

ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (IHSS) ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄ

Չարգելի IHSS դիմող/ստացող կամ օրինական ներկայացուցիչ,

Այս ձևը թույլ է տալիս ձեզ՝ որպես IHSS-ի դիմող/ստացող կամ նրանց օրինական ներկայացուցիչ, ընտրել լիազոր ներկայացուցիչ IHSS ծրագրի համար: Լիազորված ներկայացուցիչը պատասխանատու է IHSS-ի ստացողի անունից հաղթել գալու և գործելու IHSS ծրագրի նպատակների համար: Այս ձևը նախատեսված է միայն IHSS ծրագրի համար:

Եթե դուք պատրաստվում եք ընտրել լիազոր ներկայացուցիչ, ահա մի քանի կարևոր տեղեկատվություններ IHSS ծրագրի կանոնների վերաբերյալ.

- Եթե դուք դիմողի/ստացողի օրինական ներկայացուցիչն եք, կարող եք ծառայել որպես նրա լիազոր ներկայացուցիչ՝ առանց սույն ձևը լրացնելու անհրաժեշտության: Սակայն, SOC 839A ձևը պետք է ներկայացվի օրինական ներկայացուցչի համար՝ ժամացուցակները կամ մատակարարին առնչվող այլ փաստաթղթեր (TPRD) լիազորելու և ստորագրելու համար: IHSS ծրագրի նպատակների համար օրինական ներկայացուցիչը դատարանի կողմից նշանակված չափահաս անձի ինսամակալն է կամ անչափահասի ծնողը/ ինսամակալը կամ օրինական լիազորված որոշում կայացնողը:
- Եթե ձեր լիազոր ներկայացուցիչը պատասխանատու է լինելու TPRD-ի ստորագրման համար, ապա դուք կամ ձեր օրինական ներկայացուցիչը պետք է ներկայացնի SOC 839A– *ժամացուցակների և մատակարարին առնչվող այլ փաստաթղթերը ստորագրող անձի նշանակում* ձևը՝ լիազորված ներկայացուցչին որպես TPRD ստորագրող նշանակելու համար: Սակայն, եթե ձեր մատակարարը նաև ձեր լիազոր ներկայացուցիչն է, ապա նա չի կարող ստորագրել իր սեփական TPRD-ն, բացառությամբ, եթե նա նաև հանդիսանում է ձեր օրինական ներկայացուցիչը:
- Դուք կամ ձեր օրինական ներկայացուցիչը կարող եք **ցանկացած ժամանակ** ընտրել նոր կամ լրացուցիչ IHSS լիազոր ներկայացուցիչ՝ լրացնելով նոր SOC 839 ձևը և ներկայացնել այն վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ:
- Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը պետք է լինի 18 տարեկան կամ ավելի մեծ:
- Դուք չեք կարող նշանակել որևէ անհատի, ով օրինական ներկայացուցիչ չէ, որպես լիազոր ներկայացուցիչ, եթե վերջին 10 տարվա ընթացքում նա դատապարտվել կամ ազատազրկվել է որոշակի հանցագործությունների համար:

Գոյություն ունեն բացառված հանցագործությունների երկու կատեգորիաներ՝

- **1-ին կարգի հանցագործություններն, ինչպես սահմանված է Բարոքության և հաստատությունների օրենսգրքի (WIC) 12305.81 բաժնում, ներառում են հետևյալը.**
 1. Երեխայի նկատմամբ հատուկ բռնության գործադրում (Քրեական օրենսգրքի [PC] բաժին 273a[a]);
 2. Տարեց կամ կախյալ չափահասի նկատմամբ բռնություն (PC բաժին 368); և
 3. Խարդախություն պետական առողջապահական կամ օժանդակ ծառայությունների ծրագրի դեմ:
- **2-րդ կարգի հանցագործությունները, ինչպես սահմանված է WIC 12305.87 բաժնում, ներառում են հետևյալը.**
 1. Բռնի կամ ծանր հանցագործություն, ինչպես նշված է PC-ի 667.5(c) և 1192.7(c) բաժիններում;
 2. Հանցանք, որի համար անձը պետք է գրանցվի որպես սեռական բնույթի իրավախախտող՝ համաձայն PC-ի 290(c) բաժնի, և
 3. Հանցագործություն ուղղված հանրային սոցիալական ծառայությունների ծրագրի դեմ՝ խարդախության համար, ինչպես սահմանված է WIC-ի 10980(c)(2) և 10980(g)(2) բաժիններում:

2-րդ կարգի հանցագործությունների ամբողջական ցուցակը կարող եք ձեռք բերել վարչաշրջանի IHSS գրասենյակից կամ IHSS Հանրային իշխանությունից՝ պահանջի դեպքում:

Այս ձևը չի նշանակում լիազոր ներկայացուցիչ նահանգային վարչական լուծման համար: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե ինչպես ընտրել լիազորվ ներկայացուցիչ, ով կներկայացնի ձեզ նահանգային վարչական լուծման ժամանակ, զանգահարեք նահանգային լուծման բաժին՝ 800-952-5253 հեռախոսահամարով:

- Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը կարող է կատարել այս ձևում նշված բոլոր առաջադրանքները: Սակայն, դուք դեռևս պատասխանատու եք վարչաշրջանին տրամադրելու բոլոր անհրաժեշտ տեղեկությունները ծրագրին իրավասու լինելու համար:
- Լիազորված ներկայացուցիչ ընտրությունը չի խանգարում ձեզ ակտիվորեն ներգրավվել ձեր խնամքի մեջ: **Վարչաշրջանի IHSS ծրագրի ներկայացուցիչից դեռ կպահանջվի անձամբ հանդիպել ձեզ հետ՝ որպես դիմող/ստացող, ձեր խնամքի և ծառայությունների հետ կապված հարցեր քննարկելու համար, չնայած լիազորված ներկայացուցիչը նույնպես կարող է ներկա գտնվել:**

Լիազորված ներկայացուցչի պարտականությունները

Ընտրելով լիազոր ներկայացուցիչ՝ դուք կամ ձեր օրինական ներկայացուցիչը համաձայնում եք, որ ձեր լիազորված ներկայացուցիչը կարող է գործել ձեր անունից IHSS ծրագրի համար: Այս ձևում նշված լիազորված ներկայացուցիչը պետք է գործի ձեր լավագույն շահերից ելնելով: Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը չի կարող գործել ձեր անունից կամ որոշումներ կայացնել ձեր փոխարեն, բացառությամբ IHSS ծրագրի նպատակների: Լիազորված ներկայացուցչի ընտրությունը չի բացառում, որ դուք մասնակցեք ձեր սեփական խնամքի կառավարմանը:

Ստորագրելով այս ձևը, դուք և ձեր օրինական ներկայացուցիչը նաև լիազորված ներկայացուցիչը համաձայնում եք, որ լիազորված ներկայացուցիչը կկատարի հետևյալ գործառնություններից մի քանիսը կամ բոլորը.

- Պլանավորել հարցազրույցներ և հանդիպումներ վարչաշրջանի IHSS ծրագրի աշխատակազմի հետ:
- Լրացնել և ներկայացնել դիմում հայտի ձևեր IHSS ծրագրի համար:
- Լրացնել և ներկայացնել ցանկացած լրացուցիչ ձև և/կամ տրամադրել ցանկացած անհրաժեշտ գրառում կամ տեղեկատվություն IHSS ծրագրի իրավունակության համար:
- Վարչաշրջանի IHSS ծրագրին 10 օրվա ընթացքում զեկուլցել/տեղեկացնել ձեր իրավասության հետ կապված ցանկացած փոփոխության մասին, օրինակ՝ ընտանիքի կազմը, հասցեն կամ հեռախոսահամարը, կամ երբ դուք տևից բացակայելու եք:
- Վարչաշրջանի IHSS ծրագրից ստանալ տեղեկատվություն ձեր դիմումի կարգավիճակի և/կամ շարունակական իրավասության, ներառյալ լիազորված ծառայությունների և աշխատանքային ժամերի վերաբերյալ:
- Աշխատանքի ընդունել և աշխատանքից ազատել IHSS մատակարար(ներ)ին և հաղորդել այդ տեղեկատվությունը վարչաշրջանի IHSS գրասենյակին կամ հանրային գործակալությանը:
- Տեղեկացնել ձեր մատակարար(ներ)ին, թե ինչպես տրամադրել/մատուցել IHSS ծառայություններ ձեզ համար:
- Վերանայել ձեր IHSS գործի ֆայլը:

Դուք և/կամ ձեր օրինական ներկայացուցիչը պետք է որոշեք, թե ինչ կանի և ինչ չի անի լիազորված ներկայացուցիչը և պատասխանատու եք այդ պարտականությունները լիազոր ներկայացուցչին փոխանցելու համար:

Լիազորված ներկայացուցիչ նշանակելու համար՝ լրացրեք այս ձևը և ներկայացրեք այն ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ: Դուք և այս ձևում նշված լիազոր ներկայացուցիչը պետք է ստորագրեք Մաս B-ն: Ձևը չի կարող գործընթացի մեջ դրվել, եթե որևէ տեղեկատվություն բացակայում է:

ՄԱՍ Ա. ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄ

Դիմողի/Ստացողի անունը/ազգանունը	IHSS գործի համարը	Ամսաթիվ
---------------------------------	-------------------	---------

Ով է լրացնում այս ձևը.

Ես վերը նշված IHSS դիմող/ստացողն եմ:

Ես դիմողի/ստացողի օրինական ներկայացուցիչն եմ: Խնդրում եմք նշել ձեր հարաբերությունը/կապը.

Օրինական պաշտպան (չափահասի համար)

Ծնող/խնամակալ/օրենքով լիազորված որոշում կայացնող անձ (անչափահաս երեխայի համար):

Որպես IHSS ծառայությունների դիմող/ստացող կամ նրանց օրինական ներկայացուցիչ՝ ես ստորև թվարկված անձին համաձայնություն եմ տալիս հանդես գալ որպես IHSS ծրագրի լիազորված ներկայացուցիչ:

Ես հասկանում եմ, որ ստորև նշված անհատը չի կարող լինել IHSS ծրագրի լիազորված ներկայացուցիչ, եթե վերջին 10 տարվա ընթացքում դատապարտվել է բացառված հանցագործության համար:

Խնդրում եմք տրամադրել հետևյալ տեղեկությունները լիազոր ներկայացուցիչ նշանակված անձի վերաբերյալ.

Լիազոր ներկայացուցչի անունը/ազգանունը		
Հասցե.		
Քաղաք.	Նահանգ.	Փոստային կոդ.
Էլ. փոստի հասցե.		Հեռախոսահամար.
Խոսակցական լեզուն.		

ՄԱՍ Ե. ԴԻՄՈՂԻ/ՍՏԱԳՈՂԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄԸ

Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևի բոլոր դրույթներին և պայմաններին: Ես նաև հաստատում եմ, որ այս ձևում ներկայացված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճշգրիտ:

Դիմողի/Ստացողի կամ լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը	Ամսաթիվ
Դիմողի/Ստացողի կամ լիազոր ներկայացուցչի տպատառ անունը/ազգանունը	
Նշանակված լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը	Ամսաթիվ

Վկայի կամ Նոտարի ստորագրությունն անհրաժեշտ է, եթե դիմողը/ստացողը ֆիզիկապես ի վիճակի չէ ստորագրել ձևը և ստորագրության բաժնում նշան է դնում: *Նշանակված լիազոր ներկայացուցիչը չի կարող հանդես գալ որպես վկա:*

Վկայի/Նոտարի անունը և ազգանունը	
Վկայի/Նոտարի ստորագրությունը	Ամսաթիվ