuestro trabajador de respiro ahora debe participar en el sistema EVV para recibir el pago

Padre/Guardian (emprima nombre) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Número telefónico: cell: ____ casa: ____ (____) _____ - _____

Firma: _____

Trabajador designado de Respiro - Al completar y firmar este formulario, entiendo/acepto que:

- Se requiere mi participación en EVV para que me sigan pagando por los servicios de respiro. Usare el sistema EVV según las instrucciones.
- Mi nombre, número de planilla y número telefónico se pueden subir a la base de datos Sandata
- Continuare completando y enviando hojas de tiempo en papel para ser pagado.
- Permanezco limitado a las horas disponibles autorizadas para mi cliente por TCRC
- Cuando use el sistema EVV recopilare los siguientes seis elementos de datos para mi visita:
 1. Tipo de servicio realizado
 2. Ubicación de la prestación del servicio
 3. Persona que recibe el servicio
 4. Persona que presta el servicio
 5. Fecha de servicio
 6. Hora en que comienza y termina el servicio

Nombre empleado _____ # de Planilla: _____

Teléfono: cell: ____ casa: ____ (____) _____ - _____

Firma del Trabajador: _____

Este formulario original completo debe devolverse para que respiro continúe.