

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
ACUERDO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES**

NÚMERO DEL PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)

1. Asistí a la orientación que se requiere para proveedores de IHSS y entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:
 - Me dieron información sobre lo que significa ser un proveedor en el programa de IHSS.
 - Me informaron de mis responsabilidades como un proveedor de IHSS.
 - Me informaron acerca de las consecuencias de cometer fraude en el programa de IHSS.
 - Me dieron el número de teléfono sin costo de la línea de información de fraude de Medi-Cal (programa de Asistencia Médica de California), 1-800-822-6222 y el sitio web, <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> para reportar la sospecha de fraude o abuso en el programa de IHSS.
2. Entiendo los siguientes requisitos para el reporte de horas trabajadas:
 - El programa de IHSS solo puede pagarme por las horas que yo trabajé proporcionando servicios autorizados para el beneficiario que informo en mi reporte de horas trabajadas.
 - Al firmar mi reporte de horas trabajadas, estoy diciendo que la información que reporté es verdadera y correcta.
 - Cada vez que envío un reporte de horas trabajadas, ya sea en papel o electrónicamente, debe completarse y presentarse dentro de las dos semanas posteriores al final de cada período de pago. Si el reporte de horas trabajadas se completa y se envía correctamente a tiempo, me pagarán dentro de los 10 días a partir del día en que es recibido por el lugar de procesamiento de reportes de horas trabajadas. Si el reporte de horas trabajadas no se envía dentro de las dos semanas posteriores al final del período de pago, mi pago se retrasará.
 - No puedo firmar mi reporte de horas trabajadas para el beneficiario ni aprobar mi reporte de horas trabajadas electrónicamente (incluso si el beneficiario comparte su nombre de usuario y contraseña del Portal de Servicios Electrónicos (ESP) o el código de acceso del Sistema de Reportes de Horas Trabajadas por Teléfono (TTS) a menos que yo sea el representante legal del beneficiario (tutor legal designado por el tribunal o tutor o padre de un beneficiario menor) y un formulario de Designación de Representante Autorizado (SOC 839) de IHSS, parte C que haya sido enviado al Condado.
 - No puedo firmar el reporte de horas de otro proveedor para el beneficiario o aprobar electrónicamente el reporte de horas de otro proveedor (incluso si el beneficiario comparte su nombre de usuario y contraseña de ESP o código de acceso TTS conmigo) a menos que sea el representante legal del beneficiario (tutor legal designado por el tribunal o tutor o padre de un beneficiario menor) he sido designado como signatario del reporte de horas trabajadas del beneficiario a través de la presentación de un formulario Parte C del SOC 839, completado para el Condado.

NÚMERO DEL PROVEEDOR

- La aprobación de un reporte de horas trabajadas, ya sea en papel o electrónicamente, en nombre del beneficiario cuando no esté autorizado a hacerlo como se especificó anteriormente puede ser considerado fraude, lo que puede resultar en cargos criminales que se presentan en mi contra. Es mi responsabilidad personal confirmar que la Parte C del formulario SOC 839, ha sido debidamente completada y enviada al Condado antes de que yo firme o apruebe cualquier reporte de horas trabajadas en nombre del beneficiario.
 - Proporcionar información falsa en mi reporte de horas trabajadas es un delito y puede resultar en un proceso penal.
 - Si me condenan por reportar fraudulentamente información en mi reporte de horas trabajadas, además de cualquier programa o sanciones penales, es posible que deba pagar cualquier pago en exceso que recibí y pagar multas civiles de al menos \$500, y no más de \$1,000, por cada acto de fraude.
3. Entiendo que estoy obligado a completar el formulario de Verificación de Empleo y Elegibilidad (Formulario I-9), que el beneficiario mantiene en el expediente. Ese formulario establece que tengo el derecho legal de trabajar en los Estados Unidos.
 4. Entiendo que tengo la opción de presentar el formulario para la retención de los impuestos sobre los ingresos (Formulario W-4) para solicitar la retención de impuestos federales y/o la Certificación de Retención de impuestos permitidos del Empleado de California (Formulario DE 4) para solicitar la retención de impuestos estatales de mi salario. Entiendo que si no presento el Formulario W-4 y/o DE 4, declaración de impuestos sobre los ingresos federales y estatales sobre la renta no serán retenidos de mis salarios.
 5. Entiendo que recibiré la Notificación del Programa IHSS de Horas y Servicios Autorizados por el Beneficiario y Horas Semanales Máximas (SOC 2271), que nombra a mi(s) beneficiario(s) y los servicios que estoy autorizado a realizar para cada beneficiario al que proporcionó servicios.
 6. Recibí información sobre los requisitos máximos de hora semanal y tiempo de viaje y entiendo lo siguiente:
 - Recibiré horas extras pagadas si trabajo más de 40 horas en una semana laboral. La semana laboral comienza a las 12:00 am (medianoche) del domingo y termina a las 11:59 pm del sábado siguiente.

NÚMERO DEL PROVEEDOR

- Si trabajo para un solo beneficiario, solo puedo trabajar hasta las horas semanales máximas para mi beneficiario cada semana laboral a menos que ajustemos mis horas para equilibrar las horas extras que trabajé durante la semana laboral, trabajando menos horas en otra semana del mes para evitar exceder las horas mensuales autorizadas de mi beneficiario. Si estas horas adicionales me harían trabajar más de 40 horas en la semana laboral o recibir más horas extras en el mes de lo que lo haría en un mes normal, el beneficiario debe obtener la aprobación del Condado antes de que yo pueda trabajar las horas adicionales.
- Si envió un reporte de horas trabajadas que supera el máximo de horas semanales y me hace reclamar más horas extras de las que normalmente reclamaría durante una semana laboral sin autorización del Condado, recibiré una infracción.
- Si trabajo para más de un beneficiario, el número máximo de horas que puedo trabajar en una semana laboral para todos mis beneficiarios combinados es de 66 horas. Si uno de mis beneficiarios me pide que trabaje horas adicionales que me harían trabajar más de mis 66 horas semanales máximas, debo rechazar o reducir las horas que trabajo para otro beneficiario para no trabajar más de 66 horas en la semana laboral.
- Si trabajo para más de un beneficiario en el mismo día, se me puede pagar por el tiempo de viaje que paso viajando directamente desde un lugar donde proporciono servicios autorizados a un beneficiario a otro lugar donde proporciono servicios autorizados para un diferente beneficiario. Este tiempo de viaje no se contará como parte de mis horas semanales máximas.
- La cantidad máxima de tiempo que puedo reclamar para traslado durante una semana laboral es de siete horas.
- Si envió un reporte de horas trabajadas en el que reclamo más de siete horas de traslado en una semana laboral, recibiré una infracción.
- Si reclamo más horas de tiempo de traslado en mi reporte de horas trabajadas de las que establecí en el Acuerdo de Trabajo de La Semana Laboral y Tiempo de Viaje del Proveedor del Programa IHSS (SOC 2255), el Condado puede pedirme que proporcione documentación de este traslado adicional. Si no puedo, el tiempo de viaje adicional reclamado puede considerarse un pago en exceso y/o puede resultar en una referencia por fraude.
- Habrá una consecuencia por cada infracción que yo reciba:

NÚMERO DEL PROVEEDOR

Primera infracción	<ul style="list-style-type: none"> • Recibiré una notificación de advertencia por escrito del Condado con información sobre cómo solicitar una revisión del Condado.
Segunda infracción	<ul style="list-style-type: none"> • Recibiré un aviso de la segunda infracción con información sobre cómo solicitar una revisión del Condado. Con el segundo aviso de infracción, tendré la opción de revisar los materiales de instrucción sobre la semana laboral y los límites de tiempo de traslado y firmar y enviar un aviso de certificación a la oficina de IHSS del Condado. Si elijo completar esta evaluación y enviar el aviso, evitaré obtener una segunda infracción. Sin embargo, si elijo no completar la revisión y enviar el aviso dentro de los 14 días calendario de la fecha de mi aviso, <u>recibiré</u> un aviso confirmando mi segunda infracción.
Tercera infracción	<ul style="list-style-type: none"> • Recibiré un aviso de la tercera violación con información sobre cómo solicitar una revisión del Condado. • Si mi solicitud de revisión del Condado es denegada, recibiré información sobre cómo solicitar una revisión administrativa estatal de la infracción. • Me <u>suspenderán</u> como proveedor con el programa de IHSS durante <u>90 días</u>.
Cuarta infracción	<ul style="list-style-type: none"> • Recibiré un aviso de la cuarta infracción con información sobre cómo solicitar una revisión del Condado. • Si mi solicitud de revisión del Condado es denegada, recibiré información sobre cómo solicitar una revisión administrativa estatal de la infracción. • Se determinará que <u>no soy elegible</u> como proveedor con el programa de IHSS por <u>un año</u>.

- Si se determina que no soy elegible para trabajar como proveedor de IHSS porque recibo una cuarta infracción, puedo volver a solicitar para ser un proveedor de IHSS cuando termine el año de inelegibilidad. Tendré que completar todos los requisitos de inscripción del proveedor de nuevo, incluyendo la verificación de antecedentes penales, la orientación del proveedor y completar todos los formularios requeridos antes de que pueda ser restablecido.

NÚMERO DEL PROVEEDOR

7. Entiendo que seré elegible para ganar y usar el pago por ausencia debido a enfermedad una vez que haya completado los requisitos de elegibilidad. Mi ausencia por enfermedad pagada puede usarse por tiempo libre cuando estoy enfermo o tengo una cita médica o cuando un miembro de la familia está enfermo o tiene una cita médica.
8. Entiendo que, si mi beneficiario tiene una parte del costo de Medi-Cal, él /ella será responsable de pagar esta cantidad a mí directamente como parte de mi salario y no se incluirá en mi cheque de pago.
9. Entiendo que soy un "informante por mandato". Esto significa que estoy obligado por ley a reportar cualquier abuso o negligencia que yo observe mientras trabajo. El abuso puede ser de:
 - un anciano o adulto dependiente que debe ser reportado a los Servicios de Protección para Adultos del Condado inmediatamente o tan pronto como sea posible, según lo requiera el Código de Bienestar e Instituciones 15630(b)(1), o
 - un niño que debe ser reportado a los Servicios de Protección Infantil del Condado dentro de las 36 horas de recibir la información, según lo requerido por el Código Penal 11166(a).El abuso podría ser del beneficiario al que le proporciono servicios, alguna otra persona en la casa del beneficiario o de cualquier otra persona.
10. Entiendo que la sección 6253.2 del Código de Gobierno requiere que mi nombre, dirección, números de teléfono residencial y celular, y dirección de correo electrónico personal se dan a la organización laboral local para que puedan ponerse en contacto conmigo para invitarme a unirse al sindicato.
11. Entiendo que no se me pagará por realizar servicios autorizados de IHSS cuando mi beneficiario esté fuera de su casa (en un hospital de cuidados graves de corta duración, un centro de cuidado médico continuo, un centro de atención intermedia, un centro de atención comunitaria o un centro de hospedaje y cuidado). Si proporciono asistencia a mi beneficiario en cualquiera de estas instalaciones, está fuera de mi trabajo como proveedor de IHSS. Si reclamo horas de IHSS en un reporte de horas trabajadas para ese tiempo, se considerará fraudulento.
12. Cooperaré con el personal estatal o del condado para proporcionar información solicitada relacionada con la evaluación del caso de IHSS de un beneficiario.

NÚMERO DEL PROVEEDOR

ENTIENDO LAS REGLAS DEL PROGRAMA DE IHSS EXPLICADAS EN LA ORIENTACION DEL PROVEEDOR (QUE INCLUYE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO) Y LA INFORMACION PROPORCIONADA A MI POR LA OFICINA DE IHSS DEL CONDADO. ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE SEGUIR LA INFORMACION PROPORCIONADA POR EL CONDADO. ENTIENDO QUE MI FALTA DE SEGUIR LOS REQUISITOS PROPORCIONADOS A MI PUEDE RESULTAR EN MI TERMINACION COMO PROVEEDOR DE IHSS.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE IHSS

FECHA

NOMBRE DEL PROVEEDOR (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)