

## ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS) НАЗНАЧЕНИЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

---

### ИНСТРУКЦИИ по назначению уполномоченного представителя:

- Эта форма позволяет заявителю / получателю IHSS или его / ее законному представителю выбрать уполномоченного представителя для программы IHSS и определяет функции, которые уполномоченный представитель может выполнять от его имени. Эта форма предназначена **только** для программы IHSS.
- Чтобы выбрать уполномоченного представителя для представления заявителя / получателя на административном слушании на уровне штата, заполните отдельную форму, DPA 19 (Уполномоченный представитель). Лицо, уполномоченное на заполненной и представленной форме DPA 19, может представлять заявителя / получателя на административном слушании на уровне штата.
- Уполномоченный представитель должен быть в возрасте 18 лет и старше.
- В соответствии с законодательством штата, если лицо, выбранное в качестве уполномоченного представителя, **не** является законным представителем заявителя / получателя и **было** осуждено или заключено в тюрьму после осуждения за определенные ограничивающие преступления в течение последних 10 лет, то он / она **не может** быть назначен уполномоченным представителем. Существуют две категории ограничивающих преступлений:
  - **Преступления 1 степени тяжести, как определено в разделе 12305.81 Кодекса институтов социального обеспечения (Welfare and Institutions Code (WIC)), включают следующее:**
    1. Определенные виды жестокого обращения с ребенком (Уголовный кодекс (PC) раздел 273a[a]);
    2. Жестокое обращение с пожилым или находящимся на иждивении взрослым (PC раздел 368); и
    3. Мошенничество в отношении государственных программ по здравоохранению или программ службы поддержки.
  - **Преступления 2 степени тяжести, как определено в разделе 12305.87 WIC, включают следующее:**
    1. Жестокое или тяжкое уголовное преступление, как определено в разделе 667.5(c) PC и в разделе 1192.7(c) PC;
    2. Уголовное преступление, за совершение которого лицо должно быть зарегистрировано в качестве преступника на сексуальной почве в соответствии с разделом 290 (c) PC; и
    3. Уголовное преступление в виде мошенничества в отношении государственных программ соцобеспечения, как определено в разделах 10980(c)(2) и 10980(g)(2) WIC.

Полный перечень преступлений 2 степени тяжести доступен по запросу в отделении программы IHSS округа или в Государственном учреждении IHSS.

- Заявитель / получатель или его / ее законный представитель могут выбрать нового или добавить еще одного уполномоченного представителя IHSS **в любое время**, заполнив новую форму и отправив ее социальному работнику округа.
- Уполномоченный представитель должен действовать в наилучших интересах заявителя / получателя и может выполнять только функции, утвержденные в этой форме. **Сотрудники программы IHSS округа должны продолжать встречаться с заявителем / получателем лично, чтобы задать вопросы, связанные с его / ее уходом и услугами, несмотря на то, что уполномоченный представитель также может присутствовать на этих встречах.**
- Уполномоченный представитель может выполнить все пункты, изложенные в **части В (ФУНКЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ УПОЛНОМОЧЕННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ)**; **однако заявитель / получатель продолжает нести ответственность за предоставление всей необходимой информации для получения права на участие в программе.**

### **ИНСТРУКЦИИ по заполнению этой формы:**

- **Заполните раздел**, содержащий имя заявителя / получателя, номер дела IHSS и дату.
- **Заполните ЧАСТЬ А (НАЗНАЧЕНИЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)** и просмотрите **ЧАСТЬ В (ФУНКЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ УПОЛНОМОЧЕННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ)** этой формы, чтобы понять, какие действия уполномоченный представитель может совершать для заявителя / получателя.
- **Если супруг / сожитель заявителя / получателя является как его / ее провайдером, так и уполномоченным представителем**, то единственным документом, имеющим отношение к провайдеру, который он / она может подписать, является SOC 862 (*Запрос получателя IHSS о найме провайдера, получившего отказ*). Заполните **ЧАСТЬ С (ПРАВО НА ПОДПИСЬ В ТАБЕЛЯХ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ И В ДРУГИХ ДОКУМЕНТАХ, ИМЕЮЩИХ ОТНОШЕНИЕ К ПРОВАЙДЕРУ)**, чтобы назначить другое лицо в качестве уполномоченного представителя заявителя / получателя для подписывания табелей рабочего времени и других документов, имеющих отношение к провайдеру.
- После того, как заполнили эту форму и расписались в **ЧАСТИ D (ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПОЛУЧАТЕЛЯ)**, **предоставьте эту форму социальному работнику округа.**

Имя заявителя / получателя	Номер дела IHSS	Дата
----------------------------	-----------------	------

Я являюсь законным представителем заявителя / получателя.

Я являюсь для заявителя / получателя:

Опекун  Законным опекуном  Родителем / юридически уполномоченным принимать решения  
(для несовершеннолетнего ребенка)

Я понимаю, что мне не нужно заполнять эту форму, чтобы быть уполномоченным представителем заявителя / получателя, за исключением случаев, когда:

- Я буду нести ответственность за подписывание табелей рабочего времени IHSS провайдера и/или других документов, имеющих отношение к провайдеру, и в этом случае мне нужно будет заполнить

**ЧАСТЬ С (ПРАВО НА ПОДПИСЬ В ТАБЕЛЯХ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ И В ДРУГИХ ДОКУМЕНТАХ, ИМЕЮЩИХ ОТНОШЕНИЕ К ПРОВАЙДЕРУ).**

- Я буду назначать другого человека в качестве Уполномоченного представителя для целей программы IHSS.

### ЧАСТЬ А. НАЗНАЧЕНИЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

Заполните эту часть формы, чтобы утвердить лицо, которого заявитель / получатель или его / ее законный представитель выбрал в качестве своего уполномоченного представителя IHSS.

Если заявитель / получатель или его законный представитель хотели бы назначить нескольких уполномоченных представителей IHSS для выполнения функций, перечисленных в **ЧАСТИ В**, то заполните отдельную форму для каждого назначенного уполномоченного представителя.

**Заявитель / получатель IHSS утверждает следующее лицо в качестве своего уполномоченного представителя для программы IHSS:**

Имя уполномоченного представителя	Номер телефона уполномоченного представителя	
Адрес (улица/дом) уполномоченного представителя	Город	Почтовый индекс

**БЫЛО ЛИ ЛИЦО, НАЗНАЧЕННОЕ В ЧАСТИ А, В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 10 ЛЕТ:**

- a. Осуждено или заключено в тюрьму после осуждения за преступление 1\* степени тяжести?  
 Да  Нет
- b. Осуждено или заключено в тюрьму после осуждения за преступление 2\* степени тяжести?  
 Да  Нет

*\*См. Инструкции на стр.1 для определения преступлений 1 степени тяжести и 2 степени тяжести.*

**ЧАСТЬ В. ФУНКЦИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫЕ УПОЛНОМОЧЕННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ**

**Заявитель / получатель IHSS дает разрешение своему уполномоченному представителю действовать от его / ее имени в рамках программы IHSS и выполнять, при необходимости, следующие функции:**

- Назначение интервью и встреч с персоналом программы IHSS округа.
- Заполнение и подача форм заявлений для программы IHSS.
- Заполнение и подача любых дополнительных форм и / или предоставление дополнительных данных или информации, дающих право на участие в программе IHSS.
- Сообщение сведений в течение 10 дней в программу IHSS округа о любых изменениях, имеющих отношение к правомочности заявителя / получателя, таких как состав домохозяйства, адрес или номер телефона, или о времени, когда заявитель / получатель будет находиться вдали от дома.
- Получение информации от программы IHSS округа, касающейся статуса его / ее заявления и / или продолжения права на программу, включая разрешенные услуги и часы.
- Прием на работу и увольнение провайдера (ов) IHSS.
- Инструктаж провайдера (ов) заявителя / получателя о том, как предоставлять ему / ей услуги в рамках программы IHSS.
- Просмотр материалов дела IHSS заявителя / получателя.
- Подписывание табелей рабочего времени IHSS провайдера и / или других документов, имеющих отношение к провайдеру. **(Заполните ЧАСТЬ С. ПРАВО НА ПОДПИСЬ В ТАБЕЛЯХ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ И В ДРУГИХ ДОКУМЕНТАХ, ИМЕЮЩИХ ОТНОШЕНИЕ К ПРОВАЙДЕРУ.)**

**ЧАСТЬ С. ПРАВО НА ПОДПИСЬ В ТАБЕЛЯХ РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ И В ДРУГИХ ДОКУМЕНТАХ, ИМЕЮЩИХ ОТНОШЕНИЕ К ПРОВАЙДЕРУ**

Заполнение этой части формы позволяет уполномоченному представителю подписывать табели рабочего времени IHSS провайдера и / или другие документы, имеющие отношение к провайдеру, от имени заявителя / получателя.

**Если уполномоченный представитель также выступает в качестве провайдера заявителя / получателя и не является законным представителем, как описано на стр. 1 этой формы, то заявитель / получатель должен выбрать другого уполномоченного представителя для подписывания от его имени табелей рабочего времени IHSS провайдера и / или других документов, имеющих отношение к провайдеру.**

Если заявитель / получатель или его / ее законный представитель хотели бы назначить одного уполномоченного представителя для подписывания табелей рабочего времени IHSS провайдера и другого уполномоченного представителя для подписывания других документов, имеющих отношение к IHSS провайдеру, то заполните форму для каждого уполномоченного представителя.

**Заявитель / получатель IHSS или его / ее законный представитель утверждает следующее лицо для выполнения функций программы IHSS, указанных ниже:**

**(Выберите любые функции, указанные ниже, отметив клетки слева от функций, которые заявитель / получатель хочет, чтобы нижеследующее лицо выполняло.)**

- Подписывать табели рабочего времени IHSS провайдера.
- Подписывать другие документы, имеющие отношение к IHSS провайдеру.

<b>Имя уполномоченного представителя, который может подписывать табели рабочего времени провайдера и / или другие документы, имеющие отношение к провайдеру</b>		<b>Номер телефона</b>
<b>Адрес (улица / дом)</b>	<b>Город</b>	<b>Почтовый индекс</b>

**ЧАСТЬ D. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ / ПОЛУЧАТЕЛЯ**

Я понимаю и соглашаюсь соблюдать все условия этой формы. Я также подтверждаю, что информация, представленная в этой форме, верна и правильна.

Подпись заявителя / получателя или законного представителя.	Дата
Имя заявителя / получателя или законного представителя печатными буквами	
Подпись уполномоченного представителя, указанного в ЧАСТИ А	Дата
Подпись уполномоченного представителя, указанного в ЧАСТИ С	Дата

Подпись свидетеля или нотариуса необходима, если заявитель / получатель физически не может подписать форму и помещает идентификационный знак в раздел подписи. *Назначенный уполномоченный представитель не может выступать в качестве свидетеля.*

Имя свидетеля / нотариуса	
Подпись свидетеля / нотариуса	Дата

**FOR COUNTY USE ONLY**

County Social Worker Name

County Social Worker Signature

Date