

ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS) СОГЛАШЕНИЕ О ЗАЧИСЛЕНИИ НА ДОЛЖНОСТЬ ПРОВАЙДЕРА

НОМЕР ПРОВАЙДЕРА

ИМЯ ПРОВАЙДЕРА (ИМЯ, ВТОРОЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)

1. Я присутствовал(а) на обязательной вводной ориентации для провайдеров программы IHSS, и я понимаю и согласен(на) со следующим:
 - Мне была предоставлена информация о работе провайдера программы IHSS.
 - Меня проинформировали о моих обязанностях в качестве провайдера программы IHSS.
 - Меня проинформировали о последствиях мошенничества в рамках программы IHSS.
 - Мне был предоставлен номер бесплатной телефонной горячей линии программы Medi-Cal для сообщений о мошенничестве 1-800-822-6222 и вебсайт <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> для сообщений о подозрениях на мошенничество или злоупотреблений в рамках программы IHSS.
2. Я понимаю следующие требования, предъявляемые к табелям рабочего времени:
 - Программа IHSS может оплачивать мне только те часы, которые я отработал(а), оказывая утвержденные услуги получателю, о котором я сообщаю в своем табеле рабочего времени.
 - Подписывая свой табель рабочего времени, я подтверждаю, что информация, о которой я сообщил(а), является правдивой и правильной.
 - Всякий раз, когда я отправляю табель рабочего времени, будь то на бумаге или в электронном виде, он должен быть заполнен и отправлен в течение двух недель после окончания каждого периода оплаты. Если табель рабочего времени правильно заполнен и отправлен вовремя, я получу оплату в течение 10 дней со дня его получения центром обработки табелей рабочего времени. Если табель рабочего времени не будет отправлен в течение двух недель после окончания периода оплаты, моя зарплата будет задержана.
 - Я не могу подписывать свой табель рабочего времени вместо получателя или утверждать его в электронном виде (даже если получатель сообщает мне свое имя пользователя и пароль на портале электронных услуг ESP или пароль системы телефонного учета рабочего времени TTS, если я не являюсь законным представителем получателя (назначенный судом опекун, попечитель или родитель несовершеннолетнего получателя), и заполненная форма IHSS о Назначении уполномоченного представителя (SOC 839, часть C) не была представлена в округ.
 - Я не могу подписывать табель рабочего времени другого провайдера вместо получателя или утверждать табель рабочего времени другого провайдера в электронном виде (даже если получатель сообщает мне свое имя пользователя и пароль ESP или пароль TTS), если я не являюсь законным представителем получателя (назначенный судом опекун, попечитель или родитель несовершеннолетнего получателя), ИЛИ я не назначен в качестве лица, имеющего право подписывать табели рабочего времени получателя в соответствии с предоставленной в округ заполненной формой SOC 839, частью C.

НОМЕР ПРОВАЙДЕРА

- Утверждение табеля рабочего времени от имени получателя как в бумажной, так и в электронной форме, если я не уполномочен делать это, как было описано выше, может рассматриваться как мошенничество, и это может привести к возбуждению против меня уголовного обвинения. На мне лежит личная ответственность за правильное заполнение части С формы SOC 839 и ее представление в округ до того, как я подпишу или утвержу какой-либо табель рабочего времени от имени получателя.
 - Предоставление ложной информации в моем табеле рабочего времени является преступлением и может повлечь за собой уголовное преследование.
 - Если меня признают виновным в предоставлении ложной информации в моем табеле рабочего времени, в дополнение к любой программе или уголовным наказаниям, от меня могут потребовать вернуть любую полученную мной переплату и оплатить гражданские штрафы в размере не менее \$500 и не более чем \$1,000 за каждый акт мошенничества.
3. Я понимаю, что мне необходимо заполнить форму Подтверждения трудоустройства и соответствия требованиям (форма I-9) (Employment and Eligibility Verification form I-9), которая хранится в файле получателя. В этой форме подтверждается, что я имею законное право работать в Соединенных Штатах.
4. Я понимаю, что у меня есть возможность представить Свидетельство работника на право удержания (форма W-4) (Employee's Withholding Allowance Certification - W-4) для запроса удержания федерального подоходного налога и/или Свидетельство работника Калифорнии на право удержания (форма DE 4) (California Employee's Withholding Allowance Certification - DE 4) для запроса удержания подоходного налога штата из моей заработной платы. Я понимаю, что если я не представлю форму W-4 и/или DE 4, то федеральный подоходный налог и подоходный налог штата не будут удерживаться из моей заработной платы.
5. Я понимаю, что получу от программы IHSS Уведомление провайдера о количестве утвержденных для получателя часов и видов услуг и максимальном количестве часов в неделю (SOC 2271), в котором будут указаны имя(ена) моего получателя(ей) и услуги, которые я уполномочен оказывать каждому получателю, которому я предоставляю услуги.
6. Я получил информацию относительно требований к максимальному количеству часов в неделю и времени на проезд и понимаю следующее:
- Мне будут платить сверхурочно, если я работаю более 40 часов в рабочую неделю. Рабочая неделя начинается в 12:00 am (полночь) в воскресенье и заканчивается в 11:59 pm вечера в следующую субботу.

НОМЕР ПРОВАЙДЕРА

- Если я работаю только на одного получателя, то каждую рабочую неделю я могу работать только до максимального количества еженедельных часов, утвержденных для моего получателя (не превышая их), если только мы не скорректируем мои часы таким образом, чтобы скомпенсировать дополнительные часы, отработанные мной в течение рабочей недели, путем уменьшения рабочих часов в течение другой недели месяца - во избежание превышения ежемесячных часов, утвержденных для моего получателя. Если эти дополнительные часы приведут к тому, что я буду работать более 40 часов в течение рабочей недели или к большему количеству сверхурочных часов в месяц, чем в обычном месяце, то получатель должен получить разрешение от округа прежде, чем я смогу начать работать в дополнительные часы.
- Если я отправлю табель рабочего времени, в котором превышает максимальное количество часов в неделю, и, в результате этого, я заявляю большее количество сверхурочных часов без разрешения округа, чем я обычно заявлял(а) бы в течение рабочей недели, то я получу нарушение.
- Если я работаю на более чем одного получателя, то максимальное количество часов, которое я могу работать в течение рабочей недели для всех моих получателей вместе, составляет 66 часов. Если один из моих получателей попросит меня поработать в дополнительные часы, что приведет к тому, что я буду работать больше максимального количества 66 часов в неделю, то я должен(на) либо отказаться, либо сократить продолжительность моей работы у другого получателя, чтобы я суммарно не работал(а) более 66 часов в рабочую неделю.
- Если я работаю на более чем одного получателя в течение одного и того же дня, мне может быть оплачено за время на проезд (travel time), затраченное на переезд непосредственно из одного места, где я предоставляю утвержденные услуги получателю, в другое место, где я предоставляю утвержденные услуги другому получателю. Это время на проезд не будет считаться частью моих максимальных часов в неделю.
- Максимальное количество времени, которое я могу заявить на проезд в течение рабочей недели, составляет семь часов.
- Если я отправлю табель рабочего времени, в котором я заявляю более семи часов времени на проезд в течение рабочей недели, я получу нарушение.
- Если в своем табеле рабочего времени я заявляю больше времени на проезд, чем указано в договоре Провайдера о рабочей неделе и времени на проезд по программе IHSS (IHSS Program Provider Workweek & Travel Time Agreement - SOC 2255), то округ может потребовать от меня предоставить документацию об этой дополнительной поездке. Если я не смогу предоставить это, то заявленное дополнительное время на проезд может считаться переplatой и / или может привести к передаче дела на рассмотрение в качестве мошенничества.
- Каждое полученное мной нарушение повлечет за собой последствия:

НОМЕР ПРОВАЙДЕРА

Первое нарушение	<ul style="list-style-type: none"> • Я получу письменное предупреждение от округа с информацией о том, как запросить пересмотр дела в округе.
Второе нарушение	<ul style="list-style-type: none"> • Я получу уведомление о втором нарушении вместе с информацией о том, как запросить пересмотр дела в округе. Когда я получу второе уведомление о нарушении, у меня будет возможность ознакомиться с учебными материалами об ограничениях рабочей недели и времени на проезд, а также подписать и представить уведомление о соответствии определенным требованиям (certification notice) в отделение IHSS округа. Если я полностью ознакомлюсь с этими материалами и представлю уведомление, я не получу второго нарушения. Однако, если я не ознакомлюсь с материалами и не представлю уведомление в течение 14 календарных дней со дня получения мною уведомления, то я <u>получу</u> уведомление, подтверждающее мое второе нарушение.
Третье нарушение	<ul style="list-style-type: none"> • Я получу уведомление о третьем нарушении вместе с информацией о том, как запросить пересмотр дела в округе. • Если мой запрос о пересмотре дела в округе будет отклонен, я получу информацию о том, как подать запрос о пересмотре решения о нарушении в административном порядке. • Я буду <u>отстранен</u> от работы провайдера по программе IHSS на <u>90 дней</u>. •
Четвертое нарушение	<ul style="list-style-type: none"> • Я получу уведомление о четвертом нарушении вместе с информацией о том, как запросить пересмотр дела в округе. • Если мой запрос о пересмотре дела в округе будет отклонен, я получу информацию о том, как подать запрос о пересмотре решения о нарушении в административном порядке. • Меня <u>лишат права</u> на работу провайдером по программе IHSS на <u>один год</u>.

- Если будет установлено, что я не имею права работать провайдером IHSS из-за четвертого нарушения, я могу повторно подать заявление на работу провайдером IHSS по истечении одного года после лишения права. Мне нужно будет снова выполнить все требования по регистрации провайдера, включая проверку на наличие криминального прошлого, прохождение ориентации провайдера и заполнение всех необходимых форм, прежде чем меня восстановят в должности.

НОМЕР ПРОВАЙДЕРА

7. Я понимаю, что я буду иметь право зарабатывать и использовать оплачиваемый отпуск по болезни после того, как я выполню квалификационные требования. Мой оплачиваемый отпуск по болезни может быть использован в случае моей болезни или посещения врача, а также болезни или посещения врача члена семьи.
8. Я понимаю, что если у моего получателя есть долевое участие в расходах по программе Medi-Cal, то он / она будет нести ответственность за выплату этой суммы мне непосредственно в качестве части моей заработной платы, и эта сумма не будет включена в чек моей зарплаты.
9. Я понимаю, что являюсь «лицом, обязанным сообщать» (“mandated reporter”). Это означает, что по закону я обязан сообщать о любом жестоком обращении или пренебрежении, которые я замечу во время работы. Жестокое обращение может быть по отношению к:
- пожилому человеку или находящемуся на иждивении взрослому, о чем необходимо немедленно или в кратчайшие возможные сроки сообщить в Службу защиты престарелых и лиц, имеющих инвалидность, округа (County Adult Protective Services), как того требует Кодекс учреждений социального обеспечения 15630(b)(1) (Welfare and Institutions Code 15630(b)(1), или
 - ребенку, о чем необходимо сообщить в Службу защиты детей округа (County Child Protective Services) в течение 36 часов после получения информации, как того требует Уголовно-исполнительный кодекс 11166 (a) (Penal Code 11166 (a)).
- Жестокое обращение может быть в отношении получателя, которому я оказываю услуги, кого-то другого в доме получателя или кого-либо еще.
10. Я понимаю, что согласно разделу 6253.2 Правительственного кодекса (Government Code section 6253.2), мое имя, адрес, номер домашнего и мобильного телефона и личный адрес электронной почты должны быть предоставлены местной организации труда, чтобы они могли связаться со мной и предложить мне вступить в профсоюз.
11. Я понимаю, что мне не будут платить за оказание утвержденных услуг IHSS за время, когда мой получатель находится за пределами своего дома (в больнице неотложной медицинской помощи, в учреждении с квалифицированным сестринским уходом, учреждении для пациентов, нуждающихся в уходе и рутинных медицинских услугах, социальном учреждении по уходу или учреждении, предоставляющем питание и уход). Если я оказываю какую-либо помощь своему получателю в любом из этих учреждений, то это не входит в мою работу в качестве провайдера IHSS. Если я заявлю эти часы в таблице рабочего времени IHSS, то это будет считаться мошенничеством.
12. Я буду сотрудничать с персоналом штата или округа для предоставления запрошенной информации, связанной с проведением оценки дела получателя IHSS.

НОМЕР ПРОВАЙДЕРА

Я ПОНИМАЮ ПРАВИЛА ПРОГРАММЫ IHSS, ОБЪЯСНЕННЫЕ ВО ВРЕМЯ ОРИЕНТАЦИИ ПРОВАЙДЕРА (ЧТО ВКЛЮЧАЕТ ТАКЖЕ ИНФОРМАЦИЮ, ПРЕДСТАВЛЕННУЮ В ЭТОЙ ФОРМЕ) И ИНФОРМАЦИЮ, ДАННУЮ МНЕ ОТДЕЛЕНИЕМ ОКРУГА IHSS. Я БЕРУ НА СЕБЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СЛЕДОВАТЬ ИНФОРМАЦИИ, ПРЕДОСТАВЛЕННОЙ ОКРУГОМ. Я ПОНИМАЮ, ЧТО НЕСОБЛЮДЕНИЕ ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ МНЕ ТРЕБОВАНИЙ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К УВОЛЬНЕНИЮ С ДОЛЖНОСТИ ПРОВАЙДЕРА ПРОГРАММЫ IHSS.

ПОДПИСЬ ПРОВАЙДЕРА IHSS

ДАТА

ИМЯ ПРОВАЙДЕРА (ИМЯ, ВТОРОЕ ИМЯ, ФАМИЛИЯ)
