

Numero ng Tagabigay: _____

**PROGRAMA NG IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS)
IKSEMSIYON SA OVERTIME NG NANINIRAHANG TAGABIGAY NG PANGANGALAGA SA PAMILYA**

PANGALAN NG TAGABIGAY: _____

Bahagi A: MGA KINAKAILANGAN NG TAGABIGAY

Simula noong Pebrero 1, 2016, nililimitahan ng batas ng estado (Welfare and Institutions Code section 12300.4) ang pinakamataas na lingguhang bilang ng oras na maaaring matrabaho ng tagabigay ng IHSS/Waiver Personal Care Services (WPCS) sa isang lingguhang trabaho. Ang isang tagabigay sa programa ng IHSS/WPCS ay babayaran ng overtime kung sila ay nagtrabaho nang higit sa 40 oras sa isang linggo, ngunit ang mga tagabigay ay hindi dapat magtrabaho nang higit sa 66 oras sa isang linggo para sa pinagsamang mga tagatanggap ng IHSS at WPCS.

Ang programa ng IHSS ay gumawa ng iksemsyon sa miyembro ng pamilya sa lingguhang trabaho na ang pinakamataas ay 66 na oras para sa mga tagabigay ng IHSS upang payagan silang magtrabaho hanggang sa pinakamataas ng 90 oras bawat lingguhang trabaho at hanggang sa pinakamataas ng 360 oras sa isang buwan. Upang maging karapat-dapat para sa iksemsyon na ito, dapat mong matugunan ang tatlong (3) sumusunod na kondisyon sa o bago ang Enero 31, 2016:

- Dapat kang magbigay ng mga serbisyo ng IHSS sa dalawa o higit pang tagatanggap ng IHSS.
- Dapat na kasalukuyan kang nakatira sa parehong bahay ng mga tagatanggap ng IHSS kung saan nagbibigay ka ng mga serbisyo.
- Dapat na may kaugnayan ka sa mga tagatanggap ng IHSS na iyong binibigyan ng mga serbisyo bilang iyong magulang, padrasto/madrasta, magulang na nag-ampon o lolo/lola o bilang kanyang legal na tagapag-alaga.

Sa iksemsyon na ito, hindi ka maaaring magtrabaho ng higit sa 90 oras bawat linggo ng trabaho o higit sa 360 na oras bawat buwan. Kung nagtrabaho ka ng hanggang sa pinakamataas na oras na ito para sa iyong mga tagatanggap at ang iyong tagatanggap ng IHSS ay mayroon pa ring natitirang oras ng IHSS, kung gayon ang iyong tagatanggap ng IHSS ay kailangang kumuha ng isa pang tagabigay ng IHSS upang magtrabaho sa natitirang oras ng kanilang IHSS.

Mangyaring kumpletuhin ang **Bahagi B** ng form na ito at ibigay ang lahat ng impormasyon para ma-verify na natutugunan ang tatlong (3) kinakailangan sa itaas para maging karapat-dapat sa iksemsyon na ito bilang Naninirahang Tagabigay ng Pangangalaga sa Pamilya (Live-in Family Care Provider).

Numero ng Tagabigay: _____

Bahagi B: IMPORMASYON NG MGA TAGABIGAY AT TAGATANGGAP

MGA TAGUBILIN: Dapat mong kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba tungkol sa iyong tirahan at mga mailing address at pagkatapos ay kumpletuhin ang tsart sa ibaba para sa mga tagatanggap na binibigyan mo ng mga serbisyo.

1. Ang iyong tirahan: _____

2. Ang iyong mailing address: _____

A		B	C
Impormasyon ng Tagatanggap		Kaugnayan sa Tagatanggap	Nakatira ba ang tagatanggap na ito kasama mo sa parehong tirahan? Mangyaring sagutin ng Oo o Hindi
Pangalan	Numero ng Kaso		
1.		1.	1.
2.		2.	2.
3.		3.	3.
4.		4.	4.

Numero ng Tagabigay: _____

Ipinapahayag ko na natutugunan ko ang lahat ng mga kinakailangan para maging karapat-dapat para sa iksemsyon na ito. Ipinapahayag ko pa na ang lahat ng impormasyong ibinigay ko sa form na ito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Naiintindihan ko na ang pagpapatunay ng impormasyong ito ay magaganap sa oras ng muling pagtatasa ng aking tagatanggap ng IHSS upang matukoy kung karapat-dapat pa rin ako sa iksemsyon na ito. Sumasang-ayon akong sumunod sa lahat ng kinakailangan para sa overtime sa ilalim ng iksemsyon na ito. Kung hindi ko na matugunan ang tatlong (3) kinakailangan para sa iksemsyon na ito, hindi na ako magiging karapat-dapat para sa iksemsyon na ito at dapat kong ipaalam kaagad sa county. Naiintindihan ko na sasailalim ako sa umiiral na mga paghihigpit sa limitasyon sa overtime.

LAGDA NG TAGABIGAY

PETA:

NAKALIMBAG NA PANGALAN NG TAGABIGAY:

FOR STATE USE ONLY

STAFF NAME:

DATE:

NOTES: