

Lista de verificación para proveedores

Inscripción de cuidado a largo plazo para adultos

¿Todo listo para iniciar el trámite y convertirse en proveedor de cuidado a largo plazo (LTC) para adultos inscrito en Medicaid?

Los proveedores de LTC para adultos que ofrecen servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) pueden usar esta lista de control para inscribirse en el portal ForwardHealth Portal (el Portal) de Medicaid de Wisconsin en forwardhealth.wi.gov. Le brindaremos orientación en cada paso del recorrido.

Recordatorios:

1

La fecha límite de inscripción es el **1 de enero de 2026**. El trámite de las solicitudes puede tardar hasta 60 días. Sugierimos presentar la solicitud con anticipación.

2

Si es proveedor residencial o proveedor de servicios en un centro con ubicación fija, debe inscribirse en Medicaid de Wisconsin y recibir una identificación de Medicaid exclusiva para cada ubicación física. Consulte el manual en línea de ForwardHealth en forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/KW/Display.aspx, deslícese hacia el final de la página, acepte el acuerdo de licencia y busque el tema n.º 23490 sobre inscripción por ubicación física de servicio para obtener una lista de los centros con ubicación fija.

Recursos de inscripción

- Encuentre más información en la página del sistema de inscripción de proveedores de cuidado a largo plazo para adultos en forwardhealth.wi.gov/WIPortal/cms/public/ltc/providerenrollment.htm.
- Consulte el video de capacitación sobre la inscripción de proveedores de cuidado a largo plazo para adultos en el menú desplegable "Adult Long-Term Care Programs" (Programas de cuidado a largo plazo para adultos) de la página de capacitaciones del Portal en forwardhealth.wi.gov/WIPortal/cms/page/trainings/home para obtener una demostración paso a paso sobre cómo llenar una solicitud de inscripción.
- Comience su inscripción haciendo clic en el enlace para iniciar o continuar su solicitud de inscripción en forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/Certification/EnrollmentCriteria.aspx en la página de información de inscripción de proveedores.

Contactos clave

- Los servicios a proveedores de ForwardHealth pueden responder preguntas sobre las políticas y la inscripción. Llame al 800-947-9627 de lunes a viernes de 7 a. m. a 6 p. m. hora central (CT).
- El servicio de asistencia del portal de ForwardHealth puede responder preguntas técnicas sobre las funciones del Portal, lo que incluye cuentas, registros, contraseñas y mucho más. Llame al 866-908-1363 de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 4:30 p. m. (CT).

Inscripción de proveedores de cuidado a largo plazo para adultos

Instrucciones paso a paso

Recopilar información

Tener los detalles y los documentos a mano hará que sea más sencillo ingresar esta información:

- Toda propiedad o control de participación relacionado con el proveedor de LTC para adultos (consulte el manual en línea en forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/KW/Display.aspx y busque el tema n.º 14317 sobre terminología que se debe conocer para la inscripción de proveedores a fin de obtener definiciones sobre propiedad o control de participación)
- Información sobre declaración de condenas penales y rescisiones
- Información de dirección, como el lugar de atención, la dirección postal y la dirección postal para formularios 1099
- Toda la información impositiva, como el Número de Identificación del Contribuyente (TIN) y las fechas de vigencia del TIN

Nota: Para el TIN, puede usarse tanto el número de identificación del empleador como un número de Seguro Social individual.

Complete su solicitud

Una vez que la inicie, tiene 10 días calendario para completar su solicitud de inscripción. Consulte la página de la solicitud de inscripción y del proceso de seguimiento en el Portal en forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/Certification/EnrollmentCriteria.aspx?topic=3 para obtener más información sobre cómo guardar una solicitud.

Información para empezar la inscripción

1. Visite forwardhealth.wi.gov.
2. Haga clic en el enlace **Become a Provider** (Conviértase en proveedor) en el cuadro para proveedores en el lado izquierdo de la página para obtener información sobre la inscripción y comenzar una solicitud.
3. Haga clic en el enlace **Start or Continue Your Application** (Comenzar o continuar su solicitud). Puede empezar una nueva inscripción o continuar una inscripción previa.
4. En **To Start a New Medicaid Enrollment** (Empezar una nueva inscripción a Medicaid), haga clic en el enlace **Medicaid/Border Status Provider Enrollment Application** (Solicitud de inscripción de proveedores en Medicaid/estatus fronterizo).
5. Lea las **instrucciones**. Haga clic en **Next** (Siguiendo).
6. Seleccione **Type of Applicant** (Tipo de solicitante). Haga clic en **Next** (Siguiendo).
7. Individual: seleccione el botón que indique que no es empleado(a) de un centro médico. Haga clic en **Next** (Siguiendo).
8. Seleccione **Type of Enrollment** (Tipo de inscripción). Haga clic en **Next** (Siguiendo).
9. Seleccione **Provider Type** (Tipo de proveedor). Consulte el manual en línea en forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/KW/Display.aspx y busque el tema n.º 23491 sobre la guía de inscripción de proveedores del programa de exenciones para cuidado a largo plazo de adultos a fin de obtener más información sobre cada tipo de proveedor. Haga clic en **Next** (Siguiendo).
10. Seleccione **Provider Specialty** (Especialidad del proveedor). Haga clic en **Next** (Siguiendo).
11. Seleccione los **Waiver Services** (Servicios de exención) pertinentes para usted. Haga clic en **Next** (Siguiendo).
12. Seleccione los **Waiver Programs** (Programas de exención) para los cuales desea proporcionar servicios. Haga clic en **Next** (Siguiendo).
13. Individual: llene toda la información requerida en **Individual Name** (Nombre de la persona). Haga clic en **Next** (Siguiendo).
14. Organización: ingrese el nombre de la organización y el o los idiomas, si corresponde, en **Identifying Information** (Información de identificación). Haga clic en **Next** (Siguiendo). Si tiene un certificado de la Division of Quality Assurance, una organización

de cuidado administrada, o del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin, este nombre debe coincidir con el nombre del centro en su certificado.

15. Organización: seleccione el **Type Of Business** (Tipo de empresa) de la lista de opciones: empresa con único propietario, sin fines de lucro, con fines de lucro, de responsabilidad limitada, gubernamental o sociedad. Seleccione **State of Registration** (Estado de registro). Haga clic en **Next** (Siguiendo).

Dirección y otros datos

1. Llene la **información de dirección: lugar de atención y dirección postal**.
2. Llene la **información financiera: información fiscal, dirección para envío de cheques y avisos de pago, y dirección postal para formularios 1099**. Haga clic en **Next** (Siguiendo). El nombre del contribuyente debe coincidir exactamente con su nombre fiscal registrado en el Internal Revenue Service (IRS).
3. Seleccione el **County** (Condado) y las **Tribes** (Tribus) donde atiende. Haga clic en **Next** (Siguiendo).
4. Ingrese su **Medicaid Service Provider** (Proveedor de servicios de Medicaid) y **Medicaid Member Count** (Número de afiliados de Medicaid). Haga clic en **Next** (Siguiendo).
5. Ingrese cualquier **license or credentialing information** (información sobre credenciales y licencias); no incluya letras si aparecen en el número de licencia. Haga clic en **Next** (Siguiendo).
6. Ingrese la información de **Medicare y Medicaid**. Haga clic en **Next** (Siguiendo).
7. Individual: llene toda la información en la página **Background Information Disclosure** (Divulgación de antecedentes).
Todas las condenas previas, independientemente de la gravedad, deben darse a conocer cuando responda la segunda pregunta.
8. Individual: llene la información respecto de las direcciones donde ha vivido en los últimos tres años. Haga clic en **Add** (Agregar) para cada dirección. Haga clic en **Next** (Siguiendo).
9. Responda "Sí" o "No" a las preguntas sobre **Criminal Conviction/Termination Disclosures** (Declaración de condenas penales y rescisiones). Haga clic en **Next** (Siguiendo).

10. Proporcione información detallada sobre divulgación de condenas penales y rescisiones, si corresponde. Haga clic en **Next** (Siguiente).

Información del propietario/control de participación/administrador

1. Indique cualquier **Owner/Controlling Interest in Applicant** (Propietario/control de participación del solicitante). Haga clic en **Next** (Siguiente).
2. Agregue cualquier **Owner/Controlling Interest Relationships** (Relaciones de propiedad/control de participación). Haga clic en **Next** (Siguiente).
3. Proporcione información en el panel **Owner/Controlling Interest in Applicant—Disclosing Organization(s) Detail** (Propietario/control de participación del solicitante: detalles de la organización declarante). Haga clic en **Next** (Siguiente).
4. Ingrese información sobre **Managing Employee** (Administración de empleados). Haga clic en **Next** (Siguiente).
5. Responda **Sí o No** a las preguntas sobre **subcontratistas y relaciones del propietario con los subcontratistas**. Haga clic en **Next** (Siguiente).

Declaración jurada y acuerdo del proveedor

1. Si corresponde, revise las **declaraciones juradas**, marque todas las casillas, firme y escriba la fecha. Haga clic en **Next** (Siguiente).
2. A continuación, revise el **Acuerdo del proveedor** y confirme que acepta las declaraciones expresadas en el Acuerdo. Haga clic en **Next** (Siguiente).

Documentación

1. **Suba documentos de apoyo**, como licencias o certificaciones. Los formatos de archivos admitidos son JPG, JPEG, TXT, RTF, CSV y PDF. Haga clic en **Next** (Siguiente).

Repase el video sobre cómo subir documentos en la sección Adult Long-Term Care Programs (Programas de cuidado a largo plazo para adultos) de la página de capacitación en forwardhealth.wi.gov/WIPortal/cms/page/trainings/home para obtener información adicional sobre cómo subir documentos.

2. Los hogares familiares para adultos (AFH) de 1 a 2 camas, los AFH de 3 a 4 camas, los centros residenciales comunitarios (CBRF), los complejos de apartamentos con servicios de cuidado residencial (RCAC) y los proveedores de guardería para adultos deben subir una copia de su certificado.
3. Los proveedores de estos servicios deben subir una copia de los documentos de apoyo que demuestren que están calificados para proporcionar el servicio (certificado, licencia o currículum):
 - Apoyos y servicios comunitarios. Otros
 - Salud y bienestar
 - Servicios terapéuticos y de orientación. Otros
 - Modificaciones en el hogar. Adaptaciones de accesibilidad en el entorno

Los proveedores que tengan una carta de cumplimiento de servicios basados en el hogar y en la comunidad (HCBS) del DHS deben subir una copia.

Enviar la solicitud

1. Lea cuidadosamente el **resumen**. Haga clic en **Submit** (Enviar).
2. **Imprima los documentos de inscripción** para guardarlos o cree una copia impresa. Haga clic en **Next** (Siguiente).
3. En la pantalla **Enrollment Application Submitted** (Solicitud de inscripción enviada), guarde el **Application Tracking Number (ATN)** (Número de seguimiento de la solicitud) como referencia.

Espere hasta que se tome una decisión respecto de su inscripción

Solemos notificarle sobre el estado de su inscripción en un plazo de 10 días hábiles después de recibir su solicitud completa, pero no se tardará más de 60 días hábiles.

Puede hacer un seguimiento del estado de su solicitud de inscripción en el portal ingresando su ATN en la herramienta de búsqueda de seguimiento de inscripciones en forwardhealth.wi.gov/WIPortal/Subsystem/Provider/EnrollmentTracking.aspx. Verá la información actualizada sobre el estado de su solicitud y si ya se ha tramitado o si se ha devuelto para solicitar más información.

Si su solicitud se aprueba, recibirá una carta de bienvenida en la dirección postal enviada en su solicitud con instrucciones sobre cómo solicitar un PIN para el Portal.

El próximo paso es crear una cuenta en el Portal:

- Visite forwardhealth.wi.gov.
- Haga clic en el enlace de **Login** (Inicio de sesión).
- En la parte inferior del cuadro para registrarse, haga clic en **Logging in for the First Time?** (¿Inicia sesión por primera vez?) e ingrese el ID de inicio de sesión y el PIN proporcionado en la carta del PIN.

Si ForwardHealth necesita documentación adicional para tramitar la solicitud, esta se le devolverá. Recibirá una carta donde se le indicará qué se necesita. Deberá responder por correo en un plazo de 30 días hábiles.

Si se rechaza la solicitud, recibirá una carta con el motivo del rechazo.