

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES PROGRAM

ДОГОВОР ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ И ПРОВАЙДЕРА О РАБОЧЕЙ НЕДЕЛЕ

НОМЕР ДЕЛА УЧАСТНИКА IHSS

ИМЯ УЧАСТНИКА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)

Общая сумма часов, назначенных мне, равна .

Чтобы определить мое максимальное количество часов на неделю, моя общая сумма часов, назначенных мне, должна быть поделена на 4. Мое максимальное количество часов в неделю составляет _ . При определенных обстоятельствах, возможно я буду в состоянии распределить назначенные мне рабочие часы на неделю так, что это позволит мне предоставить большее количество часов в одну неделю, чем я обычно использую, с тем, чтобы в другую неделю я использовал на то же количество часов меньше.

Я понимаю, что эта форма является средством, которое помогает мне планировать расписание для моего(моих) провайдера(ов). Это расписание помогает мне убедиться в том, что мой(и) провайдер(ы) не превышают выделенных мне на месяц часов.

ИНСТРУКЦИИ:

1. В колонке А ниже, впишите имена всех провайдеров, от которых вы собираетесь получать услуги по уходу.
2. В колонке В ниже, впишите соответствующий номер каждого вашего провайдера.
3. В колонке С ниже, впишите общее количество часов, распределенных на неделю каждому вашему провайдеру.
4. **ОБЩИЙ ИТОГ** распределенных на неделю часов для всех ваших провайдеров (колонка С) должен, после сложения, быть равен количеству часов в неделю, назначенных вам для предоставления услуг по уходу.

А	В	С
ИМЯ ПРОВАЙДЕРА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	НОМЕР ПРОВАЙДЕРА	ЧАСЫ, РАСПРЕДЕЛЕННЫЕ НА НЕДЕЛЮ
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ, НАЗНАЧЕННЫХ ПОЛУЧАТЕЛЮ		НА НЕДЕЛЮ:

ЗАЯВЛЕНИЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ:

- Я понимаю, что заполняя и подавая эту форму в программу округа In-Home Supportive Services (IHSS), я распределяю назначенные мне часы между указанными здесь провайдерами.
- Я понимаю, что это моя обязанность - составить расписание для каждого провайдера таким образом, чтобы общее количество часов, отработанных всеми моими провайдерами, не превышало количества часов, назначенных мне в неделю или в месяц.
- Я понимаю, что при определенных обстоятельствах я могу регулировать назначенные мне на неделю часы, однако назначенные мне на месяц часы не должны меняться, если только я не получу от округа новое Уведомление о действиях с новым назначением.
- Я понимаю, что моим провайдерам не будет оплачено программой IHSS любое количество переработанных по оказанию услуг часов, которое превышает количество назначенных мне на месяц часов. Если мои провайдеры работают большее количество часов или предоставляют услуги, не назначенные программой IHSS, то в этом случае я несу ответственность за оплату этих переработанных часов или оказанных услуг.
- Я понимаю, что если я хочу, чтобы часы, назначенные моему(им) провайдеру(ам) оставались без изменений, и табель учета работы моего(их) провайдера(ов) всегда проходил оформление за распределенные ему/ей часы, я запрошу форму (SOC 838) получателя о назначении провайдеру положенных часов, заполню и подам эту форму в округ.

ПОДПИСЬ УЧАСТНИКА	ДАТА
-------------------	------

ИМЯ УЧАСТНИКА (ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)

УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (ЕСЛИ ПОЛУЧАТЕЛЬ НЕ МОЖЕТ ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ)	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЮ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
---	---------------------------	----------------

ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
---------------------------------------	------

ЗАЯВЛЕНИЕ ПРОВАЙДЕРА:

- Я понимаю, что подписав эту форму, я соглашаюсь с расписанием и буду работать на получателя не больше, чем выделенное мне количество часов, до тех пор, пока он/она не откорректирует запланированные часы.
- Я понимаю, что если отработано больше часов, чем было назначено для получателя в месяц, то эти услуги не будут учитываться IHSS и не будут оплачиваться через программу IHSS. Это ответственность моего получателя, чтобы обеспечить оплату этих дополнительных часов. Программа IHSS оплачивает только назначенные программой IHSS часы и услуги.
- Я понимаю, что я должен следовать требованиям программы, которые указаны в Договоре о найме провайдера (SOC 846).

1. ПОДПИСЬ ПРОВАЙДЕРА	ДАТА
ПРОВАЙДЕР №1 ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И НОМЕР ПРОВАЙДЕРА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
2. ПОДПИСЬ ПРОВАЙДЕРА	ДАТА
ПРОВАЙДЕР №2 ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И НОМЕР ПРОВАЙДЕРА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
3. ПОДПИСЬ ПРОВАЙДЕРА	ДАТА
ПРОВАЙДЕР №3 ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И НОМЕР ПРОВАЙДЕРА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
4. ПОДПИСЬ ПРОВАЙДЕРА	ДАТА
ПРОВАЙДЕР №4 ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И НОМЕР ПРОВАЙДЕРА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
5. ПОДПИСЬ ПРОВАЙДЕРА	ДАТА
ПРОВАЙДЕР №5 ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И НОМЕР ПРОВАЙДЕРА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

FOR COUNTY USE ONLY

WORKER NAME (FIRST MIDDLE LAST):	WORKER PHONE: