

ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ՀԱՄԱՐԸ

**ՏՆԱՅԻՆ ՕԺԱՆԴԱԿ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐ (IHSS)
ՏԱՆԸ ԲՆԱԿՎՈՂ ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԱՐՏԱԺԱՄԻ ԲԱՑԱՌՈՒԹՅՈՒՆ**

ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԱՆՈՒՆԸ.

Մաս A. ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ՊԱՀԱՆՁՆԵՐ

2016թ. փետրվարի 1-ից սկսած, նահանգի օրենքը (Վելֆերի և հիմնարկների օրենսգրքի բաժին 12300.4) սահմանափակում է շաբաթական առավելագույն ժամերի քանակը, որը IHSS/Անձնական խնամքի այլընտրանքային (Waiver Personal Care Services - WPCS) ծառայությունների խնամակալը կարող է աշխատել մեկ շաբաթվա ընթացքում: IHSS/WPCS ծրագրի խնամակալին կվճարվի արտաժամյա վարձատրություն, եթե նա աշխատում է շաբաթական 40 ժամից ավելի, սակայն խնամակալները չպետք է աշխատեն շաբաթական 66 ժամից ավելի IHSS և WPCS ստացողների համար միասին:

IHSS ծրագիրը ընտանիքի անդամներին ազատում է առավելագույնը 66 ժամ աշխատանքային շաբաթից, որը թույլ է տալիս IHSS խնամակալներին աշխատել շաբաթական ոչ ավելի, քան 90 ժամ և ոչ ավելի, քան ամսական 360 ժամ: Այս բացառությանն իրավասու լինելու համար դուք պետք է բավարարած լինեք հետևյալ երեք (3) պայմանները, նախքան 2016 թվականի հունվարի 31-ը.

- Դուք պետք է IHSS-ի ծառայություններ մատուցեք երկու կամ ավելի IHSS խնամք ստացողների:
- Ներկայումս դուք պետք է ապրեք նույն տանը, որտեղ գտնվում են IHSS խնամք ստացողները, որոնց ծառայություններ եք մատուցում:
- Դուք պետք է բարեկամական կապ ունենաք IHSS խնամք ստացողների հետ, որոնց ծառայություններ եք մատուցում, որպես նրա ծնող, խորթ ծնող, որդեգրող կամ տատիկ կամ պապիկ, կամ լինեք նրա օրինական խնամակալը:

Այս բացառությամբ դուք չեք կարող աշխատել շաբաթական 90 ժամից ավելի կամ ամսական 360 ժամից ավելի: Եթե դուք աշխատում եք ձեր խնամք ստացողների համար այս առավելագույն ժամերից ավելի և ձեր IHSS խնամք ստացողներին դեռ մնացել է IHSS-ի ժամ, ապա ձեր IHSS խնամք ստացողները պետք է վարձեն մեկ այլ IHSS-ի խնամակալ, որպեսզի նա աշխատի մնացած IHSS-ի ժամերը:

ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ՀԱՄԱՐԸ _____

Խնդրում ենք լրացնել այս ձևի **Մաս B** և տրամադրել բոլոր տեղեկությունները՝ որոնք հաստատում են, որ դուք բավարարում եք վերը նշված երեք (3) պահանջները, որպեսզի իբրև տանը բնակվող խնամակալ, իրավասու լինեք այս հարկային արտոնությանը:

Մաս B. ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԵՎ ԽՆԱՄՔ ՍՏԱՑՈՂԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ. Դուք պետք է լրացնեք ստորև բերված տեղեկատվությունը ձեր բնակության և փոստային հասցեների վերաբերյալ, այնուհետև լրացրեք ստորև բերված աղյուսակը այն խնամք ստացողների համար, որոնց ծառայություններ եք մատուցում:

1. Ձեր բնակության հասցեն. _____

2. Ձեր փոստային հասցեն. _____

A		B	C
Խնամք ստացողի տեղեկությունը		Խնամք ստացողի հետ բարեկամական կապը	Արդյո՞ք այս խնամք ստացողը ապրում է ձեզ հետ նույն տանը: Խնդրում ենք պատասխանել Այո կամ Ոչ:
Անունը	Գործի համարը		
1.		1.	1.

ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԳԱՄԱՐԸ _____

2.		2.	2.
3.		3.	3.
4.		4.	4.

Ես հայտարարում եմ, որ բավարարում եմ բոլոր պահանջները՝ այս բացառության իրավունք ստանալու համար: Ավելին, ես հայտարարում եմ, որ այս ձևաթղթում իմ ներկայացրած բոլոր տեղեկությունները ճշմարիտ են և ճիշտ՝ իմ իմացության չափով: Ես հասկանում եմ, որ այս տեղեկատվությունը կստուգվի իմ **IHSS** խնամք ստացողի վերազնահատման ժամանակ՝ որոշելու համար, թե արդյոք ես դեռևս իրավասու եմ այս բացառմանը: Ես համաձայն եմ այս բացառության ներքո կատարել արտաժամյա աշխատանքի բոլոր պահանջները: Եթե ես այլևս չբավարարեմ այս բացառության երեք (3) պահանջները, ես այլևս իրավասու չեմ լինի այս բացառման համար և ես պետք է անմիջապես տեղեկացնեմ վարչաշրջանին: Ես հասկանում եմ, որ այնուհետև կենթարկվեմ գործող արտաժամյա սահմանափակումներին:

ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ.	ԱՄՍԱԹԻՎԸ.
----------------------------	-----------

ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ՏՊԱԳՐՎԱԾ ԱՆՈՒՆԸ.

FOR STATE USE ONLY

STAFF NAME:	DATE:
-------------	-------

ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԳԱՄԱՐԸ _____

NOTES: