

## 가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램 제공자 등록 양식

**이 양식 작성을 시작하기 전에  
아래 정보를 주의깊게 읽으십시오.**

주법에 따르면, 당신이 지난 10년 이내 특정 배제 범죄로 인해 유죄 판결을 받았거나 유죄 판결을 받은 다음 구금된 적이 있는 경우, 당신은 아래에 구체적으로 명시된 것을 제외하고 제공자로서 등록될 자격이 없거나, 지원 서비스 제공에 대해 IHSS 프로그램으로부터 지불금을 받을 자격이 없습니다. 배제 범죄에는 두 가지 범주가 있습니다.

- 복지 및 기관법(W&IC) 제 12305.81 조에 명시된 것으로서, 1 급 범죄는 다음과 같습니다:
  1. 특정 아동 학대 (형법 [PC] 조항 273a[a]\*),
  2. 노인 또는 부양 성인 학대 (PC 조항 368\*), 및
  3. 정부 의료 또는 지원 서비스 프로그램에 대한 사기.
- 복지 및 기관법(W&IC) 제 12305.87 조에 명시된 것으로서, 2 급 범죄는 다음과 같습니다:
  1. PC 조항 667.5(c)\* 및 PC 조항 1192.7(c)\*에 명시된, 폭력적이거나 심각한 중범죄,
  2. PC 조항 290(c)\*에 따르는 성범죄자로서 등록을 해야 하는 중범죄, 및
  3. W&IC 조항 10980(c)(2)\* 및 (g)(2)\*에서 정의한 것으로서, 사회복지 프로그램 사기에 대한 중범죄.

2 급 범죄에 관한 전체 목록은 카운티 IHSS 사무소나 IHSS 공공 기관에서 요청시 입수할 수 있습니다.

\*이들 PC 및 W&IC 조항의 전문에 대해서는 첨부한 SOC 426C 양식을 참조하십시오.

- IHSS 제공자 등록 절차의 일부로써, 당신은 지문을 제공하고 거주법무국에서 실시하는 범죄 신원 조회를 받아야 합니다.
- 이 양식에 있는 당신의 응답 또는 범죄 신원 조회 결과가 지난 10년 이내에 당신이 1 급 또는 2 급 범죄 중 하나로 유죄 판결을 받은 적이 있거나, 유죄 판결을 받은 다음 구금된 적이 있는 것으로 나타나면, 당신은 IHSS 제공자로서 등록할 자격 또는 지원 서비스 제공에 대해 IHSS 프로그램에서 지불금을 받을 자격이 없을 것입니다.
- 2 급 범죄에서, 만일 당신이 복권 증서 또는 말소 증서를 받았다면 (PC 조항 1203.4에 따라 기각), 그 유죄 판결로 당신이 IHSS 제공자로서 근무할 자격을 상실하게 되지는 않을 것입니다.
- 만일 당신의 유죄 판결이 2 급 범죄에 관한 것이라면, 당신은 아래에 설명한 특정 상황에 따라 개인적 면제 또는 일반적 예외에 대한 자격이 될 수 있습니다.
- 1 급 범죄에 허용되는 면제나 예외는 없습니다.

다음 페이지로 가십시오



## 가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램 제공자 등록 양식

**이 양식을 작성하기 전에  
계속 아래 정보를 주의깊게 읽으십시오.**

### 2급 범죄에 대한 유죄 판결 배제를 위한 개인적 면제

만일 당신이 2급 배제 범죄에 관한 유죄 판결에 따라 자격이 없는 것으로 밝혀지면, 당신의 범죄 신원조회에도 불구하고 IHSS 수혜자(또는 그/그녀의 권한 대리인)가 당신을 그/그녀의 제공자로 채용하기 원한다면, 다음과 같이 면제를 받을 수 있습니다:

- 당신을 채용하기 원하는 IHSS 수혜자 (또는 그의/그녀의 권한 대리인)는 당신의 유죄 판결에 관한 통지를 받을 것이며, 정보의 기밀을 유지하도록 지시받을 것입니다.
- 당신을 그/그녀의 제공자로 채용하기 원하는 수혜자(또는 그/그녀의 권한 대리인)는 제공자 면제를 위한 IHSS 수혜자 요청서(SOC 862)를 카운티 IHSS 사무소나 IHSS 공공 기관에 제출해야 합니다.
- 그 면제를 통해 당신은 면제를 요청한 수혜자와 그 면제가 접수된 카운티만을 위해 서비스를 제공할 수 있도록 등록할 수 있습니다.
- 만일 당신이 제공자이면서 또한 수혜자의 권한 대리인이라면, 당신이 유죄 판결을 받은 범죄가 면제될 수 있도록 수혜자를 대신해 면제 요청서에 서명할 수 없습니다. 이런 경우, 면제 요청서는 수혜자가 직접 서명해야 하거나, 그럴 수 없다면, 이 면제 요청서 서명 목적을 위해 다른 사람이 권한 대리인으로 지정되어야 합니다.
- 면제 요청에 대한 더 상세한 정보는, 당신을 그/그녀의 제공자로 채용하기 원하는 수혜자가 카운티 IHSS 사무소나 IHSS 공공 기관에 연락해야 합니다.

### 2급 범죄에 대한 유죄 판결 배제를 위한 일반적 예외

만일 당신이 2급 범죄에 대한 유죄 판결에 따라 자격이 없는 것으로 밝혀지고, 제공자 등기에 기재되기를 원하거나 개인적 면제를 요청하지 않은 수혜자에게 서비스를 제공하기 원하는 경우.

- 당신은 일반적 예외에 대한 IHSS 신청인 제공자 요청서(SOC 863)를 작성함으로써 배제에 대한 일반적 예외를 신청할 수 있습니다.
- 당신은 일반적 예외에 대한 요청을 지원할 예비 문서, (예를 들면, 직장 경력, 개인 추천서, 등)를 제출해야 할 것입니다.
- 일반적 예외 요청에 관한 상세한 정보를 원하시면, 카운티 IHSS 사무소나 IHSS 공공 기관으로 연락하십시오.

다음 페이지로 가십시오



## 가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램 제공자 등록 양식

### 지침서:

- 검정이나 파란색 잉크를 사용하십시오. 정보를 분명하게 적으십시오.
- 이 양식을 작성, 서명하시고, 사무소나 카운티 지정 장소에 직접 방문하여 반환하십시오. 이 양식을 반환할 때, 연방정부나 주정부 발행의 신분증 원본 및 당신의 소셜시큐리티 카드 원본을 가지고 오십시오.
- 파트 A의 모든 항목을 작성하시고, 파트 B의 질문에 응답하시며, 파트 C의 선서를 읽고 서명하십시오.
- 카운티가 할 일은: 1) 그 양식이 작성 완료되었는지 확인하기 위한 검토; 2) 당신의 신분증 및 소셜 시큐리티 카드를 복사; 및 3) 당신의 기록을 위해 작성한 양식의 사본을 당신에게 제공할 것입니다.
- 당신이 이 양식에 보고한 어떤 것이든 변경된다면, 변동 날짜로부터 **달력으로 10일**이내 카운티에 알려야 합니다.

### A 파트: 제공자 정보

|  |   |   |
|--|---|---|
| 1. 정식 이름(이름, 중간 이름 약자, 성):               | 2. 생년월일<br><br><small>18 세 미만일 경우, 이 양식과 함께 유효한 취업 허가서를 제출해야 합니다.</small> | 3. 성별:<br><br><input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 녀 |
| 4. 집 주소 (우편함 주소가 <u>아니라</u> , 실제주소여야 함): | 시:  | 주: 우편번호:  |
| 5. 우편 주소 (집주소와 다른 경우):                   | 시:  | 주: 우편번호:  |
| 6. 전화 번호 (지역번호 포함):                      | 7. 소셜 시큐리티 번호**:  |   |
| 8. 이메일 주소 (있는 경우):                       |   |   |
| 9. a. 운전 면허증 # 또는 정부 발행 ID #:            | b. 만기일:   |   |
|  | c. 발행한 주(State):  |   |
| 10. a. 주 사용 구술 언어:                       | b. 주 사용 필기 언어:  |   |

### 참고:

- \* 카운티에서 제공자의 요청을 승인하지 않은 이상, 제공자에 대한 급여수표는 우편 사서함(P.O. Box) 으로 우송할 수 없습니다.
- \*\* W&IC 12305.81(a), 및 1986 년의 이민 개혁 규제법, 공공법 99-603(8 USC 1324a)에 의거하여 개인의 신분 확인 및 미국 내 취업에 대한 승인을 목적으로 소셜시큐리티 번호 수집이 요청됩니다.

다음 페이지로 가십시오



## 가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램

## 제공자 등록 양식

PROVIDER'S NAME: **B 파트: 제공자 공개**

다음 문제를 해당되는 네모 칸에 체크를 함으로써 다음 질문에 답하십시오:

**1. 지난 10 년 이내 다음과 같은 것을 한 적이 있습니까-**

- a. 1 급\* 범죄에 대한 혐의에 따라 유죄 판결을 받거나  
유죄 판결 이후 구금된 적이 있습니까?.....  예  아니오
- b. 2 급\* 범죄에 대한 혐의에 따라 유죄 판결을 받거나  
유죄 판결 이후 구금된 적이 있습니까?.....  예  아니오

\*1 급 및 2 급 범죄의 정의에 대해 이 양식의 1 페이지 참조.

**2. 만일 만일 당신이 위의 문항 1.b.에 “예” 라고 답했다면, 2 급 범죄에 대한 복권 또는 말소 (PC 조항 1203.4 에 따라 기각) 증서를 받았습니까? .....**  예  아니오

만일 “예” 라면, 당신은 이 작성된 양식과 함께 복권 증서 또는 말소 서류 사본을 카운티에 제공해야 합니다.

**C 파트: 제공자 선서**

본인은 다음에 대하여 이해하고 동의합니다 -

- 모든 제공자 등록절차를 마치고 카운티에 의해 정식 제공자로 등록이 될 때까지, 본인은 모든 자격있는 IHSS 수혜자에게 제공한 승인된 서비스 지불금으로써 IHSS 프로그램 자금을 받을 수 없습니다.
- 본인은 처음 등록 절차를 시작했던 날짜로부터 달력으로 90 일 이내 모든 등록 요구사항을 완료해야 합니다. 만일 달력으로 90 일 이내 모든 등록 요구사항을 완료하지 못할 경우, 본인은 IHSS 프로그램에서 제공자로서 서비스를 제공할 자격이 없는 것으로 간주되며, IHSS 수혜자에게 승인된 서비스를 제공하는 것에 대해 IHSS 프로그램으로부터 지불 받을 수 없습니다.
- 제공자 등록 절차의 일부로, 본인은 지문을 제공을 해야 하며 범죄 신원조회를 받아야 합니다. 지문 채취와 신원조회에 대한 비용 지불은 본인이 책임져야 합니다.
- 만일 이 양식에 있는 본인의 답변이나, 범죄 신원 조회의 결과, 또는 다른 어떤 방법을 통해, 지난 10 년 이내, 본인이 1 급 배제 범죄 혐의로 유죄 판결을 받았거나 유죄 판결을 받은 다음 구금된 적이 있음이 밝혀질 경우, 본인은 IHSS 제공자가 될 자격이 없으며, 본인을 제공자로 채용하기 원하는 수혜자는 구체적으로 명시되지 않을 부적격으로 간주되는 형사상 유죄 판결 때문에 본인이 제공자로서 자격이 없다는 것을 통보 받게 될 것입니다.

다음 페이지로 가십시오



**가내 지원 서비스 (IHSS) 프로그램**  
**제공자 등록 양식**

**PROVIDER'S NAME:**

**C 파트: 제공자 선서 (계속)**

**본인은 다음에 대하여 이해하고 동의합니다-**

- 만일 이 양식에 있는 본인의 답변이나, 범죄 신원 조회의 결과, 또는 다른 어떤 방법을 통해, 지난 10 년 이내, 본인이 2 급 배제 범죄 혐의로 유죄 판결을 받았거나 유죄 판결을 받은 다음 구금된 적이 있음이 밝혀질 경우, 그리고 본인이 복권 증서를 받지 못했거나 유죄판결이 말소되지 못한 경우-
  - 그/그녀의 서비스 제공을 위해 본인을 채용하기 원하는 IHSS 수혜자가 개인적 면제를 요청하지 않거나, 본인이 신청해서 일반적 예외가 부여되지 않은 이상, 본인은 IHSS 제공자가 될 자격이 없을 것입니다; 그리고
  - 그/그녀의 제공자로서 본인을 채용하기 원하는 IHSS 수혜자는 본인이 유죄 판결을 받은 혐의와 범죄 유형에 대한 통지를 받을 것이며, 그/그녀는 이 정보의 기밀 유지를 지시 받을 것입니다.

**만일 본인이 카운티에 의해 IHSS 제공자로 등록이 되었다면,**  
**본인은 다음에 대하여 이해하고 동의합니다-**

- 만일 본인이 서비스를 제공하는 사람이 Medi-Cal 프로그램을 통해 IHSS 를 받는다면, 본인은 Medi-Cal 개인 보호 관리 서비스 제공자로 간주될 것입니다. 그러므로 본인은 서비스 제공에 관련된 모든 Medi-Cal 프로그램 규정을 준수해야 할 것입니다.
- 본인이 IHSS 수혜자에게 제공한 승인된 서비스에 대한 지불금은 연방, 주정부, 및/또는 카운티 IHSS 자금입니다. 근무 시간표의 허위 기록 또는 정보 오류를 포함하여 본인이 제공한 어떠한 허위 진술이든 연방 및/또는 주법에 따라 기소될 수 있습니다.
- 본인에게 지불된 어떤 초과지불금이라도 IHSS 프로그램에 상환할 것이며, 어떤 초과 지불금이든, 개별적 또는 집합적으로, 본인이 어느 IHSS 수혜자에게든 제공한 서비스에 대해 장차 받을 급여 수표에서 공제될 수도 있습니다.
- 본인은 인종, 종교, 피부색, 출신국 또는 인종, 성별, 연령, 성적 취향, 또는 신체 또는 정신 장애에 따른 차별없이 모든 서비스를 제공할 것입니다.
- 본인은 위증시 처벌을 받는 조건 아래, 이 양식에 제공된 모든 정보가 본인이 알고 있는 한 사실이고 정확하며 위에 기재된 모든 진술에 동의함을 선언합니다.

서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

인쇄체 이름: \_\_\_\_\_

**County Representative's Signature (Optional):**

**DATE:**