

મારા ઈન્ડિવિજ્યુઅલ પ્રોવાઈડર્સના રોજગારદાતા તરીકે મારી જવાબદારીનો સ્વીકાર

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

હું સોશ્યલ એન્ડ હેલ્થ સર્વિસિસ ડિપાર્ટમેન્ટ (સામાજિક અને આરોગ્ય સેવા ખાતા DSHS) દ્વારા ચૂકવણી કરાતા એક ઈન્ડિવિજ્યુઅલ પ્રોવાઈડર (IP) પાસેથી સેવાઓ મેળવવાનું પસંદ કરું છું. હું સમજું છું કે મારા IPના રોજગારદાતા તરીકેની મારી જવાબદારીઓમાં આમનો સમાવેશ થાય છે:

મારા પ્રદાતાઓ માટે પાર્શ્વભૂમિ તપાસ (બેકગ્રાઉન્ડ ચેક):

- હું સમજું છું કે મારા IP એ રાજ્યની અંદરનો બેકગ્રાઉન્ડ ચેક અને રાજ્યની બહારની ફિંગરપ્રિન્ટની તપાસમાં પાસ થવું પડશે. હું મારા IPને તરજ કામે રાખી શકું અથવા ફિંગરપ્રિન્ટની તપાસના પરિણામો માટે રાહ જોઈ શકું. જો હું મારા IP ને ફિંગરપ્રિન્ટના પરિણામો પાછા આવે તે પહેલા કામ પર રાખી લઉં અને પછીથી મારા પ્રદાતાને અયોગ્ય ઠરાવવામાં આવે, તો પછીથી DSHS તે IP ને ચૂકવણી કરશે નહીં. મારી પાસે એક બીજા પાત્રતા ધરાવતા IP પસંદ કરવાનો વિકલ્પ છે:
 - હું ફિંગરપ્રિન્ટની તપાસના પરિણામોની રાહ જોવા દરમિયાન 120 દિવસ સુધી મારા IPને કામ પર રાખવા માંગુ છું. હું સમજું છું કે પહેલા મારા IPએ રાજ્યમાંના બેકગ્રાઉન્ડ ચેકમાં પાસ થવાનું રહેશે. રાજ્યમાંના બેકગ્રાઉન્ડ ચેકની સમીક્ષા; (1) વોશિંગ્ટન સ્ટેટ પેટ્રોલ દ્વારા ફોજદારી અપરાધ સાબિત થવાના રેકૉર્ડ, (2) વોશિંગ્ટન રાજ્યની અદાલતના ડેટાબેઝમાંના રેકૉર્ડ, અને (3) વોશિંગ્ટનની સરકારી એજન્સીઓ પાસેથી મળેલી માહિતી.

અથવા

 - હું મારા IPને કામ પર રાખતા પહેલા રાજ્ય બહારની ફિંગરપ્રિન્ટની તપાસ પૂર્ણ કરવામાં આવે ત્યાં સુધી રાહ જોવા માંગુ છું. અન્ય રાજ્યોમાં ફિંગરપ્રિન્ટની તપાસમાં અન્ય રાજ્યોમાં ગુનાહિત રેકૉર્ડોની તપાસનો સમાવેશ થાય છે.

IPનું નામ: _____

રોજગારદાતા બનવું:

- મારે એક લાયકાતવાળા IPની પૂર્ણ તપાસ કરી તેને કામે રાખવાનો રહેશે;
- IP પાસે માન્ય કરાર છે તેની ખાત્રી કરવા માટે મારે મારા કેસ મેનેજરનો સંપર્ક સાધવો પડશે;
- હું સમજું છું કે જો મારા IP ને DSHS પાસેથી નોટિસ મળે કે તેમણે કામ કરવાનું બંધ કરવું જોઈશે, તો તેઓને કામ કરવાની પરવાનગી નથી;
- હું સમજું છું કે જો મારા IP પાસે IP હોવાની લાયકાત ન રહે તો તેમને કામ કરવાની પરવાનગી રહેતી નથી;
- હું સમજું છું કે જો મારા IPને કામ કરવાની પરવાનગી નહીં રહે તો મને એક નોટિસ મળશે. જો હું તેમને તે નોટિસની તારીખ પછી કામ કરવા દઉં, તો હું પોતે IPને ચૂકવણી કરવાને જવાબદાર થઈશ;
- મારે સુનિશ્ચિત કરવાનું રહેશે કે મારા IP યૂનાઇટેડ સ્ટેટ્સમાં કામ કરી શકતા હોય. મારે I-9 ફોર્મ ભરીને રાખવાનું રહેશે. જો મારે વધુ માહિતીની જરૂર હોય તો હું [હોમલેન્ડ સિક્યોરિટી USCIS I-9 વેબ સાઇટ](http://www.uscis.gov) નો સંપર્ક સાધી શકું, અથવા 1-888-464-4218 પર ફોન કરી શકું છું;
- હું સમજું છું કે IP શોધવામાં મદદ માટે હું હોમ કેર રેફરલ રજિસ્ટ્રી (HCCR)નો સંપર્ક કરી શકું. આ સેવા રાજ્યના મોટાભાગના વિસ્તારોમાં ઉપલબ્ધ છે. હું 1-800-970-5456 ઉપર ટેલિફોન દ્વારા HCCR નો સંપર્ક કરી શકું. હું HCCR સુધી ઇન્ટરનેટ પર અહીં પહોંચ બનાવી શકું: <http://www.hcr.wa.gov/>

મારા IPના કામ માટે સમય નક્કી કરવો:

- હું સમજું છું કે DSHSની સ્વીકૃતિ વિના મારા IP તેમની સાપ્તાહિક કાર્ય સીમાથી વધુ કામ કરી શકે નહીં;
- હું સમજું છું કે મારા IP ને માત્ર એક કાર્ય સપ્તાહ સીમા હોય છે. મારા IP મારાથી વધુ લોકો માટે કામ કરતા હોય, તો પણ આ સીમાની ઉપર જઈ શકે નહીં;
- મારે સુનિશ્ચિત કરવાનું રહેશે કે મારા IP તેમની કાર્ય સપ્તાહ સીમાથી અને મારા માસિક સેવા કલાકોથી વધુ કામ ન કરતા હોય;
- જ્યારે મારે જરૂર પડે ત્યારે મારે બેક-અપ કેરગિવર શોધવાના રહેશે;
- મારી જરૂરિયાતો પૂરી કરવા અને ઓવરટાઇમના નિયમોનું પાલન કરવા માટે મારે વધારાના કેરગિવર્સને કામે રાખવા પડી શકે;
- મારે સુનિશ્ચિત કરવું જોઈએ કે મારા IP મારી સંભાળ યોજનાને સમજે છે, મારી સંભાળ યોજનાનું પાલન કરી શકે છે, અને હું ઇચ્છું તે સમયપત્રક પ્રમાણે કામ કરી શકે છે;

- હું મારા IPના કામનું નિરીક્ષણ કરું છું. મારા IP DSHS સાથે એક કરાર ધરાવે છે તેમ છતાં DSHS મારા IP ના રોજિંદા કામ અને પ્રવૃત્તિઓ ઉપર દેખરેખ રાખી શકતું નથી.

હાથ મોજાં પૂરા પાડવાં:

- મારે મારા IPને હાથેથી કરવાના અંગત સંભાળના કાર્યો માટે જરૂરી હોય ત્યારે હાથ મોજાં પૂરા પાડવાના રહેશે:
- હું એપલ હેલ્થ (મેડિકેઇડ) બેનિફિટમાંથી મહિનાના 200 હાથ મોજાઓ પ્રાપ્ત કરી શકું છું. જો તબીબી રીતે જરૂરી લાગે તો હું વધુ મોજા મેળવી શકું છું.
- જો મારી પાસે એપલ હેલ્થ (મેડિકેઇડ) પ્રબંધિત સંભાળ હોય, તો હું હાથ મોજાં મંગાવવા માટે મારા આરોગ્ય પ્લાન અથવા મારા ડોક્ટરનો સંપર્ક કરી શકું, અથવા અહીં જઈ શકું <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- જો મારી પાસે એપલ હેલ્થ કવરેજ હોય જે પ્રબંધિત સંભાળ દ્વારા ન હોય, તો હું આ કરી શકું:
 - એક તબીબી ઉપકરણો પૂરા પાડનારને હેલ્થ કેર ઓથોરિટીની વેબસાઇટ: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf પરથી કોલ કરી શકું, અથવા
 - મારા ડોક્ટરને કોલ કરી શકું; અથવા
 - 1-800-562-3022 પર મેડિકલ સર્વિસ સેન્ટરને કોલ કરી શકું. આ નંબર મારા વાદળી રંગના મેડિકલ સર્વિસ કાર્ડની પાછળના ભાગમાં આવેલ છે. હાથ મોજા મેળવવા વિશેની વધારે માહિતી માટે <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx> ઉપરની હેલ્થ કેર ઓથોરિટીની મુલાકાત લો.

નાણાંકીય કર્તવ્યો

- હું સમજું છું કે જો મારા IP દ્વારા એવું કરવાની સુચના આપવામાં આવેલ ન હોય તો મારા IP માટે આવકવેરો ચુકવવા કે રોકી રાખવા માટે DSHS જવાબદાર નથી.
- સોશ્યલ સિક્યોરિટી અને મેડિકેરના કરો (FICA) ની ચુકવણી કરવા અને તે રોકી રાખવાની જવાબદારી DSHSની છે;
- જો IP મારા માતા-પિતા કે મારું બાળક કે જે 18 અને 21 વર્ષ વચ્ચેની ઉંમરનું હોય તે પૈકી હોય નહીં તો ફેડરલ એન્ડ સ્ટેટ અનએમ્પ્લોયમેન્ટ ટેક્સિસ(FUTA/SUTA) ની ચુકવણી માટે DSHS જવાબદાર છે.
- મારે મારી અંગત સંભાળ સહભાગિતા (પર્સનલ કેર પાર્ટિસિપેશન)ની ચુકવણીઓની રાજ્ય અને સંઘની ટેક્સ લાગુ કરતી એજન્સીઓને જાણ કરવાની રહેશે જો હું:
 - મારી સેવાઓ હોમ એન્ડ કોમ્યુનિટી સર્વિસિસ અથવા મારી સ્થાનિક એરીયા એજન્સી ઓન એજિંગ (AAA) પાસેથી મેળવું, અને
 - એક IP ને કામે રાખું, અને
 - મારી અંગત સંભાળ સેવાઓ (પર્સનલ કેર સર્વિસિસ) માટે હિસ્સો ચુકવું.
 - ટેક્સ સંબંધી માહિતી માટે 1-800-829-1040 ઉપર ઇન્ટરનલ રેવન્યુ સર્વિસનો અથવા 1-888-836-1900 ઉપર વોશિંગ્ટન સ્ટેટ ડિપાર્ટમેન્ટ ઓફ એમ્પ્લોયમેન્ટ સિક્યોરિટીનો સંપર્ક કરો.

Communicating With DSHS:

- હું મારા કેસ મેનેજરનો સંપર્ક કરીશ જો હું:
 - મને મારી સંભાળ યોજના (કેર પ્લાન) અથવા હું મારા IP પાસેથી જે સંભાળ મેળવું છું તેની ગુણવત્તા બાબતે કોઈ પણ ચિંતાઓ હોય
 - મારા IP જેનું બિલ કરી રહ્યા છે તે સેવાઓ હું ન મેળવતો/તી હોઉં;
 - મારા કેર પ્લાનમાં મંજૂરી મળેલી હોય તેવી સેવાઓ હું ન મેળવતો/તી હોઉં.
 - હું એક પ્રોવાઇડરને બદલવા કે ઉમેરવાનું પસંદ કરું.
 - મને મારા IPને કામે રાખવા/પ્રબંધિત કરવામાં મદદની જરૂર હોય; અથવા
 - મારા IPને તેઓની/તેણીની કાર્ય સપ્તાહ સીમા કરતાં વધુ કલાકો આપવા હોય.

હું એ પણ સમજું છું કે મને જો DSHS મારી પસંદગીના પ્રદાતા ન આપે તો અપીલ કરવાનો અધિકાર છે.

ગ્રાહક/કાનૂની પ્રતિનિધિની સહી	તારીખ	ગ્રાહકનો ઓળખ નંબર
-------------------------------	-------	-------------------

ગ્રાહક/કાનૂની પ્રતિનિધિનું છાપેલું નામ