

471-000-74 Instructions for Completing Form MC-39, "Personal Assistance Services Provider Time Sheet"

Use: Form MC-39 is used by Personal Assistance Services providers to record the number of units and the dates of service provided to clients.

Completion: The Personal Assistance Services provider must complete Form MC-39 as follows:

TOP SECTION:

- Enter the client's name and client's ID number from the Provider Authorization.
- Enter the Personal Assistance Services provider's name.
- Enter the month and year in which services are being provided.

MIDDLE SECTION – For each day of the month (each row):

- Enter the Service Code for Personal Assistance Services from the Provider Authorization.
- Enter each time work begins in the "In" column and the time work stops in the "Out" column. Multiple "In" and "Out" times can be entered for each day
- Enter the Total number of work units provided in quarter hours (15 minute units).
- Enter the Total number of units worked for all the days indicated on the time sheet at the lower right corner.

Signatures: The Personal Assistance Services provider must sign and date the form, and include the provider number from the Provider Authorization. The client must sign and date the form after it is completed by the Personal Assistance Services provider.

Distribution: The Personal Assistance Services provider sends the Form MC-39, Personal Assistance Services Time Sheet with Form HHS-5N, N-FOCUS Health and Human Services Billing Document to the specified worker and retains a copy for him/herself.

Retention: The local staff retains Form MC-39 as part of the client's record. The Personal Assistance Services provider is responsible for keeping a copy of Form MC-39 for six years.

NOTE: An electronically-fillable MC-39 form is available on the Department's website at <http://public-dhhs.ne.gov/FORMS/Home.aspx> Providers can complete the form electronically and print copies of the completed form to sign and mail. To access the fillable form, enter **MC-39** in the "Search" field, click on "Search" and double click on the **Personal Assistance Services Provider Time Sheet** under "Title."



Medicaid and Long Term Care Services
 Personal Assistance Services Provider Time Sheet

This Record of Services is a legal document completed by you to record the dates and units of service provided. Both the provider and the client must sign and date this record verifying the accuracy of this information. Total units must be recorded daily. This Record of Services with the billing document must be submitted within 90 days of service. Return this Record of Services with the billing document to your specified worker. The Provider is responsible for keeping records for six years.

Client's Name	Client's ID Number	Provider Name
---------------	--------------------	---------------

Month _____					Year _____								
Date	Service Code	Time in and out				Total Units In Quarter Hours (15 min.)	Date	Service Code	Time in and out				Total Units In Quarter Hours (15 min.)
1		In					17		In				
		Out							Out				
2		In					18		In				
		Out							Out				
3		In					18		In				
		Out							Out				
4		In					20		In				
		Out							Out				
5		In					21		In				
		Out							Out				
6		In					22		In				
		Out							Out				
7		In					23		In				
		Out							Out				
8		In					24		In				
		Out							Out				
9		In					25		In				
		Out							Out				
10		In					26		In				
		Out							Out				
11		In					27		In				
		Out							Out				
12		In					28		In				
		Out							Out				
13		In					29		In				
		Out							Out				
14		In					30		In				
		Out							Out				
15		In					31		In				
		Out							Out				
16		In					TOTAL						
		Out											

Please attach any notes or information as needed.
 I hereby certify that the above hours/days are correct and accurate and understand that fraudulent claims may result in prosecution.

Provider Signature	Date	Provider Number
Client/Guardian Signature	Date	

471-000-74 Instrucciones para Completar la Forma MC-39, "Hoja de Registro Horario para Proveedor de Servicios de Asistencia Personal"

Uso: La Forma MC-39 es usada por los Proveedores de Servicios de Asistencia Personal para registrar el número de unidades y las fechas de los servicios provistos a los clientes.

Cómo completarla: El Proveedor de Servicios de Asistencia Personal debe completar la Forma MC-39 como se explica a continuación:

SECCIÓN SUPERIOR:

- Ingrese el nombre del cliente y el número de ID del cliente de la Autorización del Proveedor.
- Ingrese el nombre del Proveedor de Servicios de Asistencia Personal.
- Ingrese el mes y el año en que los servicios están siendo provistos.

SECCIÓN INTERMEDIA – Para cada día del mes (cada fila):

- Ingrese el Código del Servicio para los Servicios de Asistencia Personal de la Autorización del Proveedor.
- Ingrese la hora en que el trabajo comienza en la columna "Inicio" y la hora en que el trabajo finaliza en la columna "Fin". Pueden ingresarse múltiples "Inicio" y "Fin" para cada día.
- Ingrese el número Total de unidades en cuartos de hora (unidades de 15 minutos).
- Ingrese el número Total de unidades trabajadas para todos los días indicados en la hoja de registro en la esquina inferior derecha.

Firmas: El Proveedor de Servicios de Asistencia Personal debe firmar y fechar la forma, e incluir el número del Proveedor de la Autorización del Proveedor. El cliente debe firmar y fechar la forma luego de ser completada por el Proveedor de Servicios de Asistencia Personal.

Distribución: El Proveedor de Servicios de Asistencia Personal envía la Forma MC-39, Hoja de Registro Horario para Proveedor de Servicios de Asistencia Personal con la Forma HHS-5N, N-FOCUS Hoja de Facturación de Salud y Servicios Humanos al trabajador específico y se queda con una copia.

Retención: El personal local se queda con la Forma MC-39 como parte del registro del cliente. El Proveedor de Servicios de Asistencia Personal es responsable de guardar una copia de la Forma MC-39 por seis años.

NOTA: Una forma MC-39 que puede ser completada electrónicamente se encuentra disponible en el sitio web del Departamento en <http://public-dhhs.ne.gov/FORMS/Home.aspx> Los Proveedores pueden completar la forma electrónicamente e imprimir copias de la forma ya completada para firmar y enviar por correo. Para acceder a esta forma, ingrese **MC-39** en el campo de búsqueda titulado "Search", haga un clic en "Search" y haga un doble clic en "**Personal Assistance Services Provider Time Sheet (Spanish)**" bajo la sección "Title".



Servicios de Medicaid y Cuidado a Largo Plazo
Hoja De Registro Horario Para Proveedor De Servicios De Asistencia Personal

Este registro de servicios es un documento legal completado por usted para registrar las fechas y las unidades de servicios proporcionados. Tanto el proveedor como el cliente deben firmar y fechar este registro verificando la exactitud de esta información. El total de las unidades debe ser registrado diariamente. Este registro de servicios con la hoja de facturación debe enviarse dentro de los 90 días del servicio. Retorne este registro de servicios con la hoja de facturación a su trabajador específico. El proveedor es responsable de mantener los registros por seis años.

Nombre del Cliente	N ^o de Identificación del Cliente	Nombre del Proveedor
--------------------	--	----------------------

Mes _____ Año _____

Fecha	Código del Servicio	Tiempo de inicio y de fin				Total de unidades en cuartos de hora (15 min)
		Inicio	Fin			
1		Inicio				
		Fin				
2		Inicio				
		Fin				
3		Inicio				
		Fin				
4		Inicio				
		Fin				
5		Inicio				
		Fin				
6		Inicio				
		Fin				
7		Inicio				
		Fin				
8		Inicio				
		Fin				
9		Inicio				
		Fin				
10		Inicio				
		Fin				
11		Inicio				
		Fin				
12		Inicio				
		Fin				
13		Inicio				
		Fin				
14		Inicio				
		Fin				
15		Inicio				
		Fin				
16		Inicio				
		Fin				
17		Inicio				
		Fin				
18		Inicio				
		Fin				
19		Inicio				
		Fin				
20		Inicio				
		Fin				
21		Inicio				
		Fin				
22		Inicio				
		Fin				
23		Inicio				
		Fin				
24		Inicio				
		Fin				
25		Inicio				
		Fin				
26		Inicio				
		Fin				
27		Inicio				
		Fin				
28		Inicio				
		Fin				
29		Inicio				
		Fin				
30		Inicio				
		Fin				
31		Inicio				
		Fin				
TOTAL						

Favor de adjuntar cualquier nota o información necesaria.
Certifico que las horas y los días son correctos y exactos y entiendo que los reclamos fraudulentos pueden resultar en una acción penal.

Firma del Proveedor	Fecha	Número del Proveedor
Firma del Cliente/Guardián	Fecha	