



# *Lori Knapp* **CHOICE<sup>TM</sup>**

Part of the AssuranceSD Family

## PAQUETE INFORMATIVO DEL TRABAJADOR DE CUIDADOS DIRECTOS

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

**Teléfono Principal:** 608.326.0434

**Dirección:** 106 S Beaumont Road  
Prairie du Chien, WI 53821

**Teléfono sin Costo:** 844.534.7225

**Sitio Web:** LoriKnappChoice.com

**Fax sin Costo:** 844.634.7225



## PAQUETE INFORMATIVO DEL TRABAJADOR DE CUIDADOS DIRECTOS

### CONTACTOS DE INSCRIPCIÓN

**No comience a trabajar hasta que todo el papeleo haya sido completado y reciba la fecha de inicio de Lori Knapp Choice™.**

<b>Beth F.</b> Extensión: 1279 beth.flansburg@LoriKnappChoice.com	<b>Jenny J.</b> Extensión: 1219 jennifer.jeidy@LoriKnappChoice.com
<b>Marnie R.</b> Extensión: 0065 marnie.robbins@LoriKnappChoice.com	<b>Cassandra S.</b> Extensión: 1210 cassandra.stocks@LoriKnappChoice.com
<b>Tricia K.</b> Extensión: 1250 tricia.kunz@LoriKnappChoice.com	<b>Kerrin T.</b> Extensión: 1234 kerrin.thompson@LoriKnappChoice.com
<b>Karen C.</b> Extensión: 1232 karen.carver@LoriKnappChoice.com	<b>Corissa B.</b> Extensión: 0032 corissa.bothel@LoriKnappChoice.com
<b>Anne S.</b> Extensión: 0044 anne.sadler@LoriKnappChoice.com	<b>Eimy R.</b> Extensión: 0068 eimy.rodriguez@LoriKnappChoice.com

### ¿LE GUSTARÍA TRABAJAR PARA MAS CLIENTES?

Puede registrarse en: <https://loriknapp.carvinsoftware.com/>

Esta sitio web está disponible a Participantes y sus familias para encontrar empleados que presten servicios de cuidado en el hogar del Participante.

### LLENADO DE FORMAS DE INSCRIPCIÓN

Lori Knapp Choice™ no puede aconsejar a los empleados sobre como llenar las formas W4 (forma federal) ni WT-4 (forma estatal). Por favor contacte a su asesor de impuestos o contador si necesita asistencia o tiene preguntas.

Hay tres formas en su paquete que su Empleador (la persona a la cual usted cuida) debe firmar:

1. Acuerdo Empleador/Empleado
2. I-9 Verificación de Elegibilidad Laboral (IRS)
3. Documentación de Entrenamiento

**AZUL: Información y Firma del Trabajador de Cuidados Directos/Empleado**

**ROSA: Información y Firma de Participante/Empleador**



## PAQUETE INFORMATIVO DEL TRABAJADOR DE CUIDADOS DIRECTOS

### CONTACTOS DE NÓMINAS

Sus Especialistas de Nóminas son los siguientes.

**608.326.0434 o 844.534.7225**

<b>Brandon D.</b> Extensión: 1280	<b>Carrie L.</b> Extensión: 1282
<b>Sara G.</b> Extensión: 1288	<b>Tiffany O.</b> Extensión: 1310
<b>Catherine W.</b> Extensión: 1251	<b>Michelle C.</b> Extensión: 1203
<b>Nikki D.</b> Extensión: 1238	<b>Jennifer Y.</b> Extensión: 1265
<b>Aizek W.</b> Extensión: 3106	<b>Danielle D.</b> Extensión: 3102
<b>Aaron D.</b> Extensión: 0071	

### RECORDATORIOS DE LAS HOJAS DE CONTROL DE TIEMPOS

- La semana laboral y las autorizaciones corren de domingo a sábado.
- Debe tener entrada y salida para cada turno registrado.
- Manténgase dentro de sus horas, millas y servicios autorizados. Si tiene dudas con respecto a sus horas autorizadas o código de servicio, por favor llame a su Especialista de Nóminas enumerados arriba.
- Escriba claramente utilizando únicamente tinta azul o negra y registre solo un turno por línea.
- Cuando trabaje después de media noche comience una nueva línea para el nuevo día.
- No escriba sobre números ya escritos en la hoja de control de tiempos. Si comete un error escriba una línea a través de lo incorrecto, ponga sus iniciales y escriba claramente al lado o en una línea nueva.
- El Participante/Representante legal y el Trabajador de Cuidados Directos/Empleado deben firmar la hoja de control de tiempos una vez que todos los días de servicio hayan transcurrido para ese periodo de pago. La fecha debe ser la del día en que escribieron las firmas.
- Escriba el número total de horas y minutos trabajados individualmente en cada hoja de control de tiempos.
- Cheque la Fuente de Financiación correcta al calce de todas las hojas de control de tiempos. Si no está seguro de la Fuente de Financiación contacte a su Especialista de Nóminas.



## PAQUETE INFORMATIVO DEL TRABAJADOR DE CUIDADOS DIRECTOS

### VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE VISITAS (EVV): CARETIME

608.326.0434 o 844.534.7225

#### CONTACTOS EVV

<b>Tanya D.</b> Extensión: 1283	<b>Beth A-P.</b> Extensión: 1284
<b>Susan M.</b> Extensión: 1300	<b>Jennifer M.</b> Extensión: 1240

#### INFORMACIÓN EVV

La Verificación Electrónica de Visitas debe utilizarse para los códigos mencionados a continuación por orden del gobierno federal.

- S5125, S5126, T1019 y T1020
- **Terapia:** 92507, 07139, 97799
- **Enfermería:** 99504, 99600, S9123, S9124, T1001, T1021, T1502
- Servicios de Cuidados Personales **PCS:** 99509

Si usted está verificado como co-residente entonces está exento de utilizar EVV. Si tiene uno de los códigos anteriores y no esta verificado como co-residente tendrá que utilizar EVV para checar entrada y salida de cada turno trabajado.

#### RECORDATORIOS EVV

- EVV es requisito para el pago de nómina así como una segunda forma de registrar sus horas. Hojas de Control de Tiempos en papel o mediante el portal Web Entry.
- Los registros de tiempo en CareTime deben coincidir con su Hoja de Control de Tiempos. Hojas de Control de Tiempos en papel o Web Entry.
- Lori Knapp Choice™ usa el software CareTime para el programa EVV. CareTime es un proceso de dos pasos:
  1. El Trabajador de Cuidados Directos utiliza la app CareTime o la línea telefónica del Participante para checar entradas y salidas de sus turnos.
  2. El Participante o su representante administra el portal de CareTime para editar y agregar turnos así como aprobar todos los turnos al final de cada periodo de nómina.
- Si un Trabajador de Cuidados Directos falla en un registro en CareTime deberá ser corregido por el Participante, su representante o el Equipo EVV.

**Si tiene cualquier pregunta sobre CareTime, contacte al Equipo EVV**

## BIENVENIDO A LOS PROGRAMAS DE SOPORTE DE AUTOGESTIÓN

Su Empleador ha escogido utilizar los Servicios Fiscales ofrecidos por Lori Knapp Choice™, una división de AssuranceSD, para procesar su nómina.

Su **EMPLEADOR** potencial es \_\_\_\_\_.

Lori Knapp Choice™ **NO ES** su Empleador. Nosotros procesamos la nómina para su Empleador.

Antes de que Lori Knapp Choice™ pueda comenzar a procesar su nómina, usted debe completar el proceso de inscripción.

Lori Knapp Choice™ está disponible para asistirle con el papeleo. Por favor no dude en llamar. Cualquier forma que no sea completada correctamente le será devuelta y retrasará su fecha de inicio.

### Reportes Obligatorios

- Recuerde que cualquier prestador de Cuidados en el estado de Wisconsin en un Denunciante Obligatorio (Mandatory Reporter) cuando haya sospecha de abuso o negligencia. Los denunciantes obligatorios son personas que tiene contacto regular con personas vulnerables tales como menores, personas discapacitadas o adultos mayores. Están obligados a reportar cuando el abuso es observado o sospechado. El abuso puede incluir físico, financiero, negligencia, sexual, cuidado inapropiado, o cualquier otra preocupación de que la seguridad, salud o bienestar del individuo esté en riesgo. Los reportes se puede hacer al Gerente de Caso (Case Manager), servicios locales de protección de niños o adultos (Adulto or Child Protective Services), o a la autoridad.
- Fraude y Abuso de Medicaid es cuando una persona conscientemente hace trampa o es deshonesto. La deshonestidad resulta en un beneficio tal como un pago en exceso. El fraude a Medicaid involucra tergiversar deliberadamente la verdad para obtener beneficios no autorizados. El abuso incluye cualquier práctica fuera de lo comúnmente aceptado que innecesariamente incremente los costos. Ejemplos de esto sería incluir horas en el reporte de tiempos por trabajo no realizado, Empleadores aprobando horas que los Empleados no trabajaron, Empleados afirmando haber realizado cuidados que no se realizaron. Cómo reportar: 1.877.865.3432 o <https://www.dhs.wisconsin.gov/fraud/index.htm>.

### Recursos

Los siguientes recursos están disponibles en [www.LoriKnappChoice.com](http://www.LoriKnappChoice.com):

- [Calendario de Nóminas](#)
- Preguntas Frecuentes (FAQ)
- Forma de Agente Fiscal
- Recursos Relacionados del Agente Fiscal
- Recursos de Entrenamiento
- Misceláneos



## CALENDARIO DE NÓMINAS 2026

### ENTREGA DE HOJAS DE CONTROL DE TIEMPOS:

Correo	Correo Electrónico	Fax
106 S Beaumont Rd Prairie du Chien, WI 53821	payroll@LoriKnappChoice.com	844.634.7225

Por favor llame al 608.326.0434 para confirmar la recepción del fax o correo electrónico y para cualquier otra pregunta que tenga.

Las Hojas de Control de Tiempos recibidas después de la fecha indicada en la columna "Fecha Límite de Entrega" serán procesadas en el siguiente periodo de pago. SIN EXCEPCIÓN

Periodo de Pago	Inicio del Periodo	Fin del Periodo	Fecha Límite de Entrega	Día de Pago
	Después de que termine su último día de trabajo para el periodo...		Asegúrese que sus Hojas de Control de Tiempos lleguen a la Oficina de Prairie du Chien en esta fecha:	Usted recibirá su pago vía Depósito Directo en esta fecha.
1	12/16/25	12/31/25	01/03/26	01/15/26
2	01/01/26	01/15/26	01/18/26	01/30/26
3	01/16/26	01/31/26	02/03/26	02/13/26
4	02/01/26	02/15/26	02/18/26	02/27/26
5	02/16/26	02/28/26	03/03/26	03/13/26
6	03/01/26	03/15/26	03/18/26	03/30/26
7	03/16/26	03/31/26	04/03/26	04/15/26
8	04/01/26	04/15/26	04/18/26	04/30/26
9	04/16/26	04/30/26	05/03/26	05/15/26
10	05/01/26	05/15/26	05/18/26	05/29/26
11	05/16/26	05/31/26	06/03/26	06/15/26
12	06/01/26	06/15/26	06/18/26	06/30/26
13	06/16/26	06/30/26	07/03/26	07/15/26
14	07/01/26	07/15/26	07/18/26	07/30/26
15	07/16/26	07/31/26	08/03/26	08/14/26
16	08/01/26	08/15/26	08/18/26	08/28/26
17	08/16/26	08/31/26	09/03/26	09/15/26
18	09/01/26	09/15/26	09/18/26	09/30/26
19	09/16/26	09/30/26	10/03/26	10/15/26
20	10/01/26	10/15/26	10/18/26	10/30/26
21	10/16/26	10/31/26	11/03/26	11/13/26
22	11/01/26	11/15/26	11/18/26	11/30/26
23	11/16/26	11/30/26	12/03/26	12/15/26
24	12/01/26	12/15/26	12/18/26	12/30/26

Todas las formas se encuentran en la página [forms](#) de Lori Knapp Choice™



## ACTUALIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Por favor verifique su dirección en el Aviso de Depósito. Si su dirección es incorrecta por favor póngase en contacto con nuestra oficina para obtener una **Solicitud de Cambio de Datos** para llenarla y devolverla. Usted puede también visitar nuestra [página de internet](#) para obtener la **Solicitud de Cambio de Datos**. Si ha cambiado su número telefónico y/o correo electrónico por favor también llene una **Solicitud de Cambio de Datos** para asegurarse que toda su información personal esté al día en nuestro sistema.

**Por ley las formas W2 de 2025 deben enviarse por correo para el 31 de enero de 2026.**

## HOJAS DE CONTROL DE TIEMPOS

Los períodos de nómina van del 1ero. al 15 y del 16 al 30/31 de cada mes. Los días de pago son los días 15 y 30 de cada mes. Si el día de pago cae en fin de semana o día feriado, la fecha de pago se recorre al día hábil previo al 15 o 30. Abajo hay un ejemplo de nuestro **Calendario de Nóminas 2026** que se encuentra al reverso de esta hoja y que también puede hallarse en nuestra [página de internet](#). Este ejemplo muestra el rango de fechas del periodo de trabajo, la fecha límite de entrega a nosotros y el día de pago.

**Las Hojas de Control de Tiempos recibidas después de la fecha límite serán pagadas al siguiente día de pago.**

Periodo de Pago	Inicio del Periodo	Fin del Periodo	Fecha Límite de Entrega	Día de Pago
1	12/16/25	12/31/25	01/03/26	01/15/26

## CUANDO LLENE LAS HOJAS DE CONTROL DE TIEMPOS:

- Use únicamente la hoja de control de tiempos más actual/al corriente.
- Escriba claramente con tinta azul o negra únicamente.
- Tanto el Participante como el Trabajador de Cuidados Directos deben firmar y fechar la hoja de control de tiempos una vez que todos los días de servicio hayan sido trabajados durante el periodo de pago.
- Escribir claramente los nombres del Participante y del Trabajador de Cuidados Directos en la parte superior de la hoja de control de tiempos / registro de millage.

## VERIFICACIÓN ELECTRÓNICA DE VISITAS (EVV) BAJO LA APP CARETIME

Es **su** responsabilidad utilizar EVV para checar entradas y salidas si el código SPC de su Empleador es S5125, S5126, T1019, T1020, S9123, S9124 o T1502 y usted no vive con su Empleador. Usted tendrá que llenar también hojas de control de tiempo en papel o por Web Entry y tienen que concordar con las entradas y salidas en EVV.

## CALENDARIO DE NÓMINAS 2026

### CUANDO LLENE LAS HOJAS DE CONTROL DE TIEMPOS (CONT.):

- Ingrese solo un turno por línea. Al trabajar después de la media noche, comience una nueva línea para el nuevo día de trabajo.
- No utilice ningún tipo de corrector en la hoja de control de tiempos. Si comete un error, atraviese con una sola línea y vuelva a ingresar la información. Por favor escriba sus iniciales al lado de la corrección para saber quien hizo el cambio.
- Escriba el número total de horas trabajadas en cada hoja de control de tiempos individualmente y manténgase dentro de las horas, millas o servicios autorizados.
- Use los códigos de servicio correctos. Por favor llame a su Especialista de Nóminas con cualquier pregunta sobre cual código(s) utilizar. Las hojas de control de tiempos no necesitan tener descripciones del trabajo realizado (por ejemplo: baño, trastes, etc..)
- Señale o escriba la Fuente de Financiación al calce de la hoja de control de tiempos.

### ENTREGA DE HOJAS DE CONTROL DE TIEMPOS

**Por Fax.** Contamos con una línea 24 horas para fax al 844.634.7225. Por favor llame para asegurarse que el fax y el número correcto de hojas hayan sido recibidas. No utilice el recibo de su máquina de fax como confirmación de que el fax fue recibido por nosotros.

**Por Correo Electrónico.** Usted puede enviar por correo electrónico sus hojas de control de tiempos adjuntando un scan o una foto **clara** tomada con su teléfono de su hoja de control de tiempos a [payroll@loriknappchoice.com](mailto:payroll@loriknappchoice.com). Usted recibirá un correo electrónico de confirmación de recepción. LKC le volverá a enviar un correo electrónico si la hoja de control de tiempos no es correcta. Llame a nuestras oficinas si no recibe una confirmación por correo electrónico

**Web Entry (Para registros en línea únicamente).** Los registros en linea requieren que tanto usted como su Empleador/Participante tenga acceso a una computadora así como direcciones de correo electrónico individuales para poder entregar las hojas de control de tiempos en línea. Esto elimina que tenga que llenar las hojas de control de tiempo en papel. Web Entry funciona en cualquier lugar que tenga acceso al internet. Usted puede ver y aprobar turnos oprimiendo un botón. Usted también tiene acceso a reportes para ver sus horas, información de cheque de nómina y estado de cuenta.



## HOJA DE CONTROL DE TIEMPOS

Es su responsabilidad verificar que su hoja de control de tiempos correcta y completa haya sido recibida por Lori Knapp Choice™ una vez que la haya enviado por correo, fax o correo electrónico. Por favor espere 48 horas antes de contactarnos para verificar.

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Persona que Recibe los Servicios (Participante): \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio del Periodo (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_ Fecha de Cierre del Periodo (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_

**Atención:** Las Hojas de Control de Tiempos recibidas después de la fecha límite serán pagadas la siguiente fecha de pago. **SIN EXCEPCIÓN.** Lori Knapp Choice™ no es responsable de pagar horas en exceso de las autorizadas. La falsificación de este documento es considerado fraude de Medicaid y puede resultar en baja del programa y/o cargos criminales.

Hoja \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Total de horas en esta página: \_\_\_\_\_

**Participante/Apoderado/Tutor**

Yo, el participante o parte responsable, certifico que el Empleado arriba mencionado trabajó las horas enumeradas para este participante, los servicios se brindaron de acuerdo al plan de cuidados, y el participante NO estuvo hospitalizado, en una casa de asistencia o una institución

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha:

## Empleado

Yo, el empleado de este participante, certifico que las horas Trabajadas y enumeradas para este participante fueron brindados de acuerdo al plan de cuidados, y el participante NO estuvo hospitalizado, en una casa de asistencia o una institución.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número Telefónico:

Correo Electrónico:

**Por favor seleccione su Fuente de Financiación:**

MyChoice

CareWi (MCW)

Independent Care – iCare

Inclusa

Lakeland Care Inc.

## Menominee ITOW

### CLTS County:

Other:

**Envíe la Hoja de Control de Tiempos a Lori Knapp Choice™ a: 106 S Beaumont Rd, Prairie du Chien, WI 53821, Fax # 1.844.634.7225, o correo electrónico: [payroll@LoriKnappChoice.com](mailto:payroll@LoriKnappChoice.com)**



## HOJA DE CONTROL DE TIEMPOS

Es su responsabilidad verificar que su hoja de control de tiempos correcta y completa haya sido recibida por Lori Knapp Choice™ una vez que la haya enviado por correo, fax o correo electrónico. Por favor espere 48 horas antes de contactarnos para verificar.

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_ Persona que Recibe los Servicios (Participante): \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio del Periodo (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_ Fecha de Cierre del Periodo (DD/MM/AA): \_\_\_\_\_

**Atención:** Las Hojas de Control de Tiempos recibidas después de la fecha límite serán pagadas la siguiente fecha de pago. **SIN EXCEPCIÓN.** Lori Knapp Choice™ no es responsable de pagar horas en exceso de las autorizadas. La falsificación de este documento es considerado fraude de Medicaid y puede resultar en baja del programa y/o cargos criminales.

Hoja \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Total de horas en esta página: \_\_\_\_\_

**Participante/Apoderado/Tutor**

Yo, el participante o parte responsable, certifico que el Empleado arriba mencionado trabajó las horas enumeradas para este participante, los servicios se brindaron de acuerdo al plan de cuidados, y el participante NO estuvo hospitalizado, en una casa de asistencia o una institución

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha:

## Empleado

Yo, el empleado de este participante, certifico que las horas Trabajadas y enumeradas para este participante fueron brindados de acuerdo al plan de cuidados, y el participante NO estuvo hospitalizado, en una casa de asistencia o una institución.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número Telefónico:

Correo Electrónico:

**Por favor seleccione su Fuente de Financiación:**

MyChoice

CareWi (MCW)

Independent Care – iCare

Inclusa

Lakeland Care Inc.

## Menominee ITOW

CLTS County:

Other:

**Envíe la Hoja de Control de Tiempos a Lori Knapp Choice™ a: 106 S Beaumont Rd, Prairie du Chien, WI 53821, Fax # 1.844.634.7225, o correo electrónico: [payroll@LoriKnappChoice.com](mailto:payroll@LoriKnappChoice.com)**