

Los pasos que debe seguir un patrocinador del CACFP para acceder a CIPS

PASO 1

Completar el formulario "Autorización para la creación de una cuenta de Health Commerce System en línea" (CACFP-179)

PASO 2

Completar el formulario "Solicitud de cuenta para HCS" (DOH-5039es)

PASO 3

Enviar por correo los formularios completados, desde el paso 1 al 2, a:

NYSDOH Child & Adult Care Food Program – CIPS
150 Broadway FL6W Room 650
Albany, NY 12204

PASO 4

HCS enviará por correo electrónico los formularios de solicitud
ENVIAR POR CORREO LOS FORMULARIOS COMPLETADOS Y FIRMADOS A HCS

PASO 5

HCS enviará un número de PIN al titular de cada cuenta para activar su cuenta HCS

PASO 6

Informar a CACFP cuando las cuentas HCS estén activadas.
Esto lo deben hacer el Director de HCS o el Coordinador de HCS

Enviar un correo electrónico a:
CACFPFISCAL@health.state.ny.us

PASO 7

CACFP activará cada cuenta CIPS.

¡FELICITACIONES!

¡Ya puede empezar a usar CIPS!

Pasos que debe seguir un Patrocinador del CACFP para acceder a CIPS

Paso 1. Completar el formulario "Autorización para la creación de una cuenta de HCS en línea" (CACFP-179es)

Completar la "Autorización para la creación de una cuenta de HCS en línea", adjunta. El Presidente de la Junta Directiva o equivalente (organización sin fines de lucro) o el Propietario (organización con fines de lucro) deben firmar la parte de arriba de este formulario. Esta persona luego designará a miembros del personal que HCS denominará en lo sucesivo "Director" y "Coordinador" de la organización. No es necesario que el Director de HCS sea el director de su organización.

Según lo define HCS, el **Director** establece una obligación vinculante con el NYSDOH y acepta cumplir con todas las políticas y procedimientos para acceder y usar los datos e información que aparecen en la red de HCS. El **Coordinador de HCS** mantiene las cuentas de usuario de la organización y la información de contacto. Las responsabilidades del coordinador de HCS incluyen solicitar nuevas cuentas de usuario, informar al NYSDOH cuando los usuarios abandonen la organización, y agregar nuevos administradores de la organización o coordinadores adicionales al sistema. El coordinador de HCS será el punto de contacto principal con respecto al acceso a HCS. El coordinador también tendrá acceso a la página del Coordinador de HCS en el sitio web de HCS para agregar usuarios adicionales a la organización. Una organización puede tener más de un coordinador de HCS. CACFP recomienda que por lo menos uno de los coordinadores de la organización sea Administrador Patrocinador de CACFP.

Paso 2. Completar el formulario "Solicitud de cuenta para HCS" (CACFP-5039es)

Tenga en cuenta que: Si el Director o el Coordinador ya tienen una Cuenta HCS, debe indicar el ID de usuario HCS en el espacio provisto en el formulario de Solicitud de Cuenta. Esta información es necesaria para evitar la duplicación de la cuenta. Se deben completar los pasos 3 al 6 aunque ya exista una cuenta HCS.

Paso 3. Enviar por correo los formularios completados, desde el paso 1 al 2, a CACFP.

Enviar por correo la copia firmada original del formulario de Autorización para crear una cuenta HCS en línea (CACFP-179) y el formulario de Solicitud de Cuenta para HCS (DOH-5039es) a:

NYSDOH DON Child & Adult Care Food Program – CIPS
150 Broadway FL6W Room 650
Albany, NY 12204

Una vez que CACFP reciba esta información, solicitaremos que HCS establezca las cuentas HCS para el Director y el Coordinador de su organización.

Además, enviaremos por correo electrónico un manual de capacitación CIPS a cada coordinador de HCS.

Paso 4. HCS envía por correo electrónico formularios de solicitud para el Director y el(los) Coordinador(es) de HCS

HCS enviará por correo electrónico un formulario de solicitud (en el que se incluirá la información que usted suministró) para cada solicitud de cuenta HCS. Siga todas las instrucciones que proporciona HCS de la siguiente manera:

- Formulario(s) impreso(s)
- Notarizar **todas las firmas**
- El Director debe firmar su propio formulario, así como el formulario de cada coordinador
- **Enviar por correo** la copia firmada original de estos formularios a HCS a la dirección que aparece en el correo electrónico
- Guardar una copia para activar la cuenta

Paso 5. HCS enviará un número de PIN al titular de cada cuenta para activar su cuenta HCS

Aproximadamente 2 semanas después, se notificará al Director y al(los) Coordinador(es) de HCS que se han procesado sus solicitudes de cuenta. Se enviará por correo a cada titular de la cuenta un PIN e instrucciones de activación. Siga las instrucciones que se incluyen en la carta. Si tiene cualquier dificultad para activar la cuenta, llame a la oficina de ayuda técnica de gestión de cuenta de HCS Commerce al 1-866-529-1890 para obtener asistencia.

Los titulares de la cuenta HCS recibirán periódicamente correos electrónicos de HCS para confirmar que la información de la cuenta está actualizada. Se enviarán mensajes para actualizar las contraseñas cada 60 días. Es importante que los titulares de la cuenta HCS ingresen al sitio de vez en cuando, ya que las cuentas que no se utilicen por un período de cinco meses serán desactivadas.

Paso 6. Notificar a CACFP cuando sus cuentas HCS estén activadas (esto lo deben hacer el Director o el Coordinador de HCS.)

Enviar un correo electrónico a CACFPFISCAL@health.state.ny.us una vez que ha activado su cuenta HCS.

Paso 7. CACFP activará cada cuenta CIPS.

No podrá usar CIPS hasta que esta acción no se haya realizado.

¡Felicitaciones!

¡Ya puede empezar a usar CIPS!



AUTORIZACIÓN
para la creación de una cuenta de Health Commerce System (HCS) en línea

Complete este formulario para iniciar el proceso de obtención de una cuenta HCS para acceder a la solicitud de reclamos del CACFP basada en la web.

SECCIÓN 1 (debe ser firmado por el Presidente de la Junta Directiva o el propietario)

En representación de _____
Nombre de la organización

Por el presente autorizo a las personas que se designan en la Sección 2 a continuación para que asuman responsabilidad de asignar acceso seguro a otros integrantes del personal, evaluar la capacidad del personal de ingresar información correctamente, asegurando que el acceso a la cuenta HCS se utilice solamente para los fines autorizados y protegiendo la información de modificación o destrucción.

Firma original _____

Nombre en letra de imprenta _____

Cargo _____ Fecha _____

SECCIÓN 2

DIRECTOR DE HCS

El Director de HCS establece una obligación vinculante con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para acceder a HCS y cumplir con las políticas y procedimientos para usar la información que se incluye en la red HCS. El Director de HCS tiene el más alto nivel de seguridad para la organización y puede actuar como el coordinador de HCS O BIEN puede designar a uno o más integrantes del personal para ese cargo.

Firma original _____

Nombre en letra de imprenta _____

Cargo _____ Fecha _____

COORDINADOR DE HCS

El coordinador de HCS es responsable de manejar las cuentas de usuario de la organización, incluso solicitar nuevas cuentas, informar a NYSDOH cuando los usuarios abandonen la organización, y agregar coordinadores adicionales al sistema. El coordinador es el principal punto de contacto con respecto al acceso a HCS.

Firma original _____

Nombre en letra de imprenta _____

Cargo _____ Fecha _____

Para la autorización de coordinadores adicionales, haga una fotocopia de esta página, complete la Sección 1 de cada página y deje en blanco la sección de Director de HCS en las páginas subsiguientes.



SOLICITUD DE CUENTA PARA HCS

DIRECTOR (uno por organización)

Primer nombre completo:	
Segundo nombre completo:	
Apellido completo:	
Mes de nacimiento:	Día de nacimiento:
Cargo:	
Dirección del trabajo:	
Número de teléfono de la oficina/ext.:	Fax de la oficina:
Dirección de correo electrónico:	
ID de Health Commerce System del NYSDOH (si existe uno):	
Fecha en que se completó:	

COORDINADOR (uno o más por organización)

Primer nombre completo:	
Segundo nombre completo:	
Apellido completo:	
Mes de nacimiento:	Día de nacimiento:
Nombre del Director de HCS (de arriba):	
Dirección del trabajo:	
Número de teléfono de la oficina/ext.:	Fax de la oficina:
Dirección de correo electrónico:	
ID de Health Commerce System del NYSDOH (si existe uno):	
Fecha en que se completó:	

Enviar por correo a:

NYSDOH Child & Adult Care Food Program, 150 Broadway FL6W Rm 650, Albany, NY 12204

Para uso exclusivo de la oficina: Solicitud enviada a HCS por Fecha _____
--