

برنامه خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)
معافیت اضافه‌کار ارائه‌کنندگان همخانه مراقبت خانواده

نام ارائه‌کننده:

بخش A: الزامات ارائه‌کننده

از 1 فوریه 2016، قانون ایالتی (قانون رفاه و مؤسسات، بخش 12300.4) حداکثر تعداد ساعات هفتگی که یک ارائه‌کننده خدمات IHSS یا خدمات واگذاری مراقبت شخصی (WPCS) می‌تواند در یک هفته کاری کار کند را محدود کرده است. یک ارائه‌کننده برنامه‌های IHSS/WPCS، در صورتی که بیش از 40 ساعت در هفته کار کند، اضافه‌کار دریافت خواهد کرد، اما ارائه‌کنندگان، در مجموع، نباید بیش از 66 ساعت در هفته برای دریافت‌کنندگان IHSS و WPCS کار کنند.

برنامه IHSS، در هفته کاری مشتمل بر حداکثر 66 ساعت، برای ارائه‌کنندگان IHSS یک معافیت مخصوص اعضای خانواده ایجاد کرده است که به آنان اجازه می‌دهد حداکثر تا 90 ساعت در هر هفته کاری و حداکثر تا 360 ساعت در هر ماه کار کنند. برای احراز صلاحیت برای این معافیت، باید در تاریخ 31 ژانویه 2016 یا پیش از آن، سه (3) شرط زیر را داشته باشید:

• باید به دو یا چند دریافت‌کننده خدمات IHSS ارائه کنید.

• باید در حال حاضر، با دریافت‌کننده‌ای که به او خدمات ارائه می‌کنید همخانه باشید.

• باید به‌عنوان والدین، پدرخوانده / مادرخوانده، والدین یا پدربزرگ / مادربزرگ کودک به فرزندی پذیرفته‌شده، یا قیم قانونی، از بستگان کسی باشید که به او خدمات IHSS ارائه می‌کنید.

با این معافیت، شما نمی‌توانید بیش از 90 ساعت در هر هفته کاری یا بیش از 360 ساعت در هر ماه کار کنید. چنانچه برای دریافت‌کننده‌تان تا این سقف کار کنید و دریافت‌کننده IHSS شما هنوز ساعات اضافی داشته باشد، باید یک ارائه‌کننده دیگر IHSS استخدام کند تا بقیه ساعات IHSS را توسط او پر کند.

لطفاً بخش B این فرم را پر کنید و به‌منظور سنجش اینکه سه (3) شرط بالا برای کسب صلاحیت برای معافیت به‌عنوان ارائه‌کننده همخانه مراقبت خانواده را دارا هستید، همه اطلاعات لازم را ارائه کنید.

شماره ارائه‌کننده _____

بخش B: اطلاعات ارائه‌کننده و دریافت‌کنندگان

دستورالعمل: شما باید اطلاعات زیر، در مورد نشانی محل سکونت و نشانی پستی‌تان را بنویسید و سپس جدول زیر، در مورد دریافت‌کنندگانی که به آنها خدمات ارائه می‌کنید، را تکمیل کنید.

1. نشانی محل سکونت شما: _____

2. نشانی پستی شما: _____

A		B	C
اطلاعات دریافت‌کننده		نسبت با دریافت‌کننده	آیا این دریافت‌کننده با شما در یک سکونتگاه زندگی می‌کند؟ لطفاً به صورت بله یا خیر جواب دهید.
نام	شماره پرونده		
1.		1.	1.
2.		2.	2.
3.		3.	3.
4.		4.	4.

شماره ارائه‌کننده

من اعلام می‌دارم که واجد همه الزامات برای کسب صلاحیت برخورداری از این معافیت هستم. علاوه بر این، اعلام می‌کنم همه اطلاعاتی که در این فرم ارائه کرده‌ام، تا آنجا که می‌دانم، درست و صحیح‌اند. من می‌فهمم که این اطلاعات هنگام ارزیابی مجدد دریافت‌کننده IHSS من مورد بررسی قرار خواهند گرفت تا مشخص شود که آیا هنوز واجد شرایط این معافیت هستم یا نه. من موافقت می‌کنم تا همه الزامات اضافه‌کاری ذیل این معافیت را رعایت کنم. چنانچه از سه (3) الزام این معافیت برخوردار نباشم، واجد شرایط این معافیت نخواهم بود و باید بلافاصله به شهرستان اطلاع بدهم. من می‌فهمم که در آن صورت مشمول محدودیت‌های فعلی در مورد سقف اضافه‌کاری خواهم بود.

امضای ارائه‌کننده:

تاریخ:

اسم نوشتاری ارائه‌کننده:

FOR STATE USE ONLY

STAFF NAME:

DATE:

NOTES: