



## Որպես իմ անհատական մատակարարների գործատու՝ իմ պարտականությունների ճանաչում Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

Ես ցանկանում եմ ծառայություններ ստանալ Անհատական մատակարարից (Individual Provider, IP), որի համար կվճարի Սոցիալական և առողջապահական ծառայությունների վարչությունը (Department of Social and Health Services, DSHS): Ես հասկանում եմ, որ որպես իմ IP-ի գործատու, իմ պարտականությունները ներառում են՝

### Իմ մատակարարների ֆոնային (անցյալի) ստուգումներ՝

- Ես հասկանում եմ, որ իմ IP-ն պետք է անցնի և՛ ներ-նահանգային ֆոնային ստուգում, և՛ նահանգից դուրս մատնահետքերի ստուգում: Ես կարող եմ աշխատանքի ընդունել իմ IP-ին, որպեսզի անմիջապես սկսի աշխատել կամ սպասել մատնահետքերի ստուգման արդյունքներին: Եթե ես աշխատանքի ընդունեմ իմ IP-ին՝ նախքան մատնահետքերի արդյունքների պարզումը, և պարզվի, որ իմ մատակարարը որակագրկված է, DSHS-ը այլևս չի վճարելու այդ IP-ին: Ես հնարավորություն կունենամ ընտրել մեկ այլ IP, որը որակագրկված չէ:

**Ես ցանկանում եմ գործի ընդունել իմ IP-ին մինչև 120 օր ժամկետով, մինչև ես սպասում եմ մատնահետքերի ստուգման արդյունքներին:** Ես հասկանում եմ, որ իմ IP-ն պետք է սկզբուն անցնի ներ-նահանգային ֆոնային ստուգումը: Ներ-նահանգային ֆոնային ստուգումը ուսումնասիրում է. (1) քրեական դատապարտման արձանագրությունները՝ Վաշինգտոնի նահանգային պարեկության միոցով, (2) Վաշինգտոնի նահանգային դատարանի տվյալների բազայի գրառումները, և (3) Վաշինգտոնի նահանգային գործակալությունների հայտնաբերած նյութերը:

ԿԱՄ

**Ես ցանկանում եմ սպասել, մինչև ավարտվի նահանգից դուրս մատնահետքերի ստուգումը՝ նախքան իմ IP-ին գործի ընդունելը:** Նահանգից դուրս ստուգումը ներառում է այլ նահանգներում քրեական գրառումների ստուգումը:

IP-ի անունը՝ \_\_\_\_\_

### Որպես գործատու՝

- Ես պետք է ստուգեմ և գործի ընդունեմ որակավորված IP,
- Ես պետք է կապվեմ իմ գործի կառավարչի հետ՝ վստահ լինելու համար, որ IP-ի պայմանագիրը վավերական է,
- Ես հասկանում եմ, որ իմ IP-ին չի թույլատրվում աշխատել, եթե նա ծանուցում ստանա DSHS-ից, որ նա պետք է դադարեցնի աշխատանքը,
- Ես հասկանում եմ, որ իմ IP-ին չի թույլատրվում աշխատել, եթե նա այլևս չորակավորվի որպես IP,
- Ես հասկանում եմ, որ ես ծանուցում կստանամ, եթե իմ IP-ին չթույլատրվի աշխատել: Եթե ես թույլ տամ նրան աշխատել այս ծանուցման օրվանից հետո, հնարավոր է, որ ես ամբողջովին իմ վրա կվերցնեմ IP-ին վճարելու պարտավորությունը,
- Ես պետք է ստուգեմ, թե արդյոք իմ IP-ն կարող է աշխատել Միացյալ Նահանգներում: Ես պետք է լրացնեմ և պահեմ I-9 ձևաթուղթը: Եթե ինձ հարկավոր լինեն լրացուցիչ տեղեկություններ, ես կարող եմ կապվել [Ազգային անվտանգության USCIS I-9 կայքին](#) կամ զանգահարել 1-888-464-4218 համարով,
- Ես հասկանում եմ, որ կարող եմ կապվել Տնային խնամքի ուղեգրի ռեգիստրին (Home Care Referral Registry HCRR)՝ IP գտնելու հարցում օգնության համար: Այս ծառայությունը մատչելի է նահանգի տարածքների մեծ մասում: Ես կարող եմ HCRR-ի հետ կապվել 1-800-970-5456 համարով: Ես կարող եմ այցելել HCRR-ի կայքը <http://www.hcrr.wa.gov/>

### Իմ IP-ի աշխատանքի ժամացուցակը.

- Ես հասկանում եմ, որ իմ IP-ն չի կարող ավելի երկար աշխատել, քան իր աշխատանքային շաբաթվա սահմանն է՝ առանց DSHS-ի հաստատման,
- Ես հասկանում եմ, որ իմ IP-ն ունի միայն մեկ աշխատանքային շաբաթվա սահմանափակում: Իմ IP-ն չի կարող գերազանցել այդ սահմանը, անգամ եթե նա աշխատում է ինձանից բացի նաև այլ անձանց համար,
- Ես պետք է ապահովեմ, որպեսզի իմ IP-ն չաշխատի ավելի, քան իր աշխատանքային շաբաթվա սահմանն է, և ավելի շատ, քան իմ ամսական ծառայությունների ժամերն են,
- Անհրաժեշտության դեպքում, ես պետք է լրացուցիչ խնամող գտնեմ իմ կարիքները բավարարելու համար,
- Ես կարող եմ ստիպված լինեմ աշխատանքի ընդունել լրացուցիչ խնամողների՝ իմ կարիքները բավարարելու և արտաժամյա աշխատանքի կանոններին հետևելու համար,
- Ես պետք է վստահ լինեմ, որ իմ IP-ն հասկանում է իմ խնամքի ծրագիրը, կարող է հետևել իմ խնամքի ծրագրին և կարող է աշխատել իմ ուզած ժամանակացույցով,

- Ես վերահսկում եմ իմ IP-ի աշխատանքը: Անգամ եթե իմ IP-ն պայմանագիր ունի DSHS-ի հետ, DSHS-ն չի վերահսկում իմ IP-ին:

**Ձեռնոցների տրամադրում.**

- Ես պետք է ձեռնոցներ տրամադրեմ իմ IP-ին՝ անմիջական շփում պահանջող անձնական խնամքի առաջադրանքների համար, երբ նա դրա կարիքն ունենա:
- Ես ամսական կարող եմ ստանալ մինչև 200 ձեռնոց իմ Apple Health (Medicaid) նպաստից: Հնարավոր է, որ կարողանամ ավելի ստանալ, եթե դա բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ լինի:
- Եթե ես ունեմ Apple Health (Medicaid) կառավարվող խնամք, ես կարող եմ կապվել իմ առողջապահական ծրագրի կամ իմ բժշկի հետ, որպեսզի ձեռնոցներ պատվիրեմ, կամ այցելեմ <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf> կայքը
- Եթե ես ունեմ Apple Health ապահովագրություն, որը կառավարվող խնամքի միջոցով չէ, ես կարող եմ՝
  - Չանգահարել բժշկական սարքավորումների մատակարարողին՝ Առողջապահական խնամքի լիազոր մարմնի կայքի ցանկից [https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs\\_providers\\_non\\_sterile\\_gloves.pdf](https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf) կամ
  - Չանգահարել իմ բժշկին, կամ
  - Չանգահարել Բժշկական սպասարկման կենտրոն՝ 1-800-562-3022 համարով: Այս համարը գտնվում է իմ կապույտ Բժշկական սպասարկման քարտի հետևի կողմում: Ձեռնոցներ ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք Առողջապահական խնամքի լիազոր մարմնի կայքը՝ <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>:

**Ֆինանսական պարտավորություններ.**

- Ես հասկանում եմ, որ DSHS-ը պարտավոր չէ պահել կամ վճարել իմ IP-ի եկամտահարկը, եթե իմ IP-ն դրա մասին չի խնդրում,
- DSHS-ը պարտավոր է պահել և վճարել Սոցիալական ապահովության և Medicare-ի հարկերը (FICA),
- DSHS-ը պարտավոր է պահել և վճարել դաշնային և նահանգային գործազրկության հարկերը (FUTA/SUTA), բացառությամբ, եթե IP-ն իմ ծնողը կամ իմ երեխան է, ով 18-ից 21 տարեկան է,
- Ես պետք է նահանգային և դաշնային հարկային գործակալություններին հայտնեմ իմ Անձնական խնամքի մասնակցության վճարների մասին, եթե ես
  - Իմ ծառայությունները ստանում եմ Տնային և համայնքային ծառայություններից կամ իմ տեղական Ծերացման տարածքային գործակալությունից (Area Agency on Aging AAA), և
  - Գործի եմ ընդունել IP-ի, և
  - Մասնակցության վճարներ եմ կատարում իմ Անձնական խնամքի ծառայությունների համար:
    - Հարկային տեղեկությունների համար կապվեք Ներքին եկամուտների ծառայությանը՝ 1-800-829-1040 համարով կամ Աշխատանքային անվտանգության Վաշինգտոնի նահանգային վարչությանը՝ 1-888-836-1900 համարով:

**DSHS-ի հետ հաղորդակցությունը.**

- Ես կկապվեմ իմ գործի կառավարչի հետ, եթե ես՝
  - Մտահոգություններ ունեմ իմ խնամքի ծրագրի կամ իմ IP-ից ստացած խնամքի որակի վերաբերյալ,
  - Ես չեմ ստանում այն ծառայությունները, որի համար իմ IP-ն հաշիվ է ներկայացնում,
  - Ես չեմ ստանում այն ծառայությունները, որոնք լիազորված են իմ խնամքի ծրագրով,
  - Ես ցանկանում եմ փոխել կամ ավելացնել մատակարար,
  - Իմ IP-ին աշխատանքի ընդունելու/կառավարելու հարցում օգնության կարիք ունեմ, կամ
  - Ցանկանում եմ իմ IP-ին ավելի շատ ժամ հատկացնել, քան իր աշխատանքային շաբաթվա սահմանն է:

Ես հասկանում եմ նաև, որ բողոքարկելու իրավունք ունեմ, եթե DSHS-ը մերժի մատակարարի իմ ընտրությունը:

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ / ՕՐԻՆԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՅԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ	ԱՍՍԱԹԻՎ	ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ ID ՀԱՄԱՐ
---	---------	--------------------

ՀԱՃԱԽՈՐԴԻ / ՕՐԻՆԱԿԱՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՅԻ ՏՊՍԱՍՈ ԱՆՈՒՆ
---