

Preschool Exhibit 1:

Acuerdo de Proveedor entre el Estado de New York y Proveedores de Servicios **Bajo contrato con el Condado de Ulster (que está inscrito en el** **Programa Medicaid del Estado de New York)**

Basado en una solicitud del Condado para participar en el Programa Medicaid del Estado de Nueva York bajo el Título XIX de la Ley del Seguro Social,

(Nombre del padre/cuidador)

en adelante denominado el Proveedor, acepta lo siguiente:

- A. (1) Mantener cualquier registro necesario para soportar el alcance de los SERVICIOS que el Proveedor brinda a los destinatarios que reciben asistencia según el Plan de Asistencia de Medicaid del Estado de New York..
- (2) Si solicitado, proporcione al Departamento de Salud del Estado de New York, o su designado, y al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Estado de New York, y a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid del Estado de New York, cualquier información mantenida bajo el párrafo A(1), y cualquier información sobre cualquier reclamo de Medicaid reasignado por el Proveedor.
- (3) Cumplir con los requisitos de divulgación especificados en 42 CFR Part 455, Subpart B.
- B. Cumplir con el Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Federal Rehabilitation Act of 1973, y todas las demás disposiciones estatutarias y constitucionales Estatales y Federales contra la discriminación que prohíben la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, género, religión y/o estado civil.
- C. Cumplir con todas las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables, incluida el Social Security Act, the New York State Social Service Law, Part 42 of the Code of Federal Regulations and Title 18 de los Códigos, Reglas y Regulaciones del Estado de New York.

Firma Autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre/Título: _____

Dirección: _____

Telefono: (____) _____ Fax: (____) _____ E-mail: _____

Indique los Condados Adicionales con los que tiene contrato:

Preschool Exhibit 2:

Declaración de Reasignación

(Nombre del padre/cuidador)

Mediante esta reasignación, el Proveedor de Servicios Preescolares contratado y anteriormente mencionado acepta:

1. Reasignar todos los reembolsos de Medicaid al condado de Ulster por la prestación de servicios médicos facturados según el Pre School Supportive Health Services Program (SSHSP).
2. Aceptar como pago total las tarifas de reembolso contratadas por los servicios cubiertos..
3. Cumplir con todas las reglas y políticas descritas en su contrato con el Condado de Ulster.
4. No facturar a Medicaid directamente por ningún servicio facturado por el Condado de Ulster.

NOTA: Nada en este “Acuerdo de Reasignación” prohibiría a un profesional de Medicaid reclamar reembolso por servicios elegibles para Medicaid prestados fuera del alcance del Programa de Servicios de Salud de Apoyo Preescolar.

Firma Autorizada

Fecha