

Обов'язки, які я маю виконувати як роботодавець індивідуальних постачальників послуг Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

Я обираю отримання послуг від індивідуального постачальника послуг (Individual Provider, IP), роботу якого оплачує Департамент соціального захисту та охорони здоров'я (Department of Social and Health Services, DSHS). Я усвідомлюю, що, оскільки я є роботодавцем індивідуального постачальника послуг, я маю такі обов'язки:

Перевірка біографічних даних моїх постачальників послуг:

- Я розумію, що мій індивідуальний постачальник послуг **мусить** пройти як перевірку біографічних даних на рівні штату, так і перевірку відбитків пальців поза штатом. Мій індивідуальний постачальник послуг може перейти до виконання своїх обов'язків негайно після прийому на роботу, або ж я можу дочекатися результатів перевірки його відбитків пальців. Якщо мій індивідуальний постачальник послуг перейде до роботи до отримання мною результатів перевірки, згідно із якими його буде визнано таким, що підлягає дискваліфікації, Департамент DSHS припинить оплачувати працю цього індивідуального постачальника послуг. Я зможу вибрати іншого постачальника послуг, який пройшов усі перевірки із задовільними результатами:

- Я хочу прийняти на роботу індивідуального постачальника послуг на строк до 120 днів до результатів перевірки відбитків пальців. Я розумію, що мій індивідуальний постачальник послуг мусить спочатку пройти перевірку біографічних даних на рівні штату.** У рамках перевірки біографічних даних індивідуального постачальника послуг на рівні штату перевіряються: (1) записи про правопорушення, зафіксовані дорожньо-патрульною службою штату Вашингтон, (2) записи в базі даних суду штату Вашингтон, а також (3) відомості державних органів штату Вашингтон.

АБО

- Я хочу дочекатися результатів перевірки відбитків пальців поза штатом, і вже після цього прийняти індивідуального постачальника послуг на роботу.** Перевірка відбитків пальців поза штатом передбачає їхню звірку з даними про притягнення до кримінальної відповідальності, наявними в інших штатах.

Ім'я та прізвище індивідуального постачальника послуг: _____

Як роботодавець:

- Я відбираю кандидатів та приймаю на роботу кваліфікованого індивідуального постачальника послуг;
- Я мушу звернутися до мого куратора з догляду та перевірити дійсність угоди із індивідуальним постачальником послуг;
- Я розумію, що індивідуальному постачальнику послуг **не** дозволено працювати, якщо він/вона отримає від Департаменту DSHS повідомлення із розпорядженням/наказом про припинення роботи;
- Я розумію, що індивідуальному постачальнику послуг **не** дозволено працювати, якщо він/вона втратить кваліфікацію індивідуального постачальника послуг;
- Я розумію, що у випадку, якщо моєму індивідуальному постачальнику послуг **не** дозволено працювати, я отримаю відповідне повідомлення; Якщо я дозволю індивідуальному постачальнику послуг працювати після дати, зазначеної в такому повідомленні, я несу одноосібну відповідальність за оплату послуг, наданих мені постачальником;
- Я мушу перевірити наявність у мого індивідуального постачальника послуг права на працю на території Сполучених Штатів Америки. Я мушу заповнити та зберегти форму I-9. Я можу звернутися на веб-сайт Бюро у справах громадянства та імміграції (USCIS) Міністерства національної безпеки США ([Homeland Security USCIS I-9 Web Site](http://www.dhs.gov/homeland-security)) або за тел. 1-888-464-4218, якщо мені потрібна додаткова інформація;
- Я розумію, що по допомогу з пошуком індивідуального постачальника послуг я можу звертатися до Регістрації направлень для надання услуг на дому (Home Care Referral Registry, HCRR). Ця послуга надається у більшості регіонів штату. Я можу зв'язатися із HCRR телефоном 1-800-970-5456. Я також можу зв'язатися з HCRR онлайн за адресою: <http://www.hcrr.wa.gov/>

Визначення графіка роботи мого індивідуального постачальника послуг:

- Я розумію, що мій індивідуальний постачальник послуг **не може** працювати понад тижневий ліміт робочих годин без дозволу Департаменту DSHS;
- Я розумію, що мій індивідуальний постачальник послуг має лише один тижневий ліміт робочих годин. Мій індивідуальний постачальник послуг не може перевищувати цей ліміт навіть за умови, якщо, окрім мене, він обслуговує додаткових клієнтів;
- Я мушу вжити заходів для того, щоб мій індивідуальний постачальник послуг не перевищував встановлений для нього тижневий ліміт робочих годин, а також загальну кількість годин обслуговування на місяць, визначену для мене;
- За необхідності я мушу забезпечити доступ до послуг резервного постачальника;
- Можливо мені прийдеться найняти додаткових постачальників послуг, щоб задовольнити свої потреби та дотриматися правил, які регулюють понаднормову роботу;
- Я мушу переконатися в тому, що мій індивідуальний постачальник послуг розуміє задачі мого плану догляду, може забезпечити виконання мого плану догляду та має можливість працювати за графіком, який є для мене оптимальним;

- Я контролюю роботу мого індивідуального постачальника послуг. Не дивлячись на те, що моїм індивідуальним постачальником послуг укладено угоду з Департаментом DSHS, Департамент DSHS не контролює роботу мого індивідуального постачальника послуг.

Забезпечення рукавичками:

- Я мушу надати моєму індивідуальному постачальнику послуг рукавички для виконання практичних задач/процедур із індивідуального догляду за мною, якщо необхідно:
- За умовами страхового покриття Apple Health (Medicaid) я отримую до 200 пар рукавичок на місяць. За медичної необхідності цю кількість може бути збільшено.
- Якщо я користуюся послугами у рамках керованого медичного обслуговування за програмою Apple Health (Medicaid), я можу звернутися до мого плану медичного обслуговування або до мого лікаря та замовити рукавички, або перейти за посиланням <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- Якщо я користуюся покриттям Apple Health не в рамках плану керованого медичного обслуговування, я можу:
 - Звернутися до постачальника медичного приладдя зі списку на веб-сайті Управління охорони здоров'я (Health Care Authority) за адресою: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf або
 - Зателефонувати моєму лікарю; або
 - Зателефонувати до Центру медичного обслуговування за телефоном 1-800-562-3022. Номер центра зазначений із зворотного боку вашої синьої картки Medical Service Card. Додаткова інформація щодо отримання рукавичок наведена на веб-сторінці Управління охорони здоров'я (Health Care Authority) за адресою: <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>.

Фінансова відповідальність:

- Я розумію, що Департамент DSHS не відповідає за утримання або сплату податків на прибутки мого індивідуального постачальника послуг, окрім випадків, коли індивідуальний постачальник послуг сам запитає про це;
- Департамент DSHS відповідає за відрахування податків до фонду соціального захисту та до фонду Medicare (FICA);
- Департамент DSHS мусить утримувати та сплачувати федеральні податки штату до фонду допомоги безробітним (FUTA/SUTA) окрім випадків, коли індивідуальний постачальник послуг є моїм батьком/матір'ю або дитиною віком від 18 до 21 років;
- Я маю надавати звіти про мою частину оплати за персональний догляд до податкових агенцій федерації і штату, якщо я:
 - отримую послуги через програму догляду на дому (Home and Community Services) або в місцевій агенції у справах літніх осіб (Area Agency on Aging, AAA); та
 - користуюся послугами індивідуального постачальника послуг;
 - частково сплачую за персональний догляд.
 - Щоб отримати інформацію про податки, зверніться до податкової служби (Internal Revenue Service) за телефоном 1-800-829-1040 або до Департаменту з питань зайнятості штату Вашингтон (Washington State Department of Employment Security) за телефоном 1-888-836-1900.

Взаємодія із Департаментом DSHS:

- Я можу звернутися до мого куратора з догляду в таких випадках:
 - я маю питання щодо свого плану догляду або якості догляду, який я отримую від індивідуального постачальника послуг;
 - я не отримую послуг, включених у рахунок, які індивідуальний постачальник послуг надає DSHS;
 - я не отримую послуг, затверджених моїм планом догляду;
 - я хочу змінити або додати постачальника послуг;
 - мені потрібна допомога щодо прийняття на роботу/організації роботи мого індивідуального постачальника послуг; або
 - я хочу забезпечити моєму індивідуальному постачальнику послуг більше робочих годин, ніж це передбачене його/її тижневим лімітом.

Я також розумію, що маю право на апеляцію, якщо Департамент DSHS не узгодить вибраного мною індивідуального постачальника послуг.

ПІДПИС КЛІЄНТА/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА

ДАТА

ІДЕНТИФІКАЦІЙНИЙ НОМЕР КЛІЄНТА

РОЗШИФРУВАННЯ ПІДПISУ КЛІЄНТА/ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВНИКА