

توافقتنامه ثبت نام ارائه دهنده برنامه
خدمات مراقبت از منزل (IHSS)

شماره ارائه دهنده

نام ارائه دهنده (نام، نام میانی، نام خانوادگی)

1. من در جلسه مورد نیاز ثبت نام آشنایی ارائه دهندگان IHSS شرکت کرده ام و موارد زیر را درک می کنم و موافقم:
 - برای ارائه دهنده بودن در برنامه IHSS به من اطلاعات داده شد.
 - به عنوان یک ارائه دهنده در برنامه IHSS به من اطلاعات داده شد.
 - من از عواقب ناشی از ارتکاب تقلب در برنامه IHSS مطلع شدم.
 - به من شماره تلفن رایگان تقلب Medi-Cal 1-800-822-6222 و همچنین تارنما یا وب سایت <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> برای گزارش تقلب یا سوء استفاده در برنامه IHSS داده شد.
2. من الزامات زیر را برای جداول زمانی درک می کنم:
 - برنامه IHSS فقط برای ساعاتی که من در جدول زمانی خود برای ارائه خدمات مجاز برای گیرنده خود گزارش داده ام پرداخت خواهد کرد.
 - با امضای جدول زمانی خود، من می گویم اطلاعاتی که من در آن گزارش کرده ام صحیح و درست است.
 - هر زمان که من یک جدول زمانی، اعم از کاغذی یا الکترونیکی ارائه می دهم، باید ظرف دو هفته پس از پایان هر دوره پرداخت، تکمیل و ارسال شود. اگر جدول زمانی به درستی تکمیل و به موقع ارسال شود، من ظرف 10 روز از روز دریافت شده توسط تسهیلات پردازش جدول زمانی پرداخت می شوم. اگر جدول زمانی در طی دو هفته پس از پایان دوره پرداخت ارسال نشود، پرداخت من به تاخیر می افتد.
 - من نمی توانم جدول زمانی خود را از طرف گیرنده امضاء کنم یا جدول زمانی خود را بصورت الکترونیکی تصویب کنم (حتی اگر گیرنده نام کاربری و رمز عبور پورتال خدمات الکترونیکی (ESP) یا رمز عبور سیستم جدول زمانی تلفنی (TTS) خود را با من به اشتراک بگذارد) مگر اینکه من نماینده قانونی گیرنده (سرپرست منصوب دادگاه یا محافظ یا والدین یک گیرنده زیر سن قانونی) باشم و قسمت C فرم نماینده مجاز تعیین شده IHSS (SOC 839) تکمیل شده به شهرستان ارسال شده است.
 - من نمی توانم جدول زمانی ارائه دهنده دیگری را از طرف گیرنده امضاء کنم یا جدول زمانی را بصورت الکترونیکی تصویب کنم (حتی اگر گیرنده نام کاربری و رمز عبور پورتال خدمات الکترونیکی (ESP) یا رمز عبور سیستم جدول زمانی تلفنی (TTS) را با من به اشتراک بگذارد) مگر اینکه من نماینده قانونی گیرنده (سرپرست منصوب دادگاه یا محافظ یا والدین یک گیرنده زیر سن قانونی) باشم یا من از طریق ارسال فرم تکمیل شده SOC 839، قسمت C به شهرستان، به عنوان امضاء کننده جدول زمانی گیرنده معرفی شده ام.

• تصویب جدول زمانی به نمایندگی از گیرنده، چه به صورت کاغذی و چه به صورت الکترونیکی، هنگامی که من مجاز به انجام چنین کاری نیستم، همانطور که در بالا مشخص شد، ممکن است تقلب محسوب شود، که می تواند منجر به مطرح شدن اتهامات کیفری علیه من شود. قبل از اینکه من یک جدول زمانی را از طرف گیرنده امضاء یا تصویب کنم، این مسئولیت شخصی من است که تصدیق کنم که قسمت C فرم SOC 839 به درستی تکمیل شده است و به شهرستان ارسال شده است.

• ارائه اطلاعات نادرست در جدول زمانی من یک جرم است و ممکن است منجر به پیگرد قانونی شود.
 • اگر به جرم تقلب در گزارش دادن جدول زمانی خود محکوم شوم، علاوه بر هرگونه برنامه یا مجازات های کیفری، ممکن است ملزم به پرداخت هرگونه اضافه پرداختی که دریافت کرده ام و پرداخت جریمه های مدنی حداقل \$500 و نه بیشتر از \$1,000 برای هر عمل تقلب دریافت کنم.

3. من درک می کنم که من ملزم به تکمیل فرم تائید استخدام و واجد شرایط بودن (Form I-9) هستم که توسط گیرنده در پرونده نگهداری می شود. این فرم بیان می کند که من حق قانونی کار در ایالات متحده را دارم.

4. من درک می کنم که این گزینه را دارم که (فرم W-4) که نشانگر کمک هزینه صدور گواهینامه کارمند برای درخواست کسر مالیات بر درآمد فدرال و / یا کسر کمک هزینه صدور گواهینامه کارمند کالیفرنیا (فرم DE 4) به درخواست امتناع دولت مالیات بر درآمد از دستمزد من را ارائه دهم. من درک می کنم که اگر من فرم W-4 و / یا DE 4 ارائه ندهم، مالیات بر درآمد فدرال و ایالتی را از دستمزد من کسر نخواهد شد.

5. من درک می کنم که اخطار برنامه IHSS در مورد ساعات و خدمات مجاز دریافت کننده و حداکثر ساعات هفتگی (SOC 2271) را دریافت می کنم، که آن گیرنده (های) من و خدماتی را که من مجاز به انجام آنها برای هر گیرنده ای که من به آنها خدمات ارائه می دهم هستم را فهرست می کند.

6. من اطلاعات مربوط به حداکثر ساعات هفتگی و الزامات زمان سفر را دریافت کرده ام و موارد زیر را درک می کنم:

• اگر بیش از 40 ساعت در هفته کار کار کنم، اضافه کاری دریافت می کنم. هفته کار از ساعت 12:00 am (نیمه شب) یکشنبه آغاز می شود و ساعت 11:59 pm روز شنبه به پایان می رسد.

- اگر فقط برای یک گیرنده کار کنم، فقط می توانم تا حداکثر ساعات هفتگی گیرنده خود در هر هفته کاری کار کنم، مگر اینکه ساعاتم را تنظیم کنیم تا ساعات اضافی که در طول هفته کار کرده ام را با تعادل ساعاتی کمتر در هفته دیگر ماه انجام دهم تا بیش از ساعت مجاز ماهانه گیرنده من نباشد. اگر این ساعات اضافی باعث شود من بیش از 40 ساعت در هفته کاری یا نسبت به ماه عادی ساعات اضافه کاری بیشتری در ماه داشته باشم، قبل از این که من بتوانم ساعات اضافی را کار کنم، گیرنده باید تائید خود را از شهرستان دریافت کند.
- اگر من یک جدول زمانی ارائه بدهم که بدون مجوز از شهرستان بیش از حداکثر ساعت‌های هفتگی باشد و باعث شود زمان اضافه کاری بیش از آنچه که معمولاً طی یک هفته کار ادعا می کردم باشد، نقض دریافت می کنم.
- اگر برای بیش از یک گیرنده کار کنم، حداکثر تعداد ساعاتی که می توانم در یک هفته کاری برای کلیه گیرندگان کار کنم، 66 ساعت است. اگر یکی از گیرندگان از من بخواهد ساعات اضافی که باعث می شود بیش از حداکثر 66 ساعت هفتگی خود کار کنم، باید قبول نکنم یا ساعات کاری را برای گیرنده دیگر کاهش دهم تا بیش از 66 ساعت در هفته کار نکنم.
- اگر برای بیش از یک گیرنده در همان روز کار کنم، می توانم برای زمان مسافرت صرف شده برای سفر به طور مستقیم از یک مکان که در آن خدمات مجاز را به گیرنده ارائه می دهم، به مکان دیگری که خدمات مجاز را برای گیرنده مختلف ارائه می دهم پرداخت شوم. این زمان سفر به عنوان بخشی از حداکثر ساعات هفتگی من حساب نخواهد شد.
- حداکثر زمانی که می توانم در طول یک هفته کاری برای سفر درخواست کنم هفت ساعت است.
- اگر یک جدول زمانی ارسال کنم که بیش از هفت ساعت زمان سفر را در یک هفته کاری ادعا کنم، نقض دریافت می کنم.
- اگر من نسبت به آنچه که در توافق نامه هفته کاری و برنامه سفر ارائه دهنده برنامه IHSS (SOC 2255) ارائه داده ام، ساعات سفر بیشتری را مطالبه کنم، ممکن است از طرف شهرستان بخواهند مستندات این سفر اضافی را ارائه دهم. اگر نتوانم، زمان اضافی سفر ادعا شده ممکن است یک پرداخت بیش از حد و یا منجر به رجوع ثقلب در نظر گرفته شود.
- به ازای هر تخلفی که دریافت کنم، عاقبتی وجود خواهد داشت:

| | |
|--|-----------|
| <ul style="list-style-type: none"> • یک اخطار هشدار کتبی از شهرستان با اطلاعاتی درباره نحوه درخواست بررسی شهرستان دریافت خواهم کرد. | نقض اول |
| <ul style="list-style-type: none"> • یک اخطار برای دومین نقض با اطلاعاتی درباره نحوه درخواست بررسی شهرستان دریافت خواهم کرد. با اخطار نقض دوم، من می توانم انتخاب کنم تا مطالب آموزشی در مورد هفته کاری و محدودیت زمان سفر را مرور کرده و یک اعلامیه صدور گواهینامه را به دفتر IHSS شهرستان ارائه دهم. اما اگر تصمیم بگیرم بررسی را تکمیل نکنم و در 14 روز تقویم از تاریخ اخطار خود اطلاعیه را ارسال نکنم، اخطاری با تصدیق نقض دوم را دریافت خواهم کرد. | نقض دوم |
| <ul style="list-style-type: none"> • یک اخطار برای سومین نقض با اطلاعاتی درباره نحوه درخواست بررسی شهرستان دریافت خواهم کرد. • اگر درخواست بررسی شهرستان رد شود، من اطلاعاتی درباره نحوه درخواست بررسی اداری ایالت در مورد نقض، کسب خواهم کرد. • من به مدت <u>90 روز</u> به عنوان ارائه دهنده برنامه IHSS <u>به حالت تعلیق</u> خواهم شد. | نقض سوم |
| <ul style="list-style-type: none"> • یک اخطار برای چهارمین نقض با اطلاعاتی درباره نحوه درخواست بررسی شهرستان دریافت خواهم کرد. • اگر درخواست بررسی شهرستان رد شود، من اطلاعاتی درباره نحوه درخواست بررسی اداری ایالت در مورد نقض، کسب خواهم کرد. • من به مدت <u>یک سال</u> به عنوان ارائه دهنده برنامه IHSS <u>واجد شرایط نخواهم بود</u>. | نقض چهارم |

- اگر به علت دریافت چهارمین نقض، من فاقد شرایط لازم برای کار به عنوان ارائه دهنده IHSS مشخص شده باشم، می توانم دوباره پس از پایان یک سال عدم صلاحیت برای یک ارائه دهنده IHSS درخواست مجدد بدهم. قبل از قبول کردن بازگشت من، باید تمام شرایط ثبت نام ارائه دهنده از جمله بررسی سابقه کیفری، جلسه آشنایی ارائه دهنده و تکمیل کلیه فرم های مورد نیاز را دوباره تکمیل کنم.

7. من درک می کنم که پس از تکمیل الزامات شایستگی است که من می توانم مرخصی استعلاجی یا بیماری دریافت کرده و از آن استفاده کنم. مرخصی استعلاجی یا بیماری من در هنگام بیمار بودن، قرار ملاقات پزشکی، یا وقتی که یکی از اعضای خانواده من بیمار یا یک قرار ملاقات پزشکی داشته باشد قابل استفاده می باشد.
8. من درک می کنم که اگر گیرنده من سهم هزینه Medi-Cal داشته باشد وی مسئولیت پرداخت این مبلغ را مستقیماً به عنوان بخشی از دستمزد به من دارد و در چک های من درج نمی شود.
9. من درک می کنم که من یک "گزارشگر اجباری" هستم. این بدان معنی است که طبق قانون من موظف هستم هرگونه سوءاستفاده یا غفلی که هنگام کار مشاهده می کنم را گزارش کنم. سوء استفاده ممکن است از موارد زیر باشد:
- یک فرد مسن یا بزرگتر وابسته که باید فوراً یا در اسرع وقت ممکن به درخواست کد (1)(b) 15630 رفاه و مؤسسات به خدمات محافظت از بزرگسالان شهرستان گزارش شود، یا
 - کودکی که مطابق کد (a) 11166 قانون کیفری باید در طی 36 ساعت از دریافت اطلاعات به خدمات محافظت از کودکان شهرستان گزارش شود.
- سوء استفاده ممکن است مربوط به گیرنده ای که من به او خدمت می کنم، شخص دیگری در خانه گیرنده یا هر شخص دیگری باشد.
10. من درک می کنم که بخش کد دولت 6253.2 مستلزم آن است که نام، نشانی، شماره تلفن منزل و تلفن همراه، و آدرس ایمیل شخصی من به سازمان کارگری محلی داده شود تا آنها بتوانند با من تماس بگیرند تا من را به عضویت اتحادیه دعوت کنند.
11. من درک می کنم که هنگامی که گیرنده من از خانه خود دور باشد (در یک بیمارستان مراقبت بحرانی، یک مرکز پرستار ماهر، مرکز مراقبت های میانی، مرکز مراقبت عمومی، یا هیئت مدیره و مرکز مراقبت) من برای انجام خدمات مجاز IHSS پرداخت نمی شوم. اگر در هر یک از این تسهیلات به گیرنده خود کمک کنم، خارج از کار من به عنوان ارائه دهنده IHSS است. اگر من ساعت IHSS را برای آن ساعات در جدول زمانی مطالبه کنم، تقابل در نظر گرفته می شود.
12. من با کارمندان ایالتی یا شهرستان همکاری خواهم کرد تا اطلاعات درخواستی مربوط به ارزیابی پرونده گیرنده IHSS را ارائه دهم.

شماره ارائه دهنده

من قوانین توضیح داده شده در جلسه آشنایی برنامه IHSS (که شامل اطلاعات ارائه داده شده در این فرم می باشد) و اطلاعاتی که به من در اداره IHSS شهرستان داده شده است را درک می کنم. من این مسئولیت را قبول می کنم که اطلاعات ارائه داده شده توسط شهرستان را دنبال کنم. من درک می کنم که عدم توانایی من برای دنبال کردن الزامات ارائه شده به من ممکن است نتیجه به خاتمه ارائه دهنده IHSS بودن من شود.

تاریخ

امضاء ارائه دهنده IHSS

نام ارائه دهنده (نام نام میانی نام خانوادگی)