

가내 지원 서비스(IHSS) 프로그램
 제공자 주 근로시간 & 이동 시간 동의서

제공자 번호 _____

(다수의 수혜자에게 승인된 서비스를 제공하는 제공자 작성란)

제공자 이름:	제공자 번호:
---------	---------

A부. 주 근로시간 일정

제공자 요구조건:

- 주법(복지 및 기관법 조항 12300.4)에서는 IHSS 및 면제 개인 간호 서비스(WPCS) 프로그램에 있는 제공자가 IHSS 및 WPCS를 제공하는 주당 최대 근로 시간수를 초과해서 일하는 것을 허용하지 않습니다. 다수의 수혜자를 위해 일하는 제공자가 서비스를 제공할 수 있는 주 근로시간은 66시간으로 제한됩니다.
- 최대 주 근로시간에는 이 양식의 B 부에서 설명한대로 이동시간이 포함되지 않습니다. 주 근로시간은 일요일 12:00 a.m.(자정)에서 시작하여 돌아오는 토요일 11:59 p.m.에 끝납니다.
- 주법을 근거로 하여, 수혜자는 월 단위로 서비스를 승인 받으며, 주 단위로 그 서비스에 설정된 분량을 받지만 제한이 따릅니다. 당신의 각 수혜자가 매주 그리고 매월 받는 승인된 서비스 시간수가 어떻게 되는지 알리는 통지서를 받게 될 것입니다. 당신은 결코 수혜자를 위해 수혜자의 월 승인된 시간을 초과해서 일할 수 없습니다. 그러나, 어떤 상황에서는 수혜자의 주 승인된 시간을 초과해서 일할 수 있습니다. 수혜자는 그 또는 그녀의 매주 승인된 시간을 조정할 수 있으나, 그 조정으로 인해 당신이 수혜자를 위해 일한 시간이 제공자가 보통 일할 수 있는 것보다 그달에 많은 초과 근무 시간을 갖거나 어떤 주에 근로시간 40 시간(그/그녀가 일반적으로 한 주 근로시간 서비스에 40 시간 미만을 받는 것으로 승인되었을 때)을 초과하는 결과를 발생할 경우, 수혜자는 카운티의 승인을 받아야 합니다
- 다음과 같이 하는 것이 제공자로서 당신의 책임입니다:
 - 당신이 일해주는 모든 수혜자들에 대해 한 근로주간에 승인된 서비스를 제공하기 위해 일하는 시간을 모두 합해 총 66시간을 초과하지 않는지 확인하십시오.
 - 당신의 수혜자 중 어떤 사람에게 서비스를 제공하기 위해 당신이 일하는 시간이, 정확하게 조정된 시간이 아닌 이상, 수혜자의 주당 승인된 시간을 초과하지 않는지 확인하십시오.

- 만일 당신이 보통 승인된 분량을 초과해서 일하도록 하기 위해 당신의 수혜자 중 한 명이 자신의 주당 승인된 시간을 조정하는 경우, 반드시 당신이 그/그녀의 월 승인 시간을 초과해서 일하지 않도록, 또는 보통 일하는 것 이상으로 초과 근무를 하지 않도록, 이전 또는 나중 주간에 더 적은 시간을 근무하는지 확인하십시오.
- 만일 당신이 다음 중 어떤 방법으로든 주 근로시간 일정을 위반한 근무시간표를 제출하면, 당신은 위반을 받게 될 것입니다:
 - 만일 그/그녀가 주 근로시간에 승인된 시간이 40시간 이하일 경우, 당신이 수혜자를 위해 카운티 승인 없이 주 근로시간에 40시간을 초과해서 일함;
 - 카운티의 승인없이, 그/그녀가 주 근로시간에 승인된 시간 이상으로 수혜자를 위해 일하고, 그것이 당신이 보통 일하는 것 이상으로 그달에 초과 근무를 하게 한 원인이 됨;
 - 당신은 다수의 수혜자를 위해 일하며, 주 근로시간에 66 시간을 초과해서 일함; 당신이 7시간을 초과한 이동시간 청구함(이 동의서의 B 부 참조).
- 만일 위에 서술한 것 중 어떤 방법으로든 주 근로시간 일정을 위반할 경우, 다음과 같이 위반을 받게 될 것입니다:

첫 번째 위반	<ul style="list-style-type: none"> • 당신과 당신의 수혜자(들)은 항소 권리 정보와 함께 서면 위반 통지서를 받게 될 것입니다..
두 번째 위반	<ul style="list-style-type: none"> • 당신의 수혜자(들) 와 당신은 이 위반 통지서를 받게 될 것이며 당신은 주 근로시간 및 이동 시간 제한에 대한 일회성 교육을 완료할 것인지 선택하게 될 것입니다. 훈련을 완료하겠다고 선택하면, 당신은 두 번째 위반을 피하게 될 것입니다. • 만일 당신이통지일에서 달력으로 14일 이내 교육을 완료하지 않겠다고 선택하면, 당신은 항소 권리 정보와 함께 당신의 두 번째 위반 통지서를 받게 될 것입니다.
세 번째 위반	<ul style="list-style-type: none"> • 당신과 당신의 수혜자(들)은 항소 권리 정보와 함께 세 번째 위반에 대한 통지서를 받게 될 것입니다. • 당신은 IHSS 프로그램의 IHSS제공자로서 자격이 삼 개월 동안 정지될 것입니다.
네 번째 위반	<ul style="list-style-type: none"> • 당신과 당신의 수혜자(들)은 항소 권리 정보와 함께 네 번째 위반에 대한 통지서를 받을 것입니다. • 당신은 IHSS 프로그램의 IHSS 제공자로서 자격이 일 년간 종료될 것입니다.

제공자 번호 _____

지시사항: 주 근로시간 일정 계획을 도와 줄 아래의 도표를 작성 완료하십시오. 당신의 일정표는 당신이 일하고 있는 모든 수혜자에게 제공한 서비스를 포함시켜야 하며, 어떤 근로 주간이든 66시간을 초과해선 안됩니다. 당신은 수혜자 승인 시간 및 서비스에 대한 제공자 통지서(SOC 2271 양식)에 각 수혜자의 총 주당 최대 근로시간에 대해 별도의 통지를 받게 될 것입니다. 세 명 이상의 제공자가 있는 경우, 추가 용지를 첨부하십시오.

1. A 란에는, 승인된 IHSS 서비스를 제공하는 각 수혜자의 이름을 적으십시오.
2. B 란에는, A란에 기재된 각 수혜자의 케이스 번호를 적으십시오.
3. C란에는, A란에 기재된 각 수혜자어를 위해 일하기 시작한 시작 날짜를 적으십시오
4. D란에는, A란에 기재된 각 수혜자의 주소를 적으십시오
5. E란에는, A란에 기재된 각 수혜자에게 승인된 IHSS 서비스를 제공하는 일을 하거나 일할 예정인 일일 총 시간수를 적으십시오.(그 주의 매일에 대한)
6. F란에는, A란에 기재된 각 수혜자에게 승인된 IHSS 서비스를 제공하는 일을 하거나 일할 예정인 E란의 일일 총 시간수를 더하여 F란에 각 수혜자의 주당 총 시간수를 적으십시오.
7. F란 하단에, 매주 당신의 모든 수혜자에게 승인된 IHSS 서비스를 제공하는 일을 하거나 일할 예정인 총 시간수를 더하십시오.

A 수혜자의 이름	B 수혜자 케이스 #	C 시작 날짜:	D 수혜자의 주소			E 본인이 일을 하거나 일할 예정인 시간수							F 총 시간수	
			거리 주소	시	우편 코드	일.	월.	화.	수.	목.	금.	토.		
모든 수혜자에게 승인된 서비스를 제공하는 일을 하거나 일할 예정인 총 시간수:														

B부. 이동 시간**제공자 요구조건:**

- 같은 근로일에 두 명의 수혜자 모두에게 IHSS 서비스를 제공하기 위해 한 수혜자의 장소에서 또 다른 수혜자의 장소로 이동해 간다면, 당신은 이동 시간에 대한 지불을 받을 수 있으나, 그 시간은 주당 7시간을 초과할 수 없습니다. 이 7시간은 66시간에 추가됩니다.
- 그 이동 시간에 대한 지불을 받으려면, 당신은 중단없이 바로 한 수혜자의 장소에서 또 다른 수혜자의 장소로 이동해야 합니다. 예를 들어 당신이 주유소에서 차의 개스 탱크를 채우려고, 두 번째 수혜자의 장소로 이동하는 도중 잠깐 중지할 경우, 그래도 바로 이동하는 것으로 간주됩니다. 그러나, 당신이 개인 용무를 보기 위해 중지하거나 자신의 집으로 돌아갈 경우, 개인적인 용무로 중지함 없이, 서비스가 제공된 두 장소 사이를 왕래한 시간에 대해서만 지불 받을 것입니다.
- 주당 총 예상 이동시간이 7 시간을 초과하면, 당신의 이동시간을 7 시간 미만이 되게 작업 일정을 조정해야 할 것입니다.

당신은 같은 날에 다른 수혜자에게 승인된 서비스를 제공하기 위해 한 수혜자의 장소에서 또 다른 수혜자의 장소로 이동할 예정입니까?

예 아니오

아니라고 답할 경우, 당신은 B부를 작성할 필요가 없으므로, C부로 바로 가십시오.

B부 지시사항: 당신의 주당 총 이동시간이 7시간을 초과하지 않고 당신이 지불 받을 수 있는 이동시간을 계획할 수 있도록 이 항목을 작성해야 합니다. 당신이 이동 왕래하는 것 때문에, 당신이 시간 및 마일리지에 대한 증명을 제공하는 것이 꼭 필요할 수도 있습니다.

1. 다음 페이지 **A** 란에는, 당신이 떠나게 될 곳의 수혜자(들)의 이름(들)을 적으십시오.
2. 다음 페이지 **B** 란에는, 당신이 도착하게 될 곳의 수혜자(들)의 이름(들)을 적으십시오..
3. 다음 페이지 **C** 란에는, 승인된 서비스를 제공하기 위해 **A** 란 수혜자의 장소에서 **B** 란 수혜자의 장소로 이동하기 시작한 날짜를 적으십시오.
4. 다음 페이지 **D** 란에는, 한 수혜자의 장소에서 다음 수혜자의 장소로 바로 이동하는데 걸리는 거리가 얼마나 되는지(마일로) 적으십시오.
5. 다음 페이지 **E** 란에는, 한 수혜자의 장소에서 다음 수혜자의 장소로 바로 이동하는데 걸리는 예상 소요 시간이 얼마나 되는지(분으로) 적으십시오
6. 다음 페이지 **F** 란에는, 당신이 같은 날에 한 수혜자의 장소에서 또 다른 수혜자의 장소로 이동할 예정인 날이 매주 몇일이나 되는지 적으십시오.
7. 다음 페이지 **G** 란에는, 두 수혜자(**A**와 **B** 란)의 장소를 왕래하는데 소요되는 총 이동시간을 나타낼 수 있도록 당신이 한 수혜자의 장소에서 다음 수혜자의 장소로 바로 이동하는데 걸리는 예상 시간수(**E** 란)를 매주 수혜자의 장소 사이를 이동하게 될 날짜수(**F** 란)에 곱하십시오.
8. **G** 란의 줄에 기재된 모든 시간의 합계를 더하시고 **G** 란의 맨 아래에 그 총 합계를 적으십시오.

제공자 번호 _____

A		B	C	D	E	F	G	
당신이 이동 왕래할 수혜자들의 이름		출발지	도착지	시작 날짜	수혜자들 장소간의 거리 (마일 단위)	수혜자들 장소간의 예상 이동시간 (분 단위)	매주 수혜자들 장소간에 이동할 날짜수	매주 수혜자들 장소간의 예상 이동시간 (E란 x F란)
매주 총 예상 이동시간:								

수혜자들의 장소 간에 어떻게 이동하십니까?

- 자동차* 대중 교통 기타 상세히 설명:

*만일 수혜자들 사이를 이동하기 위해 자신이 운전을 하게 될 경우, 당신은 유효한 캘리포니아 운전 면허증이 있어야 하며, 당신의 자동차는 현재 등록이 되어 있어야 합니다. 만일 당신이 유효한 캘리포니아 운전 면허증, 보험 증서, 또는 현재 차량 등록증이 없는 경우, 당신이 IHSS를 제공할 목적으로 당신의 차를 운전하는 것이 합법적으로 허용되지 않습니다. 당신은 대중 교통과 같이, 다른 방식의 교통 수단을 선택해야 합니다. 만일 당신이 스스로 운전하는 것을 택했고 당신의 자동차를 운전할 수 있는 법적인 권리 자격에 부정적인 변경이 있으면 (예: 당신의 California 운전 면허증, 자동차 보험, 또는 차량 등록증 유효기간이 지났거나 더 이상 유효하지 않을 경우), 당신은 카운티에 알려야 하며 다른 방식의 교통 수단을 선택해야 합니다. 만일 당신이 이와 관련된 자격 변경에 대해 카운티에 알리지 않을 경우, 당신은 IHSS 프로그램 요구 조건에 대한 위반으로 간주될 것이며 해고될 수도 있습니다.

C부. 제공자 동의서

본인은 이 문서에 진술한대로 이 요구조건을 읽었고 이해했음을 선언하며 이 요구 조건들을 준수하기로 동의합니다. 또한 본인이 아는 바 이 양식에 제공한 정보 모두가 사실이고 정확한 것임을 선언합니다. 이 제공자 주 근로시간 및 이동시간 동의서에 제공한 어떤 정보가 변경된다면, 무슨 정보가 변경되었는지에 따라 다르겠지만, 본인이 달력 날짜로 10일 이내 카운티에 통보할 것과, 새로운 SOC 2255를 작성 완료해야 할 수도 있음에 동의합니다

제공자 서명:	날짜:
---------	-----

제공자의 인쇄체 이름:

FOR COUNTY USE ONLY

WORKER NAME:	DATE:
--------------	-------

ESTIMATED TRAVEL TIME REVIEWED: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	SOURCE USED TO VERIFY TRAVEL TIME:
--	------------------------------------

NOTES:
