

برنامه خدمات مرافبت - در خانه (IHSS)

فرم برنامه ثبت نام ارائه دهنده

**قبل از شروع تکمیل این فرم
اطلاعات زیر را به دقت مطالعه کنید**

تحت قانون ایالتی، اگر شما در 10 سال گذشته برای جرائم محروم کننده ذکر شده زیر محکوم و یا زندانی شده اید، شما واجد شرایط برای ثبت نام در برنامه IHSS برای ارائه خدمات حمایتی نیستید، جرائم محروم کننده به دو گروه ذکر شده در زیر تقسیم می شوند.

• **گروه 1 جرائم، بر اساس قانون - رفاه و موسسات کد (W&IC) بخش 12305.81، به شرح زیر هستند:**

1. سوء استفاده مشخص از کودک (قانون مجازات [PC] بخش *273a[a])،
2. سوء استفاده از شخص مسن یا بزرگسال وابسته (PC، بخش *368)، و
3. تقلب بر علیه برنامه مراقبت های بهداشتی دولت یا برنامه خدمات حمایتی.

گروه 2 جرائم، بر اساس قانون W&IC بخش 12305.87، به شرح زیر هستند:

1. خشونت شدید یا جرم سنگین، که در قانون مجازات PC بخش *667.5(c) و PC بخش *1192.7(c)، مشخصاً عنوان شده، و
2. جرم و تبهکاری که شخص را موظف به ثبت نام بعنوان مجرم جنسی کند، قانون مجازات PC بخش *290(c) و
3. جرم و تبهکاری بر علیه برنامه اداره خدمات عمومی، طبق قانون مجازات W&IC بخش *10980(c)(2) و *2(g).

فهرست کامل جرائم گروه 2 در دفتر IHSS کانتی در دسترس شماست و یا می توانید آن را از مقامات دولتی IHSS تقاضا کنید.

* برای متن قوانین مجازات PC و بخش های W&IC به فرم SOC 426C مراجعه کنید.

به عنوان بخشی از ثبت نام برای ارائه دهنده خدمات IHSS، شما باید برای بررسی سوء سابقه جنایی بوسیله وزارت دادگستری کالیفرنیا انگشت نگاری شود.

- اگر نتیجه پاسخ به این فرم و یا بررسی سوء سابقه جنایی اثبات کند که شما برای یکی از جرائم گروه 1 یا گروه 2 در عرض 10 سال گذشته محکوم، و یا زندانی شده اید، شما برای ثبت نام به عنوان ارائه دهنده خدمات IHSS یا دریافت پول برای ارائه خدمات حمایت IHSS واجد شرایط نیستید.

- اگر جرائم گروه 2، اگر شما گواهی نامه احیای اعتبار یا طبق (قانون مجازات PC بخش 1203.4 انفصال محکومیت) را ارائه کنید، در این صورت این محکومیت باعث نخواهد شد که شما به عنوان ارائه دهنده خدمات IHSS واجد شرایط نباشید.

- اگر محکومیت شما از جرائم گروه 2 باشد، ممکن است شما واجد شرایط برای استفاده از اعراض شخصی و یا استثناء عمومی تحت شرایط مخصوص و معینی که در زیر توضیح داده شده است واجد شرایط باشید.

- **برای محکومیت های گروه 1 اعراض و یا استثناء وجود ندارد.**

برنامه خدمات مراقبت در - خانه (IHSS) فرم ثبت نام ارائه دهنده خدمات

**قبل از شروع به تکمیل این فرم بدقت به ادامه خواندن
مطالب زیر ادامه دهید**

اعراض شخص برای محکومیت محروم کننده از گروه 2

اگر شما برای ارتکاب جرمی از گروه 2 واجد شرایط نباشید ولی دریافت کننده خدمات حمایتی IHSS (او یا نماینده مجاز او) می خواهید علی رقم محکومیت جنائی شما، شما را استخدام کند به عنوان مراقبت دهنده، شما می توانید به شرح زیر اعراض فراهم کنید:

- دریافت کننده خدمات حمایتی IHSS (یا نماینده مجاز او) که مایل است شما را استخدام کند از جرمی که باعث محکومیت شما شده مطلع خواهند شد و به آنها گفته خواهد شد که این اطلاعات را محرمانه نگاه دارند.
- دریافت کننده خدمات حمایتی و (یا نماینده مجاز او) که میخواهند شما را استخدام کنند باید فرم درخواست دریافت کننده خدمات حمایتی IHSS برای اعراض ارائه دهنده (SOC 862) را باید به اداره IHSS کانتی و یا مقامات دولتی IHSS ارائه دهند.
- اعراض به شما اجازه خواهد داد که شما در برنامه خدمات حمایتی فقط برای دریافت کننده خدماتی که در خواست اعراض و فقط در همان کانتی برای شما کرده است ثبت نام کنید.
- اگر شما، به عنوان ارائه دهنده، همچنین نماینده مجاز دریافت کنندگان هستید، شما امکان پذیر نیست که برای چشم پوشی از طرف گیرنده به چشم پوشیدن از جنایات که برای آن شما محکوم شده اند امضاء کنید. در این مورد، چشم پوشی یا باید به طور مستقیم توسط دریافت کننده امضا شود و یا، در صورتی که امکان پذیر نیست، فرد دیگری باید نماینده مجاز برای اهداف امضای این چشم پوشی اعلام می شود.
- برای دریافت اطلاعات بیشتر در باره تقاضای اعراض، دریافت کننده خدمات IHSS که می خواهد شما را برای ارائه خدمات استخدام کند باید با اداره IHSS کانتی و یا مقامات دولتی IHSS تماس بگیرد.

استثناء عمومی برای محکومیت محروم کننده در جرائم گروه 2

اگر شما بر اساس سابقه محکومیت خود که در گروه 2 جرائم محروم کننده است واجد شرایط نیستید و می خواهید در فهرست ارائه دهندگان خدمات حمایتی ثبت نام کنید و یا ارائه دهنده خدمات برای دریافت کننده خدمات حمایتی باشید که تقاضای اعراض شخصی نکرده است.

- شما می توانید درخواست استثناء عمومی از محرومیت کنید با تکمیل درخواست نامه تقاضای ارائه دهنده IHSS فرم استثناء عمومی (SOC 863).
- برای حمایت از در خواست استثناء عمومی خود، شما مستلزم هستید تا اسناد لازم را ارائه کنید، مثلاً، سابقه کار، مراجع شخصی، و غیره.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در باره درخواست استثناء عمومی، با اداره IHSS کانتی یا مقامات دولتی IHSS تماس بگیرید.

برنامه خدمات مراقبت در - خانه (IHSS) فرم ثبت نام ارائه دهنده خدمات حمایتی

دستورالعمل ها:

- از خودکار با جوهر سیاه یا آبی استفاده کنید. اطلاعات را به وضوح درج کنید.
- این فرم را تکمیل، امضاء کرده و شخصاً به اداره و یا محل تعیین شده به وسیله کانتی بیاورید. اصل کارت شناسایی صادر شده توسط - دولت ایالت و یا فدرال و همچنان اصل کارت سوشیال سکيوریتی خود را هنگام تحویل این فرم همراه خود بیاورید.
- بخش A، را کاملاً تکمیل کنید، سوالات بخش B، را جواب دهید، بخش C را بخوانید و امضاء کنید.
- کانتی: (1) فرم را برای اطمینان از تکمیل بودن آن مرور خواهند کرد؛ (2) کارت شناسایی و سوشال سکيوریتی شما کپی خواهند کرد؛ و (3) یک کپی از فرم تکمیل شده را برای بایگانی به شما خواهند داد.
- هر تغییری در موارد گزارش شده در این فرم را باید در عرض (10) روز تقویمی به کانتی اطلاع دهید.

بخش A : اطلاعات ارائه دهنده

1. اسم کامل (اسم، اسم وسط، اسم فامیل):		2. تاریخ تولد:		3. جنسیت:	
		اگر شما زیر 18 سال هستید، شما باید جواز کار معتبر خود را با این فرم عرضه کنید.		<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	
4. نشانی منزل (باید نشانی حقیقی باشد، نه جعبه پستی*):		شهر:		ایالت:	
				کد پستی:	
5. نشانی پستی (اگر با نشانی منزل متفاوت است):		شهر:		ایالت:	
				کد پستی:	
6. شماره تلفن (با کد منطقه):		7. شماره سوشیال سکيوریتی **: .			
آدرس الکترونیکی E-Mail (اگر دارید):					
a.9. شماره گواهینامه رانندگی یا شماره کارت شناسایی صادر شده توسط دولت:		b. تاریخ انقضاء:			
		c. تاریخ صدور:			
a.10. زبان گفتاری اصلی:		b. زبان نوشتاری اصلی:			

یادداشت:

- * چک برای یک ارائه دهنده نمیتواند به یک P.O. Box از طریق پست فرستاده شود مگر اینکه شهرستان درخواست از ارائه دهنده را تایید کرده است.
- ** مجموعه ای از شماره امنیت اجتماعی به موجب W&IC 12305.81(a)، و اصلاح و کنترل قانون مهاجرت در سال 1986، قانون عمومی (8 USC 1324a) 99-603، به منظور تایید هویت و مجوز فرد به کار در ایالات متحده می باشد مورد نیاز است.

← به صفحه بعد بروید

برنامه خدمات مراقبت در - خانه (IHSS)

فرم ثبت نام ارائه دهنده خدمات

PROVIDER'S NAME:

بخش B: اقرار ارائه دهنده خدمات

سوالات زیر را با علامت گذاشتن در مربع مناسب پاسخ دهید:

1. در 10 سال گذشته، آیا شما -

a. بدلیل ارتکاب جرمی از گروه 1*

محکوم یا زندانی شده اید؟ بله خیر

b. بدلیل ارتکاب جرمی از گروه 2*

محکوم یا زندانی شده اید؟ بله خیر

* برای تعریف جرائم گروه 1 و گروه 2 به صفحه اول مراجعه کنید.

2. اگر جواب شما به سوال 1.b در قسمت بالا "بله" است، آیا شما دارای گواهی نامه احیای اعتبار و یا طبق (

قانون مجازات PC بخش 1203.4 (انفصال محکومیت) (حذف جرم طبق قانون) برای جرائم گروه 2

هستید؟ بله خیر

اگر جواب شما بله است، شما باید کپی گواهی نامه احیای اعتبار یا (حذف جرم طبق قانون) را همراه این فرم تکمیل شده به کانتی ارائه دهید.

بخش C: بیانیه ارائه دهنده خدمات

من درک می کنم و موافقت می کنم که-

- تا هنگامی که من تمام مراحل ثبت نام ارائه دهنده خدمات حمایتی IHSS را تکمیل نکرده و رسماً بوسیله کانتی به عنوان ارائه دهنده خدمات ثبت نام نشده باشم، من نمی توانم هیچ گونه وجهی برای ارائه خدمات به دریافت کننده واجد شرایط IHSS دریافت کنم.
- من 90 روز تقویمی از تاریخی که من برای اولین بار شروع به روند ثبت نام ارائه دهنده تا تکمیل تمام الزامات ثبت نام وقت دارم. اگر من تمام نیازهای ثبت نام را تا ظرف 90 روز تکمیل نکنم، من فاقد شرایط لازم به عنوان ارائه دهنده خدمات در برنامه IHSS تلقی خواهم شد و من نمی توانم توسط برنامه IHSS برای ارائه خدمات مجاز به یک دریافت کننده IHSS پرداخت شوم.
- به عنوان بخشی از روند ثبت نام برای ارائه دهنده خدمات، من باید انگشت نگاری شوم و سوء سابقه من بررسی شود. من مسئول پرداخت هزینه انگشت نگاری و بررسی سوء سابقه خود هستم.
- اگر از طریق پاسخ های من در این فرم و، یا بررسی سوء سابقه، یا از طریق دیگری، کشف شود، که طی 10 سال گذشته، من برای ارتکاب جرمی از گروه 1 جرائم محدود کننده محکوم و یا زندانی شده ام، من واجد شرایط برای ارائه خدمات حمایتی IHSS نمی باشم، دریافت کننده خدمات حمایتی که می خواست مرا استخدام کند از محکومیت کیفری و فاقد صلاحیت بودن من مطلع خواهد شد، ولی جزئیات آن مشخص نخواهد شد.

(IHSS) برنامه خدمات مراقبت در - خانه

فرم ثبت نام ارائه دهنده خدمات حمایتی

PROVIDER'S NAME:**بخش C: بیانیۀ ارائه دهنده خدمات (ادامه)****من درک می کنم و موافقت می کنم که -**

- اگر از طریق پاسخ های من در این فرم و، یا بررسی سوء سابقه، یا از طریق دیگری، کشف شود، که طی 10 سال گذشته، من برای ارتکاب جرمی از گروه 2 جرائم محدود کننده، محکوم و یا زندانی شده ام، و گواهی نامه احیای اعتبار یا انفصال محکومیت حذف جرم طبق قانون را ندارم-
- من برای ارائه دهنده خدمات حمایتی IHSS واجد شرط نخواهم بود، مگر اینکه دریافت کننده خدمات حمایتی IHSS که می خواهد مرا استخدام کند تقاضای اعراض شخص، یا من برای تقاضای استثناء عمومی کنم و تقاضای من پذیرفته شود؛ و یا
- جزئیات جرائم و محکومیت من به دریافت کننده خدمات حمایتی IHSS که می خواهد مرا استخدام کند داده خواهد شد، و به او گفته خواهد شد که او باید این اطلاعات را محرمانه نگاه دارد.

اگر من در برنامه IHSS بوسیله کانتی به عنوان ارائه دهنده خدمات حمایتی ثبت نام شده ام**من درک میکنم و موافق هستم که -**

- اگر شخصی که من برای او خدمات حمایتی ارائه می کنم، IHSS خود را از طریق برنامه Medi-Cal دریافت می کند، من ارائه دهنده خدمات مراقبت های شخصی Medi-Cal به حساب می آیم. بنابراین، من ملزم خواهم بود که با کل قوانین مربوط به ارائه دهنده خدمات Medi-Cal را همکاری کنم.
- پرداخت برای خدمات مجاز من ارائه به یک گیرنده IHSS از فدرال، ایالتی و / یا شهرستان بودجه IHSS خواهد بود و هر گونه سخن کذب ارائه دهم، از جمله نوشته نادرست در برنامه زمانی، و یا خودداری از ارائه اطلاعات ممکن است تحت پیگرد قانونی فدرال و / یا قوانین دولت قرار گیرم.
- من هر گونه پرداخت اضافی برنامه IHSS را که به من شخصاً و یا جمعاً اضافه پرداخت شده باشم، باز پرداخت خواهم کرد، ممکن است از چکهای پرداختی بعدی من به هر دریافت کننده خدمات حمایتی IHSS دیگری، ممکن است کسر شود.
- من خدمات حمایتی را بدون تبعیض نژادی، مذهبی، رنگ پوست، ملیت، منشأ قومی، جنسیت، سن، گرایش جنسی، یا معلولیت بدنی و یا روانی ارائه خواهم داد.

اینجانب، تحت قانون مجازات شهادت کاذب، اظهار می دارم که تمام اطلاعات ارائه شده در این فرم طبق آگاهی من درست می باشند، و من با تمام اظهارات ذکر شده در بالا موافق هستم.

امضاء

تاریخ:

اسم را درج کنید:

County Representative's Signature (Optional):

DATE: