

제공자 번호 _____

가내 지원 서비스(IHSS) 프로그램
입주식 가족 간병인 초과 근무 면제

제공자 이름:

파트 A: 제공자요구 조건

2016년 2월 1일부터 시작하여, 주법(복지 및 기관법 조항 12300.4)에서는 IHSS/면제 개인 간호 서비스(WPCS) 제공자가 근무 주간에 일할 수 있는 주당 최대 시간수를 제한합니다. IHSS/WPCS 프로그램에 속한 제공자는 주당 40시간 이상 근무하는 경우, 초과 근무 수당을 지급받겠지만, IHSS 및 WPCS 수혜자를 합쳐서 제공자가 주당 66시간을 초과하여 근무해서는 안됩니다.

IHSS 프로그램은 IHSS 제공자가 주당 최대 90시간, 월 최대 360 시간까지 일할 수 있도록 주당 최대 66시간의 근로 시간에 대한 가족 구성원 면제를 만들었습니다. 이 면제에 대한 자격이 되려면, 2016년 1월 31일 또는 그 이전에 다음 중 세(3)가지 조건을 충족시켜야 합니다:

- 두 명 이상의 IHSS 수혜자에게 IHSS 서비스를 제공해야 합니다.
- 현재 서비스를 제공하는 IHSS 수혜자와 같은 집에 거주하고 있어야 합니다.
- 당신이 서비스를 제공하는 IHSS 수혜자와 부모, 의붓 부모, 양부모, 또는 조부모의 관계이거나, 그/그녀의 법적 보호자여야 합니다.

이 면제로, 당신은 주당 90시간 이상, 또는 월 360 시간 이상 일할 수 없습니다. 당신의 수혜자를 위해 이러한 최대 시간까지 일을 하고도 여전히 IHSS 수혜자에게 IHSS 시간이 남을 경우, 그러면 IHSS 수혜자는 나머지 IHSS 시간 동안 일할 수 있는 또 다른 IHSS 제공자를 고용해야 할 것입니다.

이 양식의 **파트 B**를 작성하시고 입주식 가족 간병인으로서 이 면제 자격을 가지려면 위의 세(3) 가지 요구 조건을 충족시키는지 확인할 수 있도록 모든 정보를 제공하십시오.

제공자 번호 _____

파트 B: 제공자 및 수혜자의 정보

지침 사항: 아래에 당신의 거주지 및 우편 주소에 대한 정보를 작성한 다음, 아래의 차트에 당신이 서비스를 제공하는 수혜자에 대해 작성해야 합니다.

1. 당신의 거주지 주소: _____

2. 당신의 우편 주소: _____

A		B	C
수혜자 정보		수혜자와의 관계	이 수혜자가 같은 거주지에서 당신과 함께 살고 있습니까? 예 또는 아니오로 답하십시오.
이름	케이스 번호		
1.		1.	1.
2.		2.	2.
3.		3.	3.
4.		4.	4.

제공자 번호 _____

본인은 이 면제 자격을 갖추기 위한 모든 요건을 충족함을 선언합니다. 본인은 또한 이 양식에 제공한 모든 정보가 본인이 알고 있는 바 사실이고 정확한 것임을 선언합니다. 본인이 이 면제를 받을 자격이 있는지 판단하기 위해 **IHSS** 수혜자의 재평가 시 이 정보의 확인이 이루어질 것임을 이해합니다. 본인은 이 면제에 따른 초과 근무에 대한 모든 요구 사항을 준수하는데 동의합니다. 이 면제에 대한 세(3)가지 요구 조건을 더 이상 충족시키지 않으면, 더 이상 이 면제를 받을 자격이 없으며 즉시 카운티에 알려야 합니다. 그러면 기존의 초과 근무 제한이 적용된다는 것을 이해합니다.

제공자 서명

날짜:

제공자의 인쇄체 이름:

FOR STATE USE ONLY (주정부 사용란)

STAFF NAME:

DATE:

NOTES: