

---

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

---

Уважаемый Заявитель/Получатель IHSS или Законный представитель!

Эта форма позволяет вам, как заявителю/получателю IHSS, или вашему законному представителю, выбрать уполномоченного представителя в рамках программы IHSS. Уполномоченный представитель несет ответственность за совершение действий от имени получателя IHSS в целях программы IHSS. Эта форма предназначена **только** для программы IHSS.

Если вы намереваетесь выбрать уполномоченного представителя, здесь вы найдете некоторую важную информацию о правилах программы IHSS:

- Если вы являетесь законным представителем заявителя/получателя, вы можете исполнять обязанности в качестве уполномоченного представителя заявителя/получателя без необходимости заполнения данной формы. Однако для того, чтобы законный представитель мог утверждать и подписывать табели рабочего времени или другие связанные с провайдером документы (Timesheets or other Provider-Related Documents - TPRD), необходимо представить форму SOC 839A. Законный представитель для целей программы IHSS - это назначенный судом попечитель взрослого человека или родитель/опекун или уполномоченное законом лицо, принимающее решения в отношении несовершеннолетнего.
- Если ваш уполномоченный представитель будет нести ответственность за подписание TPRD, вы или ваш законный представитель должны представить форму SOC 839A - *Назначение лица, подписывающего табели рабочего времени и другие связанные с провайдером документы (Designation of Signatory for Timesheets and Other Provider-Related Documents)*, чтобы назначить уполномоченного представителя в качестве лица, которое может подписывать TPRD. Однако, если ваш провайдер является также вашим уполномоченным представителем, то такие лица не вправе подписывать свои собственные TPRD, если только они не являются также вашим законным представителем.

- Вы или ваш законный представитель можете выбрать нового или назначить еще одного уполномоченного представителя IHSS **в любое время**, заполнив новую форму SOC 839 и представив ее в окружное отделение IHSS.
- Ваш уполномоченный представитель должен быть в возрасте 18 лет или старше.
- Вы не можете назначить лицо, которое не является законным представителем, в качестве уполномоченного представителя, если оно было осуждено или находилось в заключении после вынесения приговора за совершение некоторых преступлений в течение последних 10 лет.

**Существуют две категории ограничивающих преступлений:**

- **Преступления 1 степени тяжести, как определено в разделе 12305.81 Кодекса социального обеспечения и учреждений (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 оказанию медицинского обслуживания или по оказанию вспомогательных услуг.
- **Преступления 2 степени тяжести, как определено в разделе 12305.87 Кодекса социального обеспечения и учреждений (Welfare and Institutions Code (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 IHSS округа или в Государственном учреждении IHSS.

**Эта форма не предусматривает назначение уполномоченного представителя в целях проведения административных слушаний на уровне штата.** Для получения дополнительной информации о том, как выбрать уполномоченного представителя, который будет представлять вас на административном слушании на уровне штата, позвоните в отдел слушаний на уровне штата по телефону 800-952-5253.

- Ваш уполномоченный представитель может выполнять все действия, указанные в этой форме. Однако, вы все равно несете ответственность за предоставление всей необходимой информации округу для получения права на участие в программе.
- Выбор уполномоченного представителя не лишает вас возможности активно участвовать в процессе ухода за собой. **Работники программы IHSS округа все равно должны будут лично встречаться с вами, как с заявителем/получателем, чтобы задавать вопросы, связанные с вашим уходом и услугами, хотя уполномоченный представитель также может при этом присутствовать.**

### **Обязанности уполномоченного представителя**

Выбирая уполномоченного представителя, вы или ваш законный представитель соглашаетесь с тем, что ваш уполномоченный представитель может действовать от вашего имени в рамках программы IHSS. Уполномоченный представитель, указанный в этой форме, должен действовать в ваших интересах. Ваш уполномоченный представитель не может действовать от вашего имени иначе, чем в рамках программы IHSS, и не может заменять ваши решения своими. Выбор уполномоченного представителя не исключает вашего участия в управлении своим собственным уходом.

Подписывая эту форму вы, или ваш законный представитель, и уполномоченный представитель соглашаются с тем, что уполномоченный представитель будет выполнять некоторые или все следующие действия:

- Назначение интервью и встреч с персоналом программы IHSS округа.
- Заполнение и подача заявлений на участие в программе IHSS.
- Заполнение и подача любых дополнительных форм и/или предоставление любых необходимых данных или информации для получения права на участие в программе IHSS.
- Сообщение в течение 10 дней в программу IHSS округа о любых изменениях, касающихся вашего права на получение услуг, таких как состав домохозяйства, адрес или номер телефона, а также о том, в течение какого времени вы будете находиться вне дома.
- Получение информации от программы IHSS округа о статусе вашего заявления и/или о продолжении права на получение услуг, включая утвержденные услуги и часы работы.
- Прием на работу и увольнение провайдера (провайдеров) IHSS и предоставление этой информации в окружное управление IHSS или в Государственный орган.
- Уведомление вашего провайдера (провайдеров) о том, как предоставлять вам услуги в рамках программы IHSS.
- Просмотр вашего дела IHSS.

Вы и/или ваш законный представитель будете решать, что уполномоченный представитель будет делать, а что не будет делать, и несете ответственность за информирование уполномоченного представителя об этих обязанностях.

Чтобы назначить уполномоченного представителя, заполните эту форму и представьте ее в окружное отделение IHSS. И вы, и уполномоченный представитель, указанный в этой форме, должны подписать часть В этой формы. Форма не может быть обработана, если в ней отсутствует информация.

**ЧАСТЬ А. НАЗНАЧЕНИЕ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

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

По

<p><u>Кто заполняет эту форму:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Я - вышеуказанный заявитель/получатель IHSS.</p> <p><input type="checkbox"/> Я - Законный представитель заявителя/получателя. Пожалуйста, укажите, кем вы являетесь выбрав одну из следующих категорий:</p> <p><input type="checkbox"/> Попечитель (взрослого человека)</p> <p><input type="checkbox"/> Родитель/опекун/лицо, уполномоченное принимать решения (для несовершеннолетнего ребенка)</p>
---

Как заявитель/получатель услуг IHSS или их законный представитель, я даю указанному ниже лицу согласие действовать в качестве уполномоченного представителя в рамках программы IHSS.

**Я понимаю, что нижеуказанное лицо не может быть уполномоченным представителем в рамках программы IHSS, если оно было осуждено за ограничивающее преступление в течение последних 10 лет.**

Пожалуйста, предоставьте следующую информацию о человеке, назначаемом в качестве уполномоченного представителя:

Имя уполномоченного представителя		
Улица / Дом		
Город	Штат	Зип Код
Адрес эдектронной почты		Номер телефона
Разговорный язык		

**ЧАСТЬ В. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ЗАЯВИТЕЛЯ/ПОЛУЧАТЕЛЯ**

Я понимаю и соглашаюсь следовать всем условиям и положениям данной формы. Я также подтверждаю, что информация, предоставленная в этой форме, является правдивой и правильной.

Подпись заявителя/получателя или законного представителя	Дата
Имя заявителя/получателя или законного представителя печатными буквами	
Подпись назначенного уполномоченного представителя	Дата

Подпись свидетеля или нотариуса необходима, если заявитель/получатель физически не в состоянии подписать данную форму и ставит опознавательный знак в разделе для подписи. *Назначенный уполномоченный представитель не может выступить в качестве свидетеля.*

Имя свидетеля/нотариуса	
Подпись свидетеля/нотариуса	Дата