

Номер провайдера \_\_\_\_\_

**ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS)  
ИСКЛЮЧЕНИЕ ИЗ ПРАВИЛ СВЕРХУРОЧНОЙ РАБОТЫ ДЛЯ  
ПРОВАЙДЕРОВ - ЧЛЕНОВ СЕМЬИ С ПРОЖИВАНИЕМ**

ИМЯ ПРОВАЙДЕРА: \_\_\_\_\_

**Часть А: ТРЕБОВАНИЯ К ПРОВАЙДЕРУ**

Начиная с 1 февраля 2016 г. закон штата (Кодекс учреждений социального обеспечения раздел 12300.4) ограничивает максимальное количество часов, которые провайдер IHSS/Альтернативной программы оказания персональных услуг (WPCS) может работать в течение рабочей недели. Провайдер программ IHSS/WPCS будет получать оплату за сверхурочную работу, если он работает более 40 часов в неделю, но провайдеры не должны работать более 66 часов в неделю для получателей программ IHSS и WPCS вместе взятых.

Программа IHSS предусматривает исключение для членов семьи из правила максимальной продолжительности рабочей недели в 66 часов, что позволяет провайдерам IHSS работать максимум 90 часов в неделю и до максимум 360 часов в месяц. Чтобы получить право на это исключение, необходимо соответствовать трем (3) следующим условиям не позднее 31 января 2016 г:

- Вы должны предоставлять услуги IHSS двум или более получателям IHSS.
- Вы должны в текущее время проживать в том же доме, что и получатели услуг IHSS, которым вы оказываете услуги.
- Вы должны состоять в родстве с получателями услуг IHSS, которым вы предоставляете услуги, в качестве их родителей, сводных родителей, приемных родителей, бабушек или дедушек или быть их законным опекуном.

В рамках данного исключения, вы не можете работать больше 90 часов в неделю или больше 360 часов в месяц. Если вы отработали для своих получателей до указанных максимальных часов, а у ваших получателей IHSS все еще остались часы IHSS, то ваши получатели IHSS должны будут нанять другого провайдера IHSS для того, чтобы отработать оставшиеся часы IHSS.

Пожалуйста, заполните **часть В** данной формы и предоставьте всю информацию, подтверждающую, что вы соответствуете трем (3) вышеуказанным требованиям, чтобы иметь право на получение данного исключения в качестве провайдера – члена семьи с проживанием.

Номер провайдера \_\_\_\_\_

**Часть В: ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВАЙДЕРЕ И ПОЛУЧАТЕЛЕ**

**ИНСТРУКЦИИ:** Ниже вы должны заполнить информацию об адресе вашего места проживания и почтовом адресе, а затем заполнить таблицу о получателях, которым вы предоставляете услуги.

1. Адрес вашего места проживания: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Ваш почтовый адрес \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A		B	C
Информация о получателе	Номер дела	Родственные отношения (Родство) с получателем	Проживает ли данный получатель вместе с вами в одном и том же месте проживания? Пожалуйста, ответьте Да или Нет
Имя			
1.		1.	1.
2.		2.	2.
3.		3.	3.
4.		4.	4.

Номер провайдера \_\_\_\_\_

**Я заявляю, что отвечаю всем требованиям, необходимым для получения данного исключения. Я также заявляю, что вся предоставленная мною в этой форме информация, является правдивой и соответствующей действительности, насколько мне известно. Я понимаю, что подтверждение этой информации будет проводиться во время переоценки состояния моего получателя IHSS, чтобы определить, имею ли я еще право на это исключение. Я согласен(а) соблюдать все требования, касающиеся сверхурочной работы в соответствии с этим исключением. Если я перестану соответствовать трем (3) требованиям, предъявляемым к данному исключению, я больше не буду иметь права на это исключение и должен(а) буду немедленно уведомить об этом округ. Я понимаю, что в этом случае на меня будут распространяться существующие ограничения по сверхурочной работе.**

ПОДПИСЬ ПРОВАЙДЕРА:

ДАТА:

ИМЯ ПРОВАЙДЕРА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

**FOR STATE USE ONLY**

STAFF NAME:

DATE:

NOTES: