

ПРОГРАММА ПО ОКАЗАНИЮ УСЛУГ ПО УХОДУ НА ДОМУ (IHSS) АНКЕТА ПО ОФОРМЛЕНИЮ ПРОВАЙДЕРА НА РАБОТУ

ПРЕЖДЕ ЧЕМ ВЫ НАЧНЕТЕ ЗАПОЛНЯТЬ ЭТУ АНКЕТУ, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТЕ НИЖЕПРИВЕДЕННУЮ ИНФОРМАЦИЮ

Согласно законодательству штата, если за последние 10 лет вы были осуждены или находились в тюремном заключении в результате обвинения в особых видах ограничивающих преступлений, то вы не имеете права быть нанятым на работу как провайдер или же получать оплату от программы IHSS за оказание услуг по уходу, за исключением случаев, указанных ниже.

Существует две категории ограничивающих правонарушений.

- **Преступлениями 1-й степени тяжести, как определено в Своде правил и постановлений по Вэлферу и Организациям (Welfare and Institutions Code - W&IC) Раздел 12305.81, являются:**
 1. Определенные виды жестокого обращения с ребенком (Уголовный кодекс (УК) - Penal Code [PC] Раздел 273a[a]*),
 2. Жестокое обращение с пожилым или находящимся на иждивении взрослым (УК, Раздел 368*), а также
 3. Мошенничество в отношении гос.программ по здравоохранению или программ службы поддержки.
- **Преступлениями 2-й степени тяжести, как определено в Своде правил и постановлений по Вэлферу и Организациям (W&IC) Раздел 12305.87, являются:**
 1. Жестокое, тяжкое преступление, как определено в Уголовном Кодексе (УК, Раздел 667.5(с)* и УК, Раздел 1192.7(с)*,
 2. Уголовное преступление, в результате совершения которого данное лицо должно быть зарегистрировано как преступник на сексуальной почве, согласно УК раздел 290(с) (PC section 290(с)*, а также
 3. Уголовное преступление в виде мошенничества в отношении гос.программ соцобеспечения, как определено в Своде правил и постановлений по Вэлферу и Организациям (W&IC) Разделы 10980(с)(2)* и (g)(2)*.

Полный перечень преступлений 2-й степени тяжести можно получить в отделении Округа по программе IHSS или же в отделении по программе IHSS государственных органов (IHSS Public Authority).

*См. Прилагаемую форму SOC 426C с выдержками из разделов УК (PC) и Свода правил и постановлений по Вэлферу и Организациям (W&IC).

- Частью процесса вашего оформления на должность провайдера программы IHSS является сдача отпечатков пальцев и проверка наличия криминального прошлого, производимая Министерством Юстиции штата Калифорния (California Department of Justice).
- Если информация, полученная от вас при заполнении этой анкеты или же результаты проверки на наличие криминального прошлого покажут, что в течение последних 10 лет вы были осуждены или находились в тюремном заключении после вынесения приговора за преступления 1-й или 2-й степени тяжести, то вы не будете иметь права быть зачисленным на должность провайдера программы IHSS или же получать оплату от программы IHSS за произведенные услуги по уходу.
- За преступления 2-й степени тяжести, если вы получили справку о реабилитации (a certificate of rehabilitation) или же помилование (отмена приговора согласно статье 1203.4 УК), то данное осуждение не будет для вас препятствием для того, чтобы устроиться на работу на должность провайдера программы IHSS.
- Если вы были осуждены за преступления 2-й степени тяжести, вы, возможно, будете иметь право на отмену правила или общее исключение при определенных обстоятельствах, изложенных ниже.
- **Преступления 1-й степени тяжести не подлежат отмене или исключению из правил.**

См. на следующей странице



ПРОГРАММА ПО ОКАЗАНИЮ УСЛУГ ПО УХОДУ НА ДОМУ (IHSS) АНКЕТА ПО ОФОРМЛЕНИЮ ПРОВАЙДЕРА НА РАБОТУ

ПРОДОЛЖАЙТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ЧИТАТЬ НИЖЕПРИВЕДЕННУЮ ИНФОРМАЦИЮ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ВЫ НАЧНЕТЕ ЗАПОЛНЯТЬ ЭТУ АНКЕТУ

Отмена в индивидуальном порядке исключения по обвинению за преступления 2-й степени тяжести

Если вы не имеете права на эту работу так как были осуждены за преступление 2-й степени тяжести, но получатель услуг по программе IHSS (или же его/ее полномочный представитель) хотел бы нанять вас как своего провайдера, несмотря на наличие у вас криминального прошлого, вы можете оформить отмену этого запрета.

- Получатель услуг по программе IHSS, который хотел бы нанять вас (или же его/ее полномочный представитель) будет проинформирован об имеющейся у вас судимости и будет проинструктирован о конфиденциальности этой информации.
- Получатель услуг по программе IHSS, который хотел бы нанять вас (или же его/ее полномочный представитель) должен оформить Заявление Получателя услуг по программе IHSS на отмену ограничений (IHSS Recipient Request for Provider Waiver – форма SOC 862) в отделении программы IHSS округа или же в отделении по программе IHSS государственных органов (IHSS Public Authority).
- Отмена ограничений позволит вам трудоустроиться как провайдеру по оказанию услуг на дому только к тому получателю услуг, который потребовал отмену ограничений.
- Если вы, будучи провайдером, являетесь также и уполномоченным представителем получателя услуг, то вы НЕ можете от имени получателя услуг подписывать заявление на отмену ограничений по причине имеющихся у вас в прошлом криминальных правонарушений по которым вам был вынесен обвинительный приговор. В таком случае заявление об отмене ограничений должно быть подписано или самим получателем услуг или же другое лицо должно быть оформлено уполномоченным представителем специально для того, чтобы подписать данное заявление.
- Для получения более подробной информации относительно отмены ограничений, получатель услуг по программе IHSS, который хочет оформить вас как своего провайдера, может обратиться в отделение программы IHSS округа или же в отделение по программе IHSS государственных органов (IHSS Public Authority).

Отмена в общем порядке исключения по обвинению за преступления 2-й степени тяжести

Если вы не имеете права на эту работу так как были осуждены за преступление 2-й степени тяжести, но вы хотели бы зарегистрироваться в реестре провайдеров или же предоставлять услуги по уходу получателю, который не оформлял индивидуального запроса на отмену ограничений

- Вы можете подать заявление на оформление отмены в общем порядке, заполнив форму Запроса Кандидата в Провайдеры программы IHSS на отмену ограничений в общем порядке (IHSS Applicant Provider Request for General Exception – форма SOC 863).
- От вас потребуется предоставить поддерживающую ваш запрос документацию как, например, сведения о трудовой деятельности, рекомендательные письма и т.д., чтобы обосновать ваш запрос на отмену ограничений.
- Для получения более подробной информации относительно отмены ограничений, вы можете обратиться в отделение программы IHSS округа или же в отделение по программе IHSS государственных органов (IHSS Public Authority).

См. на следующей странице 

ПРОГРАММА ПО ОКАЗАНИЮ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS) АНКЕТА ПО РЕГИСТРАЦИИ ПРОВАЙДЕРА

ИНСТРУКЦИИ:

- Используйте ручку с черными или синими чернилами. Пишите, пожалуйста, четко и ясно.
- Заполните, подпишите и принесите эту форму лично в отделение программы или же туда, куда будет указано округом. Принесите с собой вместе с формой оригинал удостоверения личности, выпущенного государственными органами штата, а также оригинал вашей карточки Social Security.
- Заполните все разделы ЧАСТИ А, ответьте на вопросы ЧАСТИ В, а также прочтите и подпишите свидетельство в ЧАСТИ С.
- Действия Округа: 1) Проверить правильность заполнения формы; 2) Сделать фотокопии вашего удостоверения личности и карточки Social Security ; а также 3) Предоставить вам копию заполненной вами формы для личного архив
- Если что-либо из информации, которую вы предоставили в вашей форме, изменится, то вы должны сообщить об этом в округ в течение десяти (10) календарных дней с момента изменений.

ЧАСТЬ А: ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВАЙДЕРЕ

1. Полное имя (имя, отчество, фамилия):	2. Дата рождения: <small>Если вам меньше 18 лет, вы должны приложить действующее разрешение на работу (Work Permit) .</small>	3. Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
4. Домашний адрес (должен быть реальный адрес, <u>не</u> почтовый ящик*):	Город:	Штат: Почтовый индекс:
5. Почтовый адрес (если отличается от домашнего):	Город:	Штат: Почтовый индекс:
6. Номер телефона (вместе с кодом района):	7. Номер Social Security**:	
8. E-Мейл адрес (если имеется):		
9. а. # водительского удостоверения или # удостоверения личности, выданного гос.органами:	b. Годен до: c. Штат выдачи:	
10. а. Предпочитаемый разговорный язык:	b. Предпочитаемый письменный язык:	

ПРИМЕЧАНИЯ:

- * Чек заработной платы не может быть отправлен на адрес почтового ящика (P.O. Box) провайдера, если только на это не имеется специального разрешения со стороны округа.
- ** Предоставление номера Social Security требуется согласно Своду постановлений W&IC 12305.81(a), Иммиграционной реформе, Акту о Контроле 1986г, и Гос.Закону 99-603 (8 USC 1324a), с целью установления личности и предоставления права на работу в Соединенных Штатах.

См. на следующей странице

ПРОГРАММА ПО ОКАЗАНИЮ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS) АНКЕТА ПО РЕГИСТРАЦИИ ПРОВАЙДЕРА

ИМЯ ПРОВАЙДЕРА:

ЧАСТЬ В: СВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ПРОВАЙДЕРА

ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ, ПОМЕТИВ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ КВАДРАТ:

1. ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ, БЫЛИ ЛИ ВЫ -

- a.** Осуждены или же или находились в тюремном заключении после вынесения приговора за преступления 1*-й степени?..... ДА НЕТ
- b.** Осуждены или же или находились в тюремном заключении после вынесения приговора за преступления 2*-й степени?..... ДА НЕТ

**См. стр. 1 этой формы с определением преступлений 1-й и 2-й степени тяжести.*

2. ЕСЛИ ВЫ ОТВЕТИЛИ “ДА” НА ВОПРОС 1.б.ВЫШЕ, то приобрели ли вы справку о реабилитации или помилование (dismissal) (согласно статье 1203.4 PC) за это преступление 2-й степени? ДА НЕТ

Если ДА, то вместе с этой формой вы должны предоставить округу копию справки о реабилитации или же документацию о помиловании.

ЧАСТЬ С: ЗАЯВЛЕНИЕ ПРОВАЙДЕРА

Я ПОНИМАЮ И СОГЛАСЕН С ТЕМ, ЧТО -

- Я не могу получать оплату от программы IHSS за оказанные мной услуги по уходу за получателем услуг IHSS, имеющим на них право, до тех пор, пока я не пройду полностью весь процесс оформления меня на работу в качестве провайдера и не буду официально нанят округом на должность провайдера.
- У меня есть 90 дней с момента когда я начал процесс оформления, чтобы завершить все требуемые для оформления действия. Если я не закончу процесс оформления в течение 90 календарных дней, то я буду считаться не имеющим права работать в должности провайдера программы IHSS и не буду иметь права на оплату со стороны программы IHSS тех услуг, которые оказываются получателю программы IHSS.
- Как часть процесса моего оформления на должность провайдера, я должен сдать отпечатки пальцев и пройти проверку на наличие криминального прошлого. Я ответственен за оплату расходов, связанных со сдачей отпечатков пальцев и проверкой на наличие криминального прошлого.
- Если в результате полученных от меня в этой форме ответов или в результате проверки на наличие криминального прошлого или каким-либо другим путем будет установлено, что в течение последних 10 лет я был осужден или же отбывал срок по обвинению в совершении преступления 1-й степени тяжести, то я не буду иметь права на работу в должности провайдера программы IHSS, и получатель услуг, желающий нанять меня, будет уведомлен о том, что я не имею права на эту работу так как имею судимость за особый вид преступления, суть которого уточняться не будет.

См. на следующей странице

ПРОГРАММА ПО ОКАЗАНИЮ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS) АНКЕТА ПО РЕГИСТРАЦИИ ПРОВАЙДЕРА

ИМЯ ПРОВАЙДЕРА: _____

ЧАСТЬ С: ЗАЯВЛЕНИЕ ПРОВАЙДЕРА (Продолжение)

Я ПОНИМАЮ И СОГЛАСЕН С ТЕМ, ЧТО -

- Если в результате полученных от меня в этой форме ответов или в результате проверки на наличие криминального прошлого или каким-либо другим путем будет установлено, что в течение последних 10 лет я был осужден или же отбывал срок по обвинению в совершении преступления 2-й степени тяжести, и я не получил справки о реабилитации или же документацию о помиловании -
 - Я не буду иметь права на работу в должности провайдера программы IHSS, если только получатель услуг IHSS, желающий нанять меня, не потребует оформить для меня документ об отмене ограничения, или же если я подам запрос и получу право на исключение в общем порядке.
 - Получатель услуг IHSS, желающий нанять меня, как своего провайдера, будет уведомлен об имеющейся у меня судимости и о том виде преступления, за которое я был осужден, и будет также предупрежден, что данная информация является конфиденциальной.

ЕСЛИ Я БУДУ ПРИНЯТ ОКРУГОМ НА РАБОТУ КАК ПРОВАЙДЕР IHSS, Я ПОНИМАЮ И СОГЛАСЕН С ТЕМ, ЧТО-

- Если лицо, которому я предоставляю услуги, получает IHSS через программу Medi-Cal, то я буду считаться провайдером программы Medi-Cal, предоставляющим услуги по личному уходу. Соответственно, я должен буду соответствовать всем требованиям программы Medi-Cal, касающимся предоставления услуг.
- Оплата за предоставленные мной получателю IHSS услуги производится из государственных фондов, штата и/или округа, выделенных на программу IHSS, и любая ложная информация, включая ложные данные в таблице учета рабочего времени или укрытие информации может преследоваться законом штата и/или федерации.
- Я должен буду возместить программе IHSS все переплаченные мне суммы, если таковые имеются, и эти суммы, по отдельности или сразу, могут быть вычтены из моего чека зарплаты, который я получаю за оказанные мной любому получателю IHSS услуги.
- Все услуги будут предоставляться мной без какой-либо дискриминации касающейся расовой принадлежности, религиозных убеждений, цвета кожи, национальности, этнической принадлежности, пола, возраста, сексуальной ориентации, или же физической или умственной неполноценности.

Я заявляю ПОД УГРОЗОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА ДАЧУ ЛОЖНЫХ ПОКАЗАНИЙ, что вся информация, предоставленная мной в данной форме, является правдой и соответствует, насколько мне известно, действительности, и я согласен/на со всеми положениями, изложенными выше в данной форме.

Подпись: _____ Дата: _____

Имя печатными буквами: _____

County Representative's Signature (Optional): _____

DATE: _____