고용 편람

개인 서비스 제공자용

"우리는 최선을 다해야 한다. 그것이 신성한 인간의 책임이다."

- 알버트 아인슈타인

노인 및 장애 서비스 행정국

워싱턴 주 보건사회부

목차

소개

개인 서비스 제공자를 위한 고용 참조 가이드 이용 1
서비스직 종사자 국제 조합 보건 노조(Service Employees International Union Healthcare) 775 NW 1

채용 절차

범죄 기록 확인 및 지문 2
DSHS 계약 체결 3-5

교육/훈련 및 홈 케어 보조원(HOME CARE AIDE) 인증 요건

훈련 및 인증 기한 관리 6
홈 케어 보조원(HCA) 인증 6
오리엔테이션 및 안전교육 7
70 시간 훈련 조건 7
훈련 및 홈 케어 보조원 인증 조건 면제 8
자신의 부모나 자녀에게만 케어 서비스를 제공할 경우 8
한 사람에게 한 달 20 시간 이하로 케어 서비스를 제공하는 경우 8
훈련/인증 기한을 준수하지 않을 경우 9
복귀 9
간호 위임 조건 10
계속 교육 조건 10
장기 요양 간병사 훈련 조건 표 11-12
개인 서비스 제공자를 위한 홈 케어 보조원 인증 점검 항목 13-14

지불

일간 근무 시간 및 마일리지 기록 15
근무 시간 기록표(DSHS 15-051) 작성 지침 16
시간표 샘플 17
마일리지 상환 18
SSPS 사회 복지 서비스 통지(DSHS 14-259) 19
SSPS 사회복지 서비스 통지 샘플 20
사회복지 서비스 지불 시스템 서비스 청구서 21
휴가/유급 휴무(PTO) 시간 청구 21
SSPS 서비스 청구서(DSHS 08-141) 샘플 22
SSPS 서비스 청구서 안내 23
Invoice Express 24
Invoice Express 이용하기 24
SSPS 서비스 청구서 우편 발송 24
Invoice Express 샘플 25
계좌 입금 26
보증 시스템 송금 통지서(DSHS 07-071) 26
지원 요청 27
수표 수령과 관련하여 자주 겪는 문제와 해결 방법 27-28

일반 고용 정보

연방 소득세 원천징수 29
W-2 급여 신고서 30
사회보장 및 메디케어 세금 31
소득증빙 31
실업 수당 31
건강 보험 선택 사항 32
산재 보험 33
휴가/유급 휴무시간 33-34
임금 인상 34-35
급여 공제 35
일을 그만둘 경우 36
취업 추천서 및 고용 이력 확인 36

기타 정보

학대 신고 의무 37
성인 보호 서비스(APS) 번호 37
불만처리부(CRU) 번호 37
홈케어 의뢰 등록기관 38
간행물 주문 뒷 표지
인터넷 자료 뒷 표지
SEIU 775 NW 자료 뒷 표지

회원 정보 센터
월요일 - 금요일
오전 8시- 오후 6시
1-866-371-3200

서문

개인 서비스 제공자용 고용 편람 사용하기

개인 서비스 제공자(Individual Provider, IP)로서 새로운 출발을 하신 귀하를 환영합니다! 간병인은 중요한 직업입니다. 간병인은 고용주가 건강과 행복을 추구할 수 있도록 뒷받침하고 최대한 독립적인 생활을 영위할 수 있도록 돕습니다.

개인 서비스 제공자를 위한 고용 편람을 통해 간병인이 되기 위한 정보를 얻을 수 있을 것입니다. 이 안내서는 개인 서비스 제공자(IP)가 되기 위한 훈련과 자격 조건의 변경에 관한 개정된 정보를 담고 있습니다.

이 고용 편람을 숙독하여 주십시오. 질문이 있으시면 목차를 이용하여 도움이 되는 항목을 찾아보십시오. 다른 사람에게 도움을 구하기 전에 본 고용 편람을 살펴 보십시오.

서비스직 종사자 국제 조합 - 보건 노조(Service Employees International Union Healthcare 775nw)

모든 개인 서비스 제공자(IP) 장기요양보호(LTC) 서비스 직원은 서비스직 종사자 국제 조합(Service Employees International Union, SEIU) - 보건 노조 (Healthcare 775NW)가 대표합니다. 이는 2002년에 IP의 과반수 의결로 조합이 설립된 결과입니다.

고용 조건의 상당 부분이 단체 협상 계약(노조 협약)에 포함되어 있습니다. 노조 협약을 통해 임금 인상 정보와 인상 시기, 고용 혜택에 관한 자세한 정보를 볼 수 있습니다. 노조 협약서는 **www.seiu775.org** 를 통하여 온라인으로 주문하거나 또는 회원 정보 센터(Member Resource Center) 무료 전화 **1-866-371-3200**을 이용하여 주문할 수 있습니다.

단체 협상 계약, 노조, 노조 가입, 노조 혜택, 노조 자원 봉사 등에 관해 궁금한 사항도 회원 정보 센터로 전화하여 문의하십시오.

채용 절차

귀하께서 개인 간호를 제공하는 사람을 고용주라고 합니다. 귀하를 고용한 고용주는 귀하를 채용하여 업무를 지시하고 귀하의 유료 서비스 제공 방법을 결정합니다. 고용주는 IP를 해고할 수도 있습니다.

고용주는 보건사회부(DSHS)의 수혜자입니다. DSHS는 IP가 제공하는 서비스를 관리하고 비용을 지불합니다. 여기서는 고용주와 DSHS의 관계에 대해 설명할 때 고용주를 DSHS 수혜자라고 부릅니다.

DSHS에서 고용주를 대리하여 IP에게 비용을 지불하기 위해 IP가 추가로 이행해야 할 요건과 단계가 있습니다. 귀하의 준수 사항:

- 자격을 갖춘 IP로서 인증 받아야 합니다.
- 18세 이상이어야 합니다.
- 사진 있는 유효한 신분증, 사회보장 카드 또는 미국 내 노동 허가서를 제출해야 합니다
- 전과 조회를 통과해야 합니다.
- 지문을 통한 전과 조회를 통과해야 합니다.
- "계약 개인간병인 고용 양식(Individual Provider Contractor Intake Form)"에 서명해야 합니다.
- DSHS와의 계약서에 서명하고 계약서의 조항에 동의해야 합니다.

IP가 개인 간호를 제공하는 사람을 고용주라고 합니다.

범죄 기록 확인 및 지문

개인 서비스 제공자(IP)를 포함한 모든 장기 요양 서비스 종사자는 Washington 주 범죄 기록 확인 및 지문에 기반한 신원조회를 완료해야 합니다. 따라서 DSHS에서 신원조회를 하기 위해 신원조회에 필요한 정보를 기록할 신원조회 승인서(Background Authorization form)를 작성하라고 할 것입니다. 신원조회 결과 다음과 같이 나타나면 주 법률에 따라 계약을 하지 못하거나 주 또는 연방 자금의 지급을 받을 수 없게 됩니다.

- 특정 범죄로 유죄를 선고받은 경우
- 특정 범죄의 혐의가 있는 경우
- 성인 보호 서비스, 아동 보호 서비스, 보건부와 관련하여 부정적인 법적 조치가 있는 경우

귀하는 또한 "지문날인 예약" 양식을 작성하고 지문을 통한 전과 조회를 위한 예약일을 결정해야 합니다. "지문날인 예약" 양식은 예약 일정에 관한 정보를 제공합니다. 다른 전과 조회 조건을 통과하였다면 귀하께서는 지문을 통한 전과 조회 결과를 기다리는 동안 최대 120일간 근무를 하실 수 있습니다.

HCS/AAA 사무국을 통해 계약한 경우 전과 조회는 채용 기간 중 2년에 한 번 이상씩 실시됩니다. 발달장애행정국(DDA)을 통해 계약한 경우 전과 조회는 채용 기간 중 3년에 한 번 이상 실시됩니다.

DSHS 계약 체결

귀하는 *DSHS 수혜자 서비스 계약 IP 서비스(DSHS Client Service Contract Individual Provider Services)*를 검토하고 서명해야 합니다. 이 계약서를 면밀하게 읽어보십시오. DSHS 계약서에는 IP가 DSHS 수혜자에게 서비스를 제공하고 DSHS로부터 보수를 받음으로써 어떤 활동을 수행하는 데 동의하는지가 개괄적으로 명시되어 있습니다.

귀하는 *DSHS 수혜자 서비스 계약 IP 서비스(DSHS Client Service Contract Individual Provider Services)*양식 원본 2부에 서명해야 합니다. DSHS 담당자 역시 DSHS 계약서 2부에 서명해야 합니다. 그 중 1부는 IP가 전달 받아 보관합니다.

IP는 보수를 받기 전에 DSHS 계약서에 서명해야 합니다. DSHS 계약의 발효일은 근무 시작 시점과 상관없이 IP가 보수를 받을 수 있는 가장 빠른 일자로 합니다. 귀하의 계약서는 **DSHS**의 권한 있는 대표가 계약서에 서명해야 계약이 발효됩니다.

귀하의 DSHS 계약이 거절될 수 있는 사유

새로운 고용주가 IP를 채용하고 감독하지만, 법률 및 규정에 따라 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사가 특정 상황에서 IP의 DSHS 계약을 거절할 수 있습니다. DSHS 계약이 체결되지 않으면 IP는 고용주에게 제공한 서비스에 대한 보수를 DSHS로부터 받을 수 없습니다.

다음은 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사가 IP의 DSHS 계약을 거절할 수 있는 예입니다.

- IP가 간호 계획(Care Plan)에 명시된 서비스를 제공할 수 없거나 지장을 받을 만한 다른 직업이 있거나 개인적 책임을 맡고 있는 경우
- IP가 간호 계획에 명시된 서비스를 제공하는 것이 현실적으로 어려울 정도로 고용주와 멀리 떨어진 곳에 사는 경우
- 고용주를 담당하는 의료 기관 또는 기타 식견 있는 전문가가 IP에게 적절한 간호를 제공할 능력이 없다고 판단한 경우
- IP의 알코올 또는 약물 남용 증거가 있을 경우
- IP가 가정 폭력의 가해자였거나 접근 금지 명령을 받았거나 기타 범죄를 저질러 신고된 이력이 있을 경우
- IP가 Washington 주나 국가 등록기관 전과 기록에 형사 유죄판결이나 혐의가 있는 경우
- 고용주가 필요한 개인 생활 보조를 받지 못한 것으로 확인된 경우
- DSHS 수혜자가 HP를 채용하지 않을 경우

간호 계획(Care Plan)은 간호 팀이 고용주를 지원하기 위해 해야 할 모든 일을 개괄적으로 정리해 놓은 문서화된 계획입니다.

귀하의 DSHS 계약이 거절될 수 있는 사유

다음은 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사가 IP의 DSHS 계약을 거절하는 예입니다.

- IP가 아동 또는 취약한 성인을 상대로 학대, 방치, 유기했거나 착취했다고 판결을 받은 적이 있거나 학대 등록원부에 등록되어 있는 경우
- IP가 보건부에서 부정적인 조치를 받은 경우
- IP가 아동 또는 취약한 성인을 간호할 수 있는 허가, 면허, DSHS 계약이 주 및/또는 연방 정부 규정 불이행으로 인해 거절, 유예, 철회되었거나 해지된 적이 있는 경우
- IP에게 실격 조건에 해당하는 전과가 있는 경우
- IP가 고용주의 배우자이고(배우자가 가사도우미(Chore) 서비스를 받는 경우는 제외) 다른 어떤 DSHS 수혜자도 간호할 계획이 없는 경우
- IP의 인성, 역량, 적합성 심사 결과, 계약직 및 유급 IP의 자격을 갖추지 못한 것으로 확인된 경우
- IP가 연방수혜배제 정보자료 심의에 의해 메디케어, 메디케이드 및/또는 타이틀 XIX 지불금 수혜자에서 배제된 경우

IP가 지급을 거절 당할 수 있는 사유

IP가 일을 시작한 후 제공한 서비스에 대한 보수의 지급을 거절 당할 수 있는 경우가 있습니다. 경우에 따라 DSHS 계약을 해지하는 조치가 내려질 수도 있습니다. 다음의 경우 IP는 지급을 거절당합니다.

- 3페이지, "DSHS 계약을 거절 당하는 사유"에 명시된 항목 모두 해당됩니다.
- IP가 필수 교육/훈련을 기한 내에 이수하지 않은 경우나 홈 케어 보조원 인증 요건을 기한 내에 이수하지 않은 경우에도 서비스에 대한 보수 지급이 거절됩니다 (6~12페이지 참조).

주 정부 기관들은 주 및 연방 법을 이행하기 위해 워싱턴 행정 규정(Washington Administrative Code, WAC)이라고도 하는 규정을 따릅니다.

WAC는 다음 방법으로 확인할 수 있습니다.

- DSHS 인터넷 사이트: http://www.apps.leg.wa.gov/wac
- 현지 공공 도서관을 방문하여 도움을 청하십시오.
- 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 1부를 요청하십시오.

IP, DSHS 계약, 지급 거부 사유에 대한 자세한 내용은 WAC 388-71-0500 ~ 1006에서 확인하십시오.

DSHS 계약이 해지되는 사유

특정 조건 또는 상황에서는 IP의 DSHS 계약이 해지됩니다. 다음과 같은 경우에 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사가 DSHS 계약의 해지에 착수합니다.

- "DSHS 계약을 거절 당하는 사유"에 명시된 항목 모두 해당되는 경우
- 홈 케어 보조원 인증이 취소된 경우
- IP가 적절한 간호를 제공할 능력 또는 의향이 없거나 고용주의 건강, 안전 또는 행복을 위협하는 경우
- IP가 미성년자 또는 취약한 성인을 대상으로 가정 폭력, 학대, 방치, 유기 또는 착취를 저질렀다는 증거가 있는 경우
- IP가 근무 시간에 알코올 또는 불법 약물을 사용하거나 알코올 또는 불법 약물에 취한 상태로 일한 경우
- IP가 고용주 또는 고용주의 생활과 관련되는 다른 사람에게 취하는 행동 때문에 고용주가 피해를 입을 위험이 있는 경우
- 고용주의 의료 기관에서 제출한 보고에 따라 IP의 부적절한 간호 때문에 고용주의 건강 상태가 악화된 경우
- IP가 고용주의 간호 계획에 명시된 필수 서비스를 제공하지 못한 경우
- 고용주가 IP로부터 적절한 간호를 받지 못한다는 불만이 고용주 또는 그 대리인으로부터 접수된 경우
- IP가 응급 상황에 제대로 대처하지 못한 경우
- 신원조회를 하는 달에 IP의 이름이 연방배제정보자료 중 한 곳에 등재되어 있는 경우
- IP가 필요한 훈련과 인증을 적시에 받지 않은 경우

지불이 거절되거나 계약이 종료된 경우 IP는 결정에 이의를 제기하기 위해 행정 심의회를 신청할 수 있습니다. 행정 심의회를 요청하려면 OAH에 서면으로 요청서를 보내 주십시오.

교육/훈련 및 홈 케어 보조원(HCA) 인증 요건

본 항은 귀하의 훈련 및 인증 조건이 무엇인지 이해하는데 도움이 될 것입니다. 필요한 조치를 취하고 기한을 지키기 위해 12~13페이지의 "개인 서비스 제공자를 위한 홈 케어 보조원 인증 점검 항목"을 확인하십시오.

법률에 따라 장기 요양 간병사는 유급 개인 보호를 제공하기 전에 5시간의 오리엔테이션과 안전 훈련을 이수해야 합니다. 또한 장기 요양 간병사는 대부분 70 시간의 기본 훈련을 **채용 후 120일** 이내에 완료해야 합니다. 10~11 페이지의 표를 검토하여 귀하께서 70시간의 기본 훈련을 이수해야 하는지 확인하십시오.

모든 IP는 Training Partnership을 통해 제공되는 필수 교육/훈련을 반드시 이수해야 합니다. 회원 정보 센터에 연락해 필수 교육/훈련을 등록하는 것은 귀하의 책임입니다. 회원 정보 센터 1-866-371-3200에 문의하십시오.

공인 HCA가 되는데 필요한 일을 수행하는 것은 귀하의 책임입니다.

홈 케어 보조원(HCA) 인증

다수의 장기 요양 간병사는 홈 케어 보조원(HCA) 인증을 받아야 합니다. 홈 케어 보조원(HCA) 인증을 받아야 하는 서비스 제공자는 보건부(DOH)에 고용일로부터 14일 이내에 홈 케어 보조원 신청서를 제출해야 합니다. *"장기 요양 간병사 훈련 조건"*의 10 페이지에 있는 표에서 구체적인 조건을 확인하십시오.

홈 케어 보조원(HCA)으로 인증을 받기 위해 몇 가지 단계를 따르고 중요 기한을 준수해야 합니다. 필요한 조치를 취하고 기한을 지키기 위해 11~12페이지의 *"개인 서비스 제공자를 위한 홈 케어 보조원 인증 점검 항목"*을 확인하십시오.

2012년 1월 7일 이후에 장기 요양을 제공하기 위해 채용된 경우: 75시간의 훈련을 채용일로부터 120일 이내에 이수하고 채용일로부터 200일 이내에 보건부로부터 HCA 인증을 받아야 합니다.

영어 사용이 어려운 경우(영어 읽기 쓰기, 말하기 능력이 제한적임) 보건부로부터 임시 HCA 인증을 받을 수 있습니다. 임시 인증을 받으면 추가로 60일(총 260일) 이내에 정식 HCA 인증을 받을 수 있습니다. 근무를 계속하려면 임시 HCA 인증이 만료되기 전에 정식 HCA 인증을 받아야 합니다.

임시 HCA 인증을 받으시려면 DAH 신청서에서 *"영어 읽기, 쓰기, 말하기 능력이 제한적인 임시 홈케어 보조원 인증 신청"*에 체크해야 합니다.

오리엔테이션 및 안전교육

귀하는 간병 서비스를 제공하기 전에 오리엔테이션과 안전 교육을 이수해야 합니다. IP가 간병 서비스를 제공하기 위한 계약을 할 때 DSHS 직원이 오리엔테이션 및 안전교육 관련 DVD를 제공할 것입니다. DVD를 모두 시청하고 난 후:

- 사회 복지 서비스 통지(Social Service Notice)를 받을 때까지 기다립니다(17 페이지 참조).
- DVD를 다 시청하였으면 1-866-483-1397로 전화해 이를 증명합니다. 전화를 하기 전에는 확인번호와 귀하의 사회보장번호 마지막 4자리 번호를 준비해야 합니다. 확인번호는 다음과 같이 연락해 획득할 수 있습니다.
- www.myseiubenefits.org에 로그인합니다. 귀하의 이름 바로 밑에 확인번호가 나와 있습니다.
- studentsupport@myseiubenefits.org에 이메일을 보내 확인번호를 문의합니다.
- 회원 정보 센터, 1-800-371-3200으로 전화합니다.

SEIU Healthcare NW Training Partnership을 통한 훈련 서명 - 회원 정보 센터에 문의하십시오: **1-866-371-3200**, 또는 **www.myseiubenefits.org**로그인

70 시간 훈련 조건

5시간의 *오리엔테이션 및 안전교육*에 추가하여 다수의 장기 요양 간병사는 70시간의 기본훈련(총 75시간 훈련)을 채용일로부터 120일 이내에 받아야 합니다. 귀하는 NW 트레이닝 파트너쉽을 통해 이 훈련을 받을 수 있습니다.

✓ 귀하는 채용일로부터 14일 이내에 이 훈련에 등록해야 합니다. 귀하께서 계신 지역에서 훈련을 찾아 등록하시려면 www.myseiubenefits.org의 트레이닝 파트너쉽 웹사이트를 방문하시거나 회원 정보 센터 1-866-371-3200으로 전화하십시오.

✓ 귀하께서는 채용일로부터 14일 이내에 보건부에 HCA 인증을 신청해야 합니다. 신청 수수료는 포함하지 마십시오. 트레이닝 파트너쉽에서 직접 보건부에 귀하의 신청 수수료를 지불할 것입니다.

✓ 귀하께서는 Prometric이라는 업체를 통해 HCA 인증 시험에 등록해야 합니다. 훈련 일자가 정해진 뒤 바로 등록을 하십시오. 신청 수수료는 포함하지 마십시오. Prometric에서 직접 보건부에 귀하의 신청 수수료를 지불할 것입니다.

✓ 5시간의 오리엔테이션 및 안전교육과 70시간의 기본 훈련을 이수하시면 HCA 인증을 위한 훈련 조건(75시간)을 충족하고 Prometric 시험을 볼 수 있습니다.

홈케어 보조원(HCA)에 대해 자세히 알아보시려면 다음을 따르십시오.

- 회원 정보 센터, 1-866-371-3200으로 전화합니다.
- 12~13페이지의 홈 케어 보조원 인증 점검항목을 참고하십시오.

홈 케어 보조원(HCA) 인증 신청에 대해 더 자세히 알아보시려면 다음의 DOH 웹사이트를 방문하십시오.

- www.doh.wa.gov/LicensesPermitsandCertificates/ProfessionsNewReneworUpdate/HomeCareAide.aspx

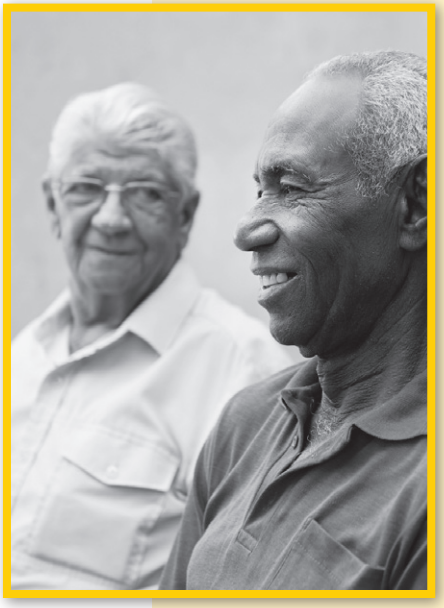
HCA 인증 시험과 테스트 신청 절차에 대해 자세히 알아보시려면 Prometric 웹사이트를 방문하십시오.

- www.prometric.com/WADOH/

70시간 훈련 및 HCA 인증 면제

면제를 받으셨다면 70시간의 훈련이나 홈 케어 보조원 인증을 받으실 필요가 없습니다. 다음의 경우 면제를 받으실 수 있습니다.

- 보건부에 정상 등록된 등록 간호원(RN)이나 면허를 소지한 간호사(LPN), 간호 기술자, 인증을 받은 간호조무원(CNA)인 경우
- 공립교육 사무국(OSPI)에서 특수 교육 훈련을 받고 이수내용을 인정받은 경우
- 2011년 1월 1일부터 2012년 6월 1일 사이에 Washington 주의 장기 요양 시설에서 근무하고 모든 훈련 조건을 이수한 경우. 장기 요양 시설 근무의 예로는 주 면허를 취득한 보조 생활 시설(요양소), 성인 패밀리 홈, 홈 케어 기관이나 DSHS의 고객을 위한 개인 서비스 제공자로 노인이나 장애인을 위한 유급 개인 요양 서비스 제공이 있습니다.



자신의 부모나 자녀에게만 케어 서비스를 제공할 경우

부모나 자녀(다른 사람은 포함하지 않음)에게 장기 요양을 제공하는 개인은 다른 훈련 조건을 따라야 합니다. 귀하만이 부모나 자녀에게 요양을 제공하는 경우 70 시간의 기본 훈련을 이수할 필요가 없습니다. 10~11 페이지의 표에서 귀하의 상황에 맞는 훈련 조건을 확인하십시오.

본인의 부모나 자녀가 아닌 고객을 보살피는 경우에는 훈련 조건이 변경됩니다. 현재 훈련 조건을 이해하는데 도움이 필요하시면 1-866-371-3200의 회원 정보 센터에 문의하십시오.

한 사람에게 한 달 20 시간 이하로 케어 서비스를 제공하는 경우

한 달에 20시간 이하로 한 사람에게 케어 서비스를 제공하는 경우 제한 서비스 제공자로 간주됩니다. 제한 서비스 제공자에게는 상이한 훈련 조건이 적용되며 70 시간의 기본 훈련을 이수하지 않아도 됩니다. 다른 고객에게 서비스를 제공하거나 근무 시간을 늘린 경우에는 훈련 조건이 변경됩니다.

10~11 페이지의 표에서 제한 서비스 제공자에 맞는 훈련 조건을 확인하십시오.

기한 내에 교육/훈련을 받지 않거나 인증서를 이수하지 않을 경우

기한 내에 교육/훈련을 받지 않거나 HCA 인증서를 이수하지 않을 경우 IP에게 지불되는 보수는 중지됩니다. 이 기한은 **연기되지 않습니다**

보수가 중지되기 전까지는 이수한 모든 교육/훈련 시간에 대해 IP 보수가 지급될 것입니다.

(유급 IP로서) 보수를 다시 받기 위해서는 자비(요구되는 경우)로 남은 필수 교육/훈련 과정을 이수해야 하고 공인 HCA가 되어야만 합니다.

유급 IP가 다시 되려면

훈련 기한을 준수하지 못한 경우, 커뮤니티 강사를 통해 필요한 나머지 훈련을 이수하고 훈련 대금을 직접 납부해야 합니다. **IP의 보수가 중지되는 경우 SEIU Healthcare NW Training Partnership은 더 이상 필수 교육/훈련을 제공할 책임이 없습니다. DSHS는 기한 내 교육/훈련을 마치지 못한 IP와 SEIU Healthcare NW Training Partnership 사이를 개입할 수 없습니다.**

커뮤니티 강사 목록을 확인하시려면 DSHS 노인 및 장기지원 행정국 웹사이트 www.altsa.dshs.wa.gov/professional/training/를 방문하시고 "클래스 찾기"를 클릭하십시오.

HCA 인증서 획득 기한을 놓친 IP는 보건부와 Prometric이 요구하는 모든 요건들을 충족해야만 공인 HCA가 될 수 있습니다.

복구 조건을 충족하신 후(훈련 및 HCA 인증):

- ✓ 고용자의 사례 관리자에게 연락하여 개인 서비스 제공자(IP) 복직을 문의하십시오. 귀하가 Training Partnership이 아닌 곳에서 이수한 교육/훈련 수료증 사본과 공인 HCA 증빙서류 사본을 케이스 매니저에게 제출해야 합니다.
- ✓ **1-866-371-3200**의 회원 정보센터로 연락하여 개인 서비스 제공자(IP)로 복귀하였음을 알리십시오.

간호 위임 요건

간호 위임(Nurse Delegation)을 통해 간호 업무를 위임 받은 IP는 다음 추가 교육 및 인증 요건을 충족해야 합니다.

다음 인증 중 한 가지를 갖추어야 합니다.

- 간호 조무사 - 등록 (NAR)
- 간호 조무사 - 인증 (NAC)
- 인증 홈 케어 보조원 (HCA).

및

다음 훈련을 이수해야 합니다.

- 간호 조무사 - *등록(NAR)인 경우:*
  간호 조무사를 위한 핵심 기본 훈련 및 간호 위임 CORE
- 간호 조무사 - *인증(NAC)인 경우:*
  간호 조무사를 위한 간호 위임 CORE.
- *인증 홈 케어 보조원(HCA)인 경우*
  간호 조무사를 위한 간호 위임 CORE.

인슐린 주사 업무도 위임해야 합니다. 위임 업무를 수행하기 전에 법률에 따라 간호 조무원이나 HCA는 *간호 조무원을 위한 간호 위임: 당뇨 초점을 간호 조무사를 위한 간호 위임 CORE* 클래스 후에 완료해야 합니다. 개인 서비스 제공자는 누구나 이 과정에 참여할 수 있으나 간호 위임 업무를 수행하려면 NAR, NAC, HCA 인증을 가지고 있어야 합니다.

공인 HCA가 되는데 필요한 일을 수행하는 것은 귀하의 책임입니다.

계속 교육 요건

대부분의 장기 요양 간병사는 12시간의 지속 교육(CE)을 생일이 되기 전 매년 이수해야 합니다. *"장기 요양 간병사 훈련 조건"*의 10 페이지에 있는 표에서 구체적인 조건을 확인하십시오.

계속 교육 클래스 찾기

- Training Partnership 웹사이트 http://www.myseiubenefits.org/를 방문하십시오.
- 아래 회원 정보 센터에 전화합니다. 1-866-371-3200
- DSHS 노인 장기 요양 지원 행정국 웹사이트 https://fortress.wa.gov/dshs/adsaapps/Professional/training/training.aspx를 방문하여 장기 요양 간병사 훈련 정보를 얻을 수 있습니다.

장기요양 간병사 교육 조건

Long Term Care Worker Training Requirements

개인 서비스 제공자 범주	오리엔테이션 및 안전		기초 교육			HCA 자격증	최초 계속 교육 (CE)	계속 교육(CE)
	오리엔테이션 2시간	안전 교육 3시간	속성 기본 교육 30시간	기초 교육 70시간	부모 서비스 제공자 클래스 7시간 (DDA에 한함)	HCA 자격증 필요하십니까?	계속 교육 (CE) 12시간	계속 교육 (CE) 12시간
표준 개인 서비스 제공자: 2012년 6월 1일 이후 자격증 없이 고용됨	요양 서비스 제공 전에 완료	요양 서비스 제공 전에 완료	필요 없음	요양 서비스 제공 120일 전에 완료	필요 없음	예, 고용 후 200일 이내	최초 HCA 자격증 발급일로부터 1년 뒤 생일 전	매년 생일까지
표준 개인 서비스 제공자: 2012년 6월 1일 이후 자격증을 가지고 고용됨	필요 없음	필요 없음	필요 없음	필요 없음	필요 없음	예, 자격증을 유지해야 합니다.	생일 전 최초 HCA 자격증 갱신일	매년 생일까지
면제 개인 서비스 제공자: 2011년 1월 1일에서 2012년 6월 1일 사이, 장기 요양 시설 근무 및 해당 시기에 기본 교육 조건을 이수함 장기 요양 시설 근무의 예로는 주 면허를 취득한 보조 생활 시설(요양소), 성인 패밀리 홈, 홈 케어 기관이나 DSHS의 고객을 위한 개인 서비스 제공자로 노인이나 장애인을 위한 유급 개인 요양 서비스 제공이 있습니다.	필요 없음	필요 없음	필요 없음	필요 없음	필요 없음	아니오	근무를 하거나 업무에 복귀했을 때 생일 전까지	매년 생일까지 2012년 6월 1일 후에 업무에 복귀하면 근무를 하지 않더라도 매년 CE 12시간을 이수해야 합니다.
면제 개인 서비스 제공자: 등록 간호사, 고급 등록 간호 서비스 제공자, 면허를 취득한 간호사, 간호 기술자 자격증	필요 없음	필요 없음	필요 없음	필요 없음	필요 없음	RN 또는 LPN 자격증이 올바르게 유지되는 한 필요 없음	RN 또는 LPN 자격증을 올바르게 유지하십시오.	RN 또는 LPN 자격증을 올바르게 유지하십시오.
면제 개인 서비스 제공자: 간호 보조원과 함께 인증된 자격증	필요 없음	필요 없음	필요 없음	필요 없음	필요 없음	CNA 자격증이 올바르게 유지되는 한 필요 없음	근무 첫 해의 생일 전까지	매년 생일까지
면제 개인 서비스 제공자: 공립교육 사무국(OSPI)의 특수 교육 승인과 함께	필요 없음	필요 없음	필요 없음	필요 없음	필요 없음	특수 교육 인정서가 올바르게 유지되는 한 필요 없음	근무 첫 해의 생일 전까지	매년 생일까지

장기요양 간병사 교육 조건

Long Term Care Worker Training Requirements

개인 서비스 제공자 범주	오리엔테이션 및 안전		기초 교육			자격증	최초 계속 교육 (CE)	계속 교육(CE)
	오리엔테이션 2시간	안전 교육 3시간	속성 기본 교육 30시간	기초 교육 70시간	부모 서비스 제공자 클래스 7시간 (DDA에 한함)	HCA 자격증 필요하십니까?	계속 교육 (CE) 12시간	계속 교육 (CE) 12시간
*** 부모 개인 서비스 제공자:** 생물학적 자녀, 양자녀, 입양 자녀를 위한 개인 보호	요양 서비스 제공 전에 완료	요양 서비스 제공 전에 완료	보호 시작일로부터 120일 이내에 완료	필요 없음	필요 없음	아니오	자발적으로 HCA 자격을 취득하지 않은 한 필요 없음	자발적으로 HCA 자격을 취득하지 않은 한 필요 없음
*** 부모 DD 개인 서비스 제공자:** 발달 장애가 있는 생물학적 자녀, 양자녀, 입양 자녀를 위한 개인 보호	요양 서비스 제공 전에 완료	요양 서비스 제공 전에 완료	필요 없음	필요 없음	보호 시작일로부터 120일 이내에 완료	아니오	자발적으로 HCA 자격을 취득하지 않은 한 필요 없음	자발적으로 HCA 자격을 취득하지 않은 한 필요 없음
*** 제한 서비스 개인 서비스 제공자:** 한 사람에게 한 달 동안 20시간(이하) 서비스 제공	요양 서비스 제공 전에 완료	요양 서비스 제공 전에 완료	보호 시작일로부터 120일 이내에 완료	필요 없음	필요 없음	아니오	2014년 7월 1일 후: 다음 생일까지	2014년 7월 1일 후: 매년 생일까지
*** 성인 자녀 개인 서비스 제공자:** 생물학적 부모, 양부모, 입양 부모를 위한 성인 자녀 보호	요양 서비스 제공 전에 완료	요양 서비스 제공 전에 완료	보호 시작일로부터 120일 이내에 완료	필요 없음	필요 없음	아니오	속성 기본 교육을 완료한 후 다음 연도 생일 전까지	매년 생일까지

* 서비스를 제공하는 고객의 유형이나 수가 변경되거나 근무 시간을 늘린 경우 개인 서비스 제공자의 분류가 변경될 수 있습니다. 이로 인해 교육과 자격 조건이 강화될 수 있습니다.
개인 서비스 제공자 분류와 교육 조건에 대한 질문이 있으시면 다음 번호로 회원 자원 센터에 문의하십시오.
1-866-371-3200

IP(Individual Providers)를 위한 홈케어 보조사 자격증 취득을 위한 체크리스트

법률에 따른 요건:

고용일(서비스 개시 승인)로부터 120일 이내에 75시간의 교육(오리엔테이션 및 안전 교육 5시간 포함)을 이수해야 하며, 고용된 후 200일 이내에 공인 홈케어 보조사(Home Care Aide) 자격증을 취득해야 합니다. 이와 같이 기한 내에 교육을 받지 않거나 자격증을 취득하지 않으면 계속해서 보수를 받을 수 없습니다. 이 기한을 잘 지킬 수 있도록 다음 권장 일정표와 체크리스트를 잘 활용하십시오.

홈케어 보조사(HCA)로 고용되기 위해 직원과 함께 해야 할 일

완료 후 각 네모 칸에 체크로 표시하십시오.

☐ 계약 시 이름과 생년월일에 대한 신원 조회를 완료합니다.

☐ 계약 시 받게 될 지문 채취 예약 양식에 **보건부** 자격증 발급 신청서 작성에 필요한 OCA 번호가 생성될 것입니다. **이 지문 채취 예약 양식을 보관하고** OCA 번호를 다음 라인에 기재하십시오. _____

☐ 지문 채취 일자가 정해집니다. 지문 채취 예약 시간을 다음 라인에 기재하십시오._____

☐ 케어 서비스를 제공하기 전: 5시간짜리 *오리엔테이션 및 안전 교육 DVD*를 시청한 후 1-866-483-1397 자동 시스템에 전화합니다. 이때 귀하의 SSN 마지막 4자리 번호와 Training Partnership으로부터 받은 확인 코드를 준비합니다. SEIU Healthcare NW Training Partnership에서 보내드릴 환영사 서신을 받으면 지시사항을 잘 읽으십시오.

S1 단계: 보건부(DOH) 자격증 발급 신청서를 제출합니다.

☐ 고용일로부터 14일 이내에 완료합니다. DOH에 자격증 발급을 신청합니다. DOH *HCA 자격증 발급 신청서(HCA Certification Application)*를 제출합니다. DOH 신청서에 반드시 지문 채취 양식에 있는 OCA 번호를 기재해야 합니다. SEIU Healthcare NW Training Partnership에서 보내드릴 환영사 서신을 받으면 지시사항을 읽고 그에 따라 귀하의 신청서를 보내십시오. 수수료는 송금하지 마십시오.

⇒ *신청자에게는 (HM으로 시작되는) 10자리의 DOH 자격 증명 번호(credential #)가 부여됩니다. 이 번호는 Prometric 신청 시 필요합니다. DOH 웹사이트에서 "Provider Credential Search"를 클릭하여 본인의 DOH 자격 증명 번호를 확인합니다.*

☐ 영어를 잘 할 줄 모르는 사람(영어를 읽고, 쓰고 또는 말하는 데 어려움이 있는 사람)에게는 해당 기한에 60일간 임시 자격이 추가로 주어질 수 있습니다. 이 경우 반드시 첫 DOH 신청서에 표기를 해야만 자격이 주어집니다.

2단계: SEIU Healthcare NW Training Partnership에 교육 강좌를 등록합니다.

☐ 고용일로부터 14일 이내에 등록합니다. NW Training Partnership 웹사이트(www.myseiubenefits.org) 또는 회원 리소스 센터, 1-866-371-3200에 전화하여 70시간의 기본 교육강좌를 등록합니다.

☐ 고용일로부터 60일 이내에 이수할 것을 권장합니다. 시험 응시 및 자격증 취득 기한에 맞게 본인의 거주 지역 내에서 강좌를 들을 수 있도록 가급적 빨리 교육을 이수합니다.

☐ 75시간의 교육을 이수한 후 Training Partnership에서 자동으로 수료증 사본을 DOH에 우송합니다.

3단계: Prometric 응시 원서를 제출하고 시험 일자를 정합니다.

☐ 일단 교육 일정이 정해지면: Prometric에 HCA 필기 및 기술 시험을 신청합니다. *워싱턴 주 HCA 시험 신청서(Application Form For WA State HCA Examinations)*를 제출합니다. 받게 될 환영사 서신에 나와 있는 지시사항을 따르고 주소와 본 안내문 뒷면에 나와 있는 주소와 위치 안내 설명을 참조하십시오. 돈을 송금하지 마십시오.

⇒ *이 양식에서 요구하는 응시자 ID 번호로는 1단계에서 언급한 바 있는 DOH에서 부여한 10자리 자격 증명 번호를 사용합니다.*

⇒ *HCA 기술 시험의 경우, 영어 외 13개 언어로 치를 수 있습니다. 필기 시험의 경우, **영어 또는 이들 언어 중 한 언어로 구두 시험**을 치를 수 있습니다. 상세 설명과 해당 언어들은 본 안내문 뒷면을 참조하십시오.*

4 단계: 교육 및 시험 완료 시, DOH에서 홈케어 보조사 자격증 발급 여부를 결정합니다.

☐ Prometric를 통해 필기 시험과 기술 시험에 응시하려면 반드시 75시간의 교육을 이수해야 합니다. 교육이 끝나는 날짜를 예상해 시험 일자를 정합니다. 교육을 마친 후 예정대로 시험을 보십시오. 시험 일자를 다음 라인에 기재합니다. _____

☐ 위의 날짜에 시험을 보지 못했다면 즉시 시험 일정을 다시 정하십시오. *시험에 불합격한 경우, 즉시 Prometric에 재시험을 신청하십시오. 불합격한 부분에 대해 재시험을 치릅니다. 각각의 재시험마다 수수료를 납부해야 합니다.*

☐ DOH에서 자격증을 발급해 주면 DOH 웹사이트에 "유자격" 홈케어 보조사로 게시됩니다. 웹사이트는 본 안내문 뒷면을 참조합니다.

웹사이트, 우편물 발송 주소, 연락처 및 도움이 될 만한 정보는 본 안내서 뒷면 참조 →

HCA가 되기 위한 시험 완료와 자격증 취득 마감일은 고용일로부터 200일간으로 연장됩니다. *SSPS에서 발송한 서비스 승인 통지서에 있는 서비스 시작일이 첫 고용일이 되며, 이 때부터 서비스를 제공할 수 있습니다.* ***기본 교육 이수 기한인 120일****은 이 서비스 시작일을 기점으로 계산합니다.*

의무 기한을 준수하기에 가장 좋은 권장 일정은 다음과 같습니다!

권장사항				*의무 기한*
14 일	30일	60일	65일	교육 – 120일 자격증 취득 – 200 및 260일
교육 등록 DOH 에 신청 (DOH 14일—의무사항)	Prometric에 신청	교육 이수	시험 응시	120일째까지 교육 이수, 200일째까지 자격증 취득 또는 260일째까지 임시 자격증을 취득할 수 있도록 시간적 여유를 둡니다.

교육 및 자격증 취득 기한을 지키지 못한 경우

- 케어 제공에 대한 보수를 **받을 수 없습니다.**
- 귀하는 나머지 훈련을 직접 **지불해야합니다.**

영어가 아닌 다른 언어로 HCA 시험을 치르는 방법

HCA 시험을 스페인어, 러시아어, 베트남어, 한국어 또는 중국어로 치르려면, Prometric HCA 시험 신청서 2쪽에 희망하는 언어를 체크합니다. 영어 또는 이들 언어 중 하나로 구두 필기 시험을 치르기 위해서는 HCA 신청서 2쪽, "First Time Tester" 아래에 있는 "Oral Exam and Skills exam"에 체크 표시합니다. 구두 시험을 선택한 경우, 컴퓨터가 문제와 보기를 큰 소리로 읽어줍니다. **구두** 시험에는 추가 10달러의 응시 수수료가 부과됩니다.

HCA 자격증 발급 문의처 정보

문의처	전화 및 팩스	우편물 발송 주소	이메일
DOH	**HCA 자격증 발급 코디네이터** **(HCA Credentialing Coordinator)** (360) 236-2700 **DOH 고객 서비스** **(DOH Customer Service)** (360) 236-4700	**신청서 및 수수료 발송:** 돈을 송금하지 마십시오. DOH Home Care Aide Credentialing P.O. Box **1099** Olympia, WA 98507 **최초 신청서와 함께 발송하지 않은 기타 문서 발송:** DOH Home Care Aide Credentialing P.O. Box **47877** Olympia, WA 98504	Homecareaides@doh.wa.gov
Prometric	**10/31 통해 9/1에서 :** BSI에 메일 응용 프로그램 돈을 송금하지 마십시오. Benefit Solutions Inc. PO Box Mukilteo, WA 98275 Phone: 877-959-6274 Fax 1-866-863-8177	**온 11/1/13 후 :** Prometric을에게 메일 시험 신청. 돈을 송금하지 마십시오. Prometric, Attention: WA Home Care Aide Program 7941 Corporate Dr. Nottingham, MD 21236 Fax: 800-813-6670	Prometric Email: WAHCA@prometric.com New Prometric Feature: Online Application Benefits Solutions Email: HCA@bsipta.com

아래 링크들은 www.adsa.dshs.wa.gov/professional/training/links 에서 확인할 수 있습니다.

신원 조회(Background Checks)

- 신원 조회 허가 양식(Background Check Authorization Form)
- 지문 채취 예약 양식(Fingerprint Appointment Form)
- BCCU 웹사이트

교육(Training)

- 강좌/강사 검색(Find a Class/Instructor)

자격증 발급—DOH

- 메인 웹사이트
- HCA 자격증 발급 신청 (HCA Certification Application)
- 제공기관 자격 증명 검색 (Provider Credential Search)

NW Training Partnership MRC
1-866-371-3200
SEIU Healthcare NW Training Partnership

자격 시험—Prometric

- 메인 웹사이트
- WA주 HCA 시험 신청서 양식(WA State HCA Examinations Application Form)
- HCA 시험 정보 게시판 (HCA Test Information Bulletin)

Washington State Department of Social & Health Services
ADSA Aging & Disability Services Administration

September 2013

급여 수령

일일 근무 시간 및 마일리지 기록

모든 IP는 매일 일한 시간과 환급 가능 마일리지를 기록해야 합니다(아래 참조). *DSHS 양식15-015x – 개인 서비스 제공자 시간표*를 이용하여 근무 시간과 마일리지를 기록하십시오.

이 시간표는 중요한 문서입니다. 이 문서는 IP를 보호하고 IP에게 책임을 부여하는 근무 기록입니다.

이 시간표를 기록함으로써

- 근무 시간 및 마일리지와 관련하여 IP와 고용주 간의 의견 불일치 가능성을 줄일 수 있습니다.
- 고용주의 케이스 관리자/사회복지사가 이를 참조하여 고용주의 간호 계획을 모니터링할 수 있습니다.
- 근무 시간이 고용주의 간호 계획 시간과 일치한다는 기록을 마련할 수 있습니다.

고용주가 IP에게 근무 시간 기록표 양식을 제공합니다. 캄보디아어, 중국어, 한국어, 라오스어, 러시아어, 소말리아어, 스페인어와 베트남어 시간표도 사용 가능합니다. 이 언어 중 하나로 근무 시간 기록표를 작성하는 것이 편리할 경우 고용주의 케이스 관리자/사회복지사와 상의하십시오.

근무 시간 기록표를 작성하는 것도 일과에 포함해야 합니다.

근무 시간 기록표를 정확하고 일관성 있게 작성하지 않을 경우 보수 지급이 지연, 거절되거나 계약이 해지될 수도 있습니다**.**

이를 피하기 위해:

- 15페이지의 지침을 따르고 16페이지의 시간표 예시를 활용하여 시간표 작성에 참고하십시오.
- 근무 시간과 마일리지를 매 근무일마다 기록하십시오.
- DSHS의 여러 고객에게 서비스를 제공하는 경우 고용주마다 별도의 시간표를 기록하십시오.
- 각 지불기간 말이 되면 서명을 하기 전에 고용주와 시간표가 정확한지 검토하십시오.
- 작성하고 서명한 근무 시간 기록표 1부를 고용주에게 전달하고, 1부는 IP가 보관합니다. **시간표를 SSPS 청구서와 함께 발송하지 마십시오.**

근무 시간 기록표는 6년간 보관해야만 합니다. DSHS 수혜자를 위해 더 이상 일을 하지 않을 경우(수혜자가 이사, 사망한 경우 또는 IP로서 더 이상 일을 하지 않는 경우)에도 6년간 근무 시간 기록표를 보관하도록 하십시오. 귀하의 근무 시간 기록표는 연방 또는 주정부 감사기관에서 요청할 수 있습니다. 요청 받았음에도 불구하고 근무 시간 기록표 사본을 제출하지 않을 경우 IP로서 받은 보수를 환불해야 하거나 서비스 계약이 취하될 수도 있습니다.

시간표 작성 지침 (DSHS 15-051x)

1. 양식의 맨 윗줄, "수혜자/고용주 이름(CLIENT/EMPLOYER NAME)" 칸에 고용주의 이름을 활자체로 기입합니다.
2. "IP 이름(INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME)" 칸에 본인의 이름을 활자체로 기입합니다.
3. "CM 이름(CM NAME)" 칸에 고용주를 담당하는 케이스 관리자의 이름을 활자체로 기입합니다.
4. "월(MONTH)" 칸과 "연도(YEAR)" 칸을 기입합니다.
5. 해당 월의 날짜를 나타내는 숫자 아래의 "A" 행, "서비스 시작 시간(TIME SERVICE BEGAN)" 칸에 일을 시작한 시간을 기입합니다. AM 또는 PM 표시를 포함해야 합니다.
6. "B" 행, "서비스 종료 시간(TIME SERVICE ENDED)" 칸에 일을 마친 시간을 기입합니다.
7. "C" 행에 그날의 총 시간을 기입합니다. **근무 시간 기록표는 IP가 실제로 일한 시간만 포함해야 합니다. 서비스를 제공하도록 허가 받은 시간을 초과하여 입력해서는 안 됩니다.**
8. 고용주를 이동시킨 마일 수를 입력하십시오.
   "D" 열(해당하는 경우) 환급 가능한 마일리지는 7페이지에서 확인하십시오.

** 지불 기간 동안 근무한 날에 대하여 매일 5~8 단계를 반복하십시오.**

9. 월말에 "C" 행의 근무 시간 합계를 계산하여 "합계(Totals)" 열에 기입합니다. (이 시간은 지불 청구서에 기록한 근무 시간과 일치해야 합니다.
10. 케어 계획에 정의된 개인 간병 업무 옆에 체크하십시오.
11. **DDD 임시 휴식**

a. DDD 임시 휴식 서비스만을 제공하는 경우 개인 간병 업무 박스에 체크하지 마십시오. 시간표의 "DDD 임시휴식" 박스에만 체크하시면 됩니다.

b. 한 고용주에게 임시 휴식과 개인 간병 서비스를 모두 제공하는 경우에는 해당 월의 **두** 시간표를 작성하십시오. **한** 시간표에는 임시 휴식 시간을 기록하고 **다른** 시간표에는 개인 간병 시간을 기록하십시오. 이 **두 번째** 근무 시간 기록표에서 IP가 수행한 개인 생활 보조 활동을 체크합니다.

12. 양식을 작성한 다음 정확하게 기입되었는지 고용주의 확인을 받습니다. 고용주가 동의한 경우 "수혜자 서명(CLIENT'S SIGNATURE)"에 서명해야 합니다.
13. "IP 서명(INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE)" 아래에 IP가 서명합니다.
14. 1부는 IP가 6년간 보관하고, 다른 1부는 고용주가 보관하게 합니다. **시간표를 SSPS 청구서와 함께 발송하지 마십시오.**
15. 근무 시간 기록표를 참조하여 SSPS 서비스 청구서를 정확하게 작성할 수 있습니다.

휴가/유급 휴무 시간 청구에 관한 정보는 19페이지를 참조하십시오.

DSHS로부터 보수를 지급 받으려면 근무 시간 기록표를 작성해야 합니다.

근무 시간 기록표는 6년간 보관하십시오. 주 및 연방 감사 기관에서 언제든지 요청할 수 있습니다.

Washington State Department of Social & Health Services
ADSA Aging & Disability Services Administration

AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION

Individual Provider Time Sheet

CLIENT/EMPLOYER NAME	INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME	CM NAME	MONTH/YEAR
Cheryl Smith	**Paris, Rita**	**Sally Jones**	**July 2012**

Day of Month		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A	Time Service Began	7 A	10 A	10 A		9 A	9:30 A	9:30 A			9 A	9 A	9 A	8 A			
B	Time Service Ended	3 P	1 P	1 P		3 P	1:30 P	1:30 P			3 P	3 P	3 P	4 P			
C	Total Hours Each Day	7	3	3		6	4	4			6	6	6	8			
D	Mileage							11									

Day of Month		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALS
A	Time Service Began		10 A	10 A	9 A			9:30 A	9:30 A	9 A	9:30 A		8:30 A				
B	Time Service Ended		1 P	1 P	3 P			2:30 P	2:30 P	3 P	1:30 P		1:30 P				
C	Total Hours Each Day		3	3	6			5	5	6	4		5				90
D	Mileage								11								22

CHECK TASKS PEFORMED DURING MONTH (PERSONAL CARE PROVIDERS ONLY)

- ☒ Meal Preparation*
- ☐ Eating
- ☒ Escort/Transport to Medical*
- ☒ Dressing
- ☒ Personal Hygiene
- ☐ Bed Mobility/ Positioning
- ☒ Walking/Locomotion
- ☐ Application of Lotion/ Ointment*
- ☐ Toenails Trimmed*
- ☒ Transfer
- ☒ Bathing
- ☐ Toileting
- ☐ Housework*
- ☐ Passive Range of Motion Treatment
- ☐ Essential Shopping*
- ☐ Wood Supply*
- ☐ Dry Bandage Change
- ☐ Medication Management*
- ☐ DDD Respite

* Tasks for adult clients only.

INSTRUCTIONS FOR DOCUMENTING YOUR DSHS AUTHORIZED HOURS

A. Enter time service began – indicate AM or PM as appropriate.
B. Enter time service ended – indicate AM or PM as appropriate.
C. Enter total hours worked each day.
D. Mileage: All miles traveled transporting or shopping for a client when authorized per SSPS.

DO NOT send these time sheets to Case Managers unless requested. Keep completed time sheets in your records for six (6) years. Copies will be requested by Case Managers at the time of reassessment. DSHS may request copies at any time.

CLIENT'S SIGNATURE	INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE

This form is available at http://www1.dshs.wa.gov/msa/forms/eforms.html

DSHS 15-051(X) (REV. 06/2011)

COPIES TO: Individual Provider; Client/Employer

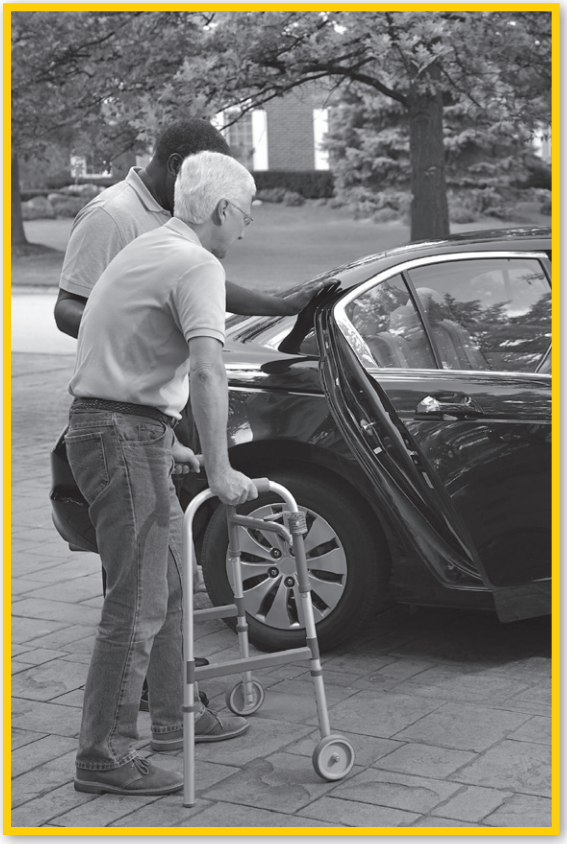
개인 서비스 제공자
시간표 샘플

마일리지 상환

IP가 자신 소유의 차량으로 고용주를 위해 또는 고용주와 함께 필수품 구입을 위해 이동하거나 고용주를 의료 기관에 데려가고 데려오면서 이동한 거리에 대해 비용을 환급 받을 수 있습니다. 마일리지 상환을 받기 위해서는 필수품 구입 또는 의료 기관으로의 수송이 고용주의 간호 계획에 포함되어 있어야 합니다. 마일리지 상환율은 아래의 표를 참조하십시오.

고용주에게 수송 서비스를 제공하는 일부 IP는 DSHS 수혜자의 간호 지원 프로그램에 따라 추가 마일리지 또는 수송 필요에 대해 환급 받을 수 있습니다. 고용주를 직장까지 태워다 주는 것과 같은 추가적인 수송 필요 사항은 간호 계획에서 명시하고 IP에게 배정해야 합니다. 이러한 경우에 한해 IP는 간호 계획에서 케이스 관리자가 승인한 한도에서 추가 마일리지에 대해 환급 받을 수 있습니다.

마일리지 상환율	
2014년 10월 31일까지:	각 고용주마다 매월 최대 60마일
2014년 11월 1일부터:	각 고용주마다 매월 최대 100마일



SSPS 사회복지 서비스 통지 (DSHS 14-259X)

다음 경우에 *SSPS 사회복지 서비스 통지*가 IP에게 우편 발송됩니다.

- 고용주에 대한 서비스가 최초로 허가 받은 경우
- 허가 받은 서비스 또는 지급에 변경 사항이 있는 경우
- 고용주가 서비스 이용 자격을 상실하여 IP 서비스가 중단된 경우

***SSPS 사회 복지 서비스 통지*에서는 다음 사항을 전달합니다.**

- IP가 고용주에게 매월 제공하도록 허가 받은 서비스 단위 유형 및 **서비스 단위** 수 **최대** 한도 단위는 시간(HR) 또는 마일(MI)입니다. 허가 받은 서비스 단위 최대 한도를 초과할 경우 보수가 지급되지 않습니다.
- 고용주가 매월 직접 지급할 수 있는 **최대**금액. 이 금액을 수혜자 분담금(client participation)이라고 합니다. IP가 수령하는 수혜자 분담금은 IP의 시급에 IP가 해당 월에 서비스한 시간 수를 곱한 값을 초과할 수 없습니다.

***SSPS 사회복지 서비스 통지*를 받은 경우 다음 정보가 정확한지 확인하십시오.**

- 이름
- 우편 주소
- 서비스 단위(HR, MI)
- 지급액

잘못된 정보가 있을 경우 서비스를 허가한 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 즉시 전화하십시오. 오류 사항을 보고하지 않은 경우 잘못된 보수를 받을 수 있습니다. 전화할 사람의 이름과 전화 번호는 *SSPS 사회복지 서비스 통지*의 맨 아래에 나와 있습니다.

20페이지의 SSPS 사회복지 서비스 통지 예시를 참고하십시오.

워싱턴주 DSHS 사회복지 서비스 통지(SOCIAL SERVICES NOTICE)

현지 사무소 이름
주소

SMITH,
CHERYL
PARIS, RITA
주소

승인 번호 #
2012 년 8 월 1 일

다음과 같이 통지합니다.

1. **SMITH, CHERYL** 은 2012 년 8 월 1 일부터 2012 년 8 월 31 일까지의 서비스 보수로 월 $400.OO 를 지급해야 합니다. **PARIS, RITA** 가 매월 **SMITH, CHERYL** 로부터 상기 금액을 징수합니다. 보증서(WARRANT) 발행 전 지급액에서 이 금액이 공제됩니다.

2. **PARIS, RITA** 는 **SMITH, CHERYL** 을 위하여 개인 간호 서비스(CARE-INDIV-HR)를 제공하도록 승인받았습니다. 2012 년 8 월 1 일부터 2012 년 8 월 31 일까지의 기간에 서비스 제공에 대해 월 최대 150 시간(시간당 요금 **$10.03,** 월 최대 한도 **$1504.50)**의 서비스 보수를 지급할 수 있도록 승인 받았습니다.
   - 귀하는 매월 서비스 보수 청구서를 수령하게 됩니다. 지침에 따라 청구서에 기재하십시오.
   - 사회 보장세(SOCIAL SECURITY TAX) 및 MEDICARE 세금은 임금에서 원천 징수됩니다. 워싱턴주에서 고용주인 **SMITH, CHERYL** 을 대리하여 고용주의 부담금을 지급합니다.
   - 이 서비스 보수 지급에 따라 W-2 가 생성됩니다. FICA 세금은 연말이 지난 후, 고객 1 인에 대한 연간 서비스 보수 지급액 FICA 한도를 초과하지 않은 경우에 한해 환급됩니다. 소득세는 원천 징수되지 않습니다.

질문이 있으면 ***담당 케이스 관리자(Case Manager) 또는 사회복지사 (전화 번호:)에게 문의하십시오.***

사회복지 서비스 지불 시스템 (SSPS) 서비스 청구서 (DSHS 08-141)

귀하는 매월 말일 전에 서비스 청구서를 받습니다. 서비스 청구서 예시는 19페이지를 참조하십시오. 서비스 청구서를 참조하여 해당 월에 일한 서비스 시간 수 및 휴가/유급 휴무 시간 청구 여부를 DSHS에 보고하십시오.

서비스 단위는 두 가지 방식으로 보고할 수 있습니다.

1. 작성된 *서비스 청구서*를 SSPS로 송부. 21 페이지 안내 참조
2. Invoice Express를 이용하여 서비스 호출. 23 페이지 안내 참조

해당 월의 근무를 마친 후에 전화 또는 우편으로 *서비스 청구서*를 제출하십시오.

매월 근무한 시간을 초과하는 서비스 단위를 *서비스 청구서*에 청구하지 마십시오. 과지급금 및/또는 초과 보고로 인해 SSPS에서 부담한 급여 관련 추가 비용은 반환해야 합니다. 여기에는 초과 청구된 시간에 대해 지급된 건강 보험료 및 과세 혜택이 포함될 수 있습니다.

고용주에 대해 허가 받은 시간을 초과한 서비스에 대해서는 보수를 받을 수 없습니다. 추가 시간 근무가 필요한 경우 고용주가 케이스 관리자 또는 사회복지사와 상의해야 합니다. IP의 근무 시간을 늘리기 위해서는 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사가 간호 계획을 갱신해야 합니다.

근무한 다음 달에 근무월의 대금을 지급받게 됩니다. 예를 들어 7월에 90시간을 근무한 경우 8월에 이 근무 시간에 대한 대금을 받습니다.

휴가/유급 휴무(PTO) 시간 청구

자격을 갖춘 IP가 휴가/PTO 시간을 적립한 경우 *서비스 청구서*의 서비스 항목에 "IP 휴가(IP Vacation)(775)"가 표시됩니다. IP의 휴가/PTO 시간 수는 "총 단위(Total Unit)" 칸에 표시됩니다(19 페이지의 샘플 참조). 이 때 휴가 시간으로 모든 PTO 시간을 보고하십시오.

휴가/PTO를 사용하고 그에 대한 보수를 받거나 휴가/PTO 시간을 사용하지 않고 그 시간만큼 돈으로 받을 수 있습니다. IP가 해당 달에 휴가/PTO를 사용하거나 환전하는 방법으로 휴가를 청구하려면 "총 단위" 아래의 빈 칸에 청구하려는 총 시간 수를 기입합니다.

해당 달에 휴가/PTO를 청구하지 않으려면 "총 단위" 아래의 빈 칸에 "0"이라고 기입합니다. **휴가 서비스 행을 비워두지 마십시오. 그러면 지급이 지연됩니다.**

IP가 적립했으나 사용하지 않은 휴가 시간은 익월로 이월되어 신규 발생 휴가/PTO 시간에 더해집니다(최대 85시간).

휴가 서비스 행에 표시된 서비스 기간은 해당 달의 마지막 근무일 10일입니다. 이 항목은 휴가/PTO를 사용할 수 있는 때와 무관합니다. 휴가/PTO 혜택 및 자격에 대한 자세한 내용은 31페이지에서 확인하십시오.

INVOICE REGULAR — **CALL 1-888-461-8855 OR MAIL INVOICE USING YOUR OWN STAMP**

INVOICE NUMBER	PAGE	PAYEE NUMBER	PROVIDER NUMBER	FOR MONTH ENDING
208R-000001	001 OF 001	000000	000000	08/31/12

TO SIGN UP FOR DEPENDABLE DIRECT DEPOSIT, SEE INSTRUCTIONS,.
FOR PAYMENT ISSUES, INCLUDING TIMELINESS, SEE INSTRUCTIIONS.

SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)

샘플

PAYEE
PROVIDER NAME
MS 45812
OLYMPIA WA 98504

PROVIDER
PROVIDER NAME
MS 45812
OLYMPIA WA 98504

SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
CLIENT,NAME	8/1/12 TO 8/31/12	$400.00	400.00	MON	1	
SERVICE NAME: COPES PARTICIPATION		REFERENCE: 001-01-0001		MON	1	
CASE NUMBER: 8888888888 / AUTHORIZATION: 6025787-01 1 / WORKER I.D.: 01BM01 / REPORTING UNIT: 999 / SERVICE CODE: 05258			COLLECT AMOUNT SHOWN ABOVE FROM CLIENT			
CLIENT,NAME	8/1/12 TO 8/31/12	$1504.50	10.03	HR	150	
SERVICE NAME: COPES PER CARE-INDIV-HR		REFERENCE: 001-02-0002		HR		
CASE NUMBER: 8888888888 / AUTHORIZATION: 6025787-01 2 / WORKER I.D.: 01BM01 / REPORTING UNIT: 999 / SERVICE CODE: 05256						
PROVIDER,NAME	7/22/12 TO 7/31/12	$30.09	10.03	HR	3	
SERVICE NAME: IP VACATION (775)		REFERENCE: 001-03-0003		HR		
CASE NUMBER: 9999999999 / AUTHORIZATION: 9999999-01 1 / WORKER I.D.: 01VP01 / REPORTING UNIT: 998 / SERVICE CODE: 09993						
SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
SERVICE NAME		REFERENCE				
CASE NUMBER / AUTHORIZATION / WORKER I.D. / REPORTING UNIT / SERVICE CODE						
SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
SERVICE NAME		REFERENCE				
CASE NUMBER / AUTHORIZATION / WORKER I.D. / REPORTING UNIT / SERVICE CODE						
SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
SERVICE NAME		REFERENCE				
CASE NUMBER / AUTHORIZATION / WORKER I.D. / REPORTING UNIT / SERVICE CODE						

VENDOR'S CERTIFICATE: When you submit this invoice for payment, you are certifying that the items and totals listed herein are proper charges for services, materials, or merchandise furnished to the State of Washington and that all services, materials, or merchandise rendered have been provided without discrimination because of race, color, religion, sex, sexual orientation, national origin, creed, marital status, age. Vietnam era or disabled veterans staus, or the presence of any sensor, mental or physical handicap.

PAYEE SIGNATURE | PROVIDER SIGNATURE

If mailing this invoice, make a copy for your records, attach postage and return to:
DSHS 08-141 (REV 09/2003)

STATE OF WASHINGTON
DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES
ISSD DATA CONTROL
PO BOX 45889
OLYMPIA, WA 98504-5889

SSPS 지급인 번호 또는 제공자 번호라고도 함

매월 고용주로부터 수령할 수 있는 최대 금액(수혜자 분담금)

허가된 서비스 단위 수 최대 한도

해당 월에 일한 서비스 단위 수를 보고할 곳

휴가/PTO 잔여 시간

휴가 시간을 청구할 곳 (휴가를 사용하거나 환전하거나 "0"으로 청구해야 익월로 이월 가능). 휴가/PTO에 대한 자세한 내용은 25 페이지에서 확인하십시오.

IP가 서명해야 합니다. 고용인의 서명이 아닙니다.

SSPS 청구서 작성요령

믿을 수 있는 자동입금 방식

우편물 분실 사고를 피하려면 자동입금 방식을 이용하십시오. 신청하려면 SSPS Direct Deposit Desk, PO Box 45812, Olympia WA 98504-5812 로 신청서를 보내거나 www.dshs.wa.gov/ssps/directdeposit.shtml을 이용하십시오.

청구서를 제출하는 방법은 두 가지가 있습니다.

1) INVOICE EXPRESS 를 이용해 청구서 내용 입력(권장 방식):

1. 청구서를 작성한 뒤 서명합니다.
2. Invoice Express 수신자 부담 전화(1-888-461-8855)로 전화를 겁니다.
3. 안내 메시지를 경청합니다. 번호를 입력할 때마다 그 내용을 되풀이해 들려주면서 입력한 번호가 맞는지 물어봅니다.
4. 모든 항목을 입력한 뒤에도 전화를 끊지 말고 기다리십시오. 내용을 다시 확인할 수도 있고 바로 제출할 수 있습니다.
5. 끝나면 전화기의 별표(*) 버튼을 누르라는 안내가 나옵니다. 그런 다음 확인 메시지를 들을 수 있습니다.
6. **중요:** 귀하의 청구서가 성공적으로 제출되었다는 메시지를 듣기 전까지는 전화를 끊지 마십시오.
7. 작성한 청구서는 기록용으로 보관하십시오.

주의:

- 버튼식 전화기를 사용해야 합니다.
- 청구서 제출을 **원치 않는** 경우에만 0 번 버튼을 누르십시오.
- Invoice Express에 전화한 뒤에는 청구서를 우편으로 발송하지 **마십시오**.
- 이미 처리된 청구서 내용을 전화로 입력하는 경우 벌써 처리된 사항이라는 메시지가 나옵니다.

또는

2) 우편으로 청구서 발송 – 본인이 우편요금을 부담하고 우편으로 청구서 발송(발송 전에 사본을 만들어 보관하십시오). 청구서는 다음과 같은 방식으로 작성하십시오.

흰색 칸

승인 대금: **인쇄된 액수보다 적은 액수를 청구하는 경우 외에는 이 란은 기입하지 마십시오.**

방학 중 돌보미: 이 란은 방학 동안 학령기 아동을 시간제로 돌본 경우에만 작성합니다. 방학 기간 동안 학생들을 돌본 시간을 기입하십시오.

굵은 테두리로 표시된 칸

근무 시간 단위: 매(EA), 시간(HR), 일(DA), 방문(VS), 마일(MI)이 미리 인쇄되어 있어 변경할 수 없습니다.
근무 시간 단위가 개월(MON)이고 근무 기간 동안 계속 일한 경우에는 굵은 테두리가 있는 서비스 단위란에 'MON'이라고 쓰십시오. 전체 근무 기간보다 짧은 기간에 대한 대금을 청구하는 경우에는 근무 시간 단위란에 'DA'(일)라고 쓰면 됩니다. 주의: 근무 시간 단위란에 'DA'라고 기입한 뒤 그보다 많은 일수를 근무 기간으로 청구하면 청구서 승인이 거부되며 이 내용을 수정할 때까지 대금을 지급하지 않습니다.

총 근무 시간: 귀하가 일한 근무 시간을 모두 기입합니다. 해당 기간 동안 일을 하지 않은 경우에는 0 이라고 쓰십시오. 하루 종일 일을 한 경우에는 시작일과 종료일을 포함해 모든 날짜를 계산합니다. 예: 6 월 10 일부터 6 월 20 일까지 일했다면 일한 총 일수는 10 일이 아니라 11 일입니다.

서명란

피지급인: 반드시 서명해야 합니다.

주의

- 굵은 테두리로 표시된 칸은 반드시 내용을 **기입해야 합니다.** 그렇지 않으면 청구서가 귀하에게 반송되어 대금 지급이 늦어집니다.
- 청구서에 메모나 다른 서류를 첨부해서는 **안 됩니다.**
- 미리 입력되어 있는 정보 위에 줄을 그어 지워서는 **안 됩니다.**
- 위에서 특별히 허용된 경우를 제외하고는 내용을 마음대로 바꿔서는 **안 됩니다.**
- **발송 전에 반드시 봉투에 우표를 붙이십시오.**

SEIU 775 회원: IP 휴가 청구서 근무란:

본 청구서에서 나와 있지 않은 휴가 일수는 다음달 청구서에 나오며 이때 새로 얻은 휴가 일수도 함께 표시됩니다. **이 기간 중에 휴가를 사용하고 싶지 않으면 휴가 근무란에 '0'이라고** 기입하십시오**. 이 기간 중에 휴가를 사용하고 싶으면 총 시간란에 휴가 일수를** 기입하십시오. 수혜자 및 케이스 담당자의 동의가 있으면 월중 언제든 휴가를 사용할 수 있습니다. **휴가 근무란을 공란으로 비워두지 마십시오. 이 경우 대금 지급이 늦어집니다.**

대금을 더 빨리 지급해주지 못하는 이유는 무엇입니까?

우리 주 헌법에 따르면 근무 기간이 종료되기 전까지는 주 정부가 이에 대한 대금을 지급할 수 없습니다. RCW 39.76.010 에는 정확하게 작성된 청구서를 받은 날로부터 30 일 이내(우편물 발송에 소요된 시간 포함)에 대금이 지급되면 제때 지급한 것으로 간주한다고 되어 있습니다. SSPS 는 이보다 빠른 시간 안에 대금을 지급하는 것을 최우선 과제로 삼아 기술적, 법적으로 가능한 선에서 최대한 빨리 대금을 지급해 드립니다. 사회복지사가 청구서를 작성하려면 기한 내에 근무 내역 승인을 받아야 합니다.

SSPS에 관한 자세한 정보는 www.dshs.wa.gov/ssps/index.shtml에서 확인하십시오. Access Washington(http://access.wa.gov)에는 워싱턴 주 정부가 제공하는 서비스에 대한 자세한 정보가 나와 있습니다.

INVOICE EXPRESS

Invoice Express는 빠르고 편리하게 *SSPS 서비스 청구서*를 제출하여 보수를 지급 받을 수 있는 방법입니다. Invoice Express는 영어와 스페인어로 이용할 수 있습니다.

Invoice Express를 이용하면 다음과 같은 이점이 있습니다.

- 언제든지 전화를 통해 *서비스 청구서* 정보를 입력할 수 있습니다.
- *서비스 청구서*를 우편 발송하는 데 따르는 지연을 피할 수 있습니다.
- 월 말일(4:30 pm까지)에 전화를 걸어 근무 시간을 신고하면 월 말일에 청구서를 우편 발송하는 것보다 빨리 수표를 받을 수 있습니다.
- * 키를 누르기 전에 언제든지 즉시 오류를 수정할 수 있습니다. 성공했다는 메시지가 들린 후에는 변경할 수 없습니다.
- 전화를 걸어 *서비스 청구서* 지급이 처리되었는지 확인할 수 있습니다.

Invoice Express 이용하여 *서비스* **청구서를 두 번 입력할 수 없습니다**.

Invoice Express는 빠르고 편리하게 SSPS 서비스 청구서를 제출하여 보수를 지급 받을 수 있는 방법입니다.

INVOICE EXPRESS 이용

전화를 걸기 전에 *서비스 청구서*를 작성합니다. 이를 참조하면서 근무 시간 단위를 보고합니다. 종이 *서비스 청구서*를 보관합니다.

전자식 전화기를 사용하여 **1-888-461-8855**로 전화를 걸어 정보를 입력합니다. *서비스 청구서* 번호와 IP 번호가 필요합니다.

Invoice Express를 이용하여 청구서를 입력하는 경우 종이 청구서를 SSPS에 송부하지 마십시오.

SSPS 서비스 청구서 우편 발송

*SSPS 서비스 청구서*를 우편 발송하는 경우 매월 우편으로 받는 안내문을 참조하여 *서비스 청구서*를 검토합니다.

다음 주소로 SSPS 서비스 청구서를 보내십시오.

수신: ISSD Data Control
P.O. Box 45889
Olympia, WA 98504

Invoice Express

The fast, easy way to submit your SSPS invoice for payment!

Use your invoice to report services by telephone

1 Your first question to answer when calling Invoice Express is whether your invoice is Regular or Supplemental. The answer to that question is found here.

2 You will be asked to use the numbers on your telephone to enter the first 3 digits and then the 6 digits after the letter and dash of your Invoice Number.

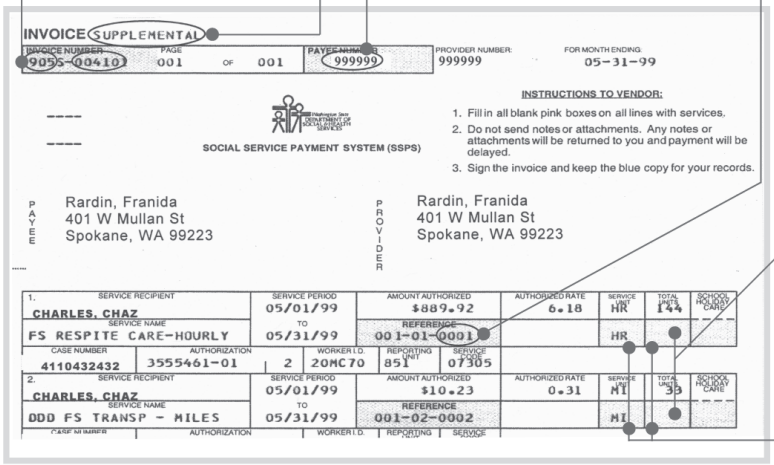
3 To make sure no other person can get to your invoice by telephone, you will be asked to enter the payee number shown in this gray shaded box.

4 Invoice Express will read the last 4 digits of your reference number, so that you will know which line you are on.

5 The lines will be read to you starting with 0001, until you have entered the number of units you have served or a 0 on all service lines.

6 Invoice Express will read to you the type of service unit. In the case of months (MON), you will be able to report either a full month or a partial month by reporting the number of days served (DA).

7 When you are asked to enter the units, use the numbers on your telephone number pad.



INVOICE SUPPLEMENTAL

INVOICE NUMBER 9055-00410 | PAGE 001 OF 001 | PAYEE NUMBER 999999 | PROVIDER NUMBER: 999999 | FOR MONTH ENDING: 05-31-99

SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)

INSTRUCTIONS TO VENDOR:
1. Fill in all blank pink boxes on all lines with services.
2. Do not send notes or attachments. Any notes or attachments will be returned to you and payment will be delayed.
3. Sign the invoice and keep the blue copy for your records.

PAYEE: Rardin, Franida, 401 W Mullan St, Spokane, WA 99223

PROVIDER: Rardin, Franida, 401 W Mullan St, Spokane, WA 99223

	Service Recipient	Service Period	Amount Authorized	Authorized Rate	Service Unit	Total Units	School Holiday Care
1.	CHARLES, CHAZ / FS RESPITE CARE-HOURLY	05/01/99 TO 05/31/99	$889.92	6.18	HR	144	
	Reference: 001-01-0001						
	Case Number: 4110432432	Authorization: 3555461-01 2	Worker I.D.: 20MC70	Reporting Unit: 851	Service Code: 07305		
2.	CHARLES, CHAZ / DDD FS TRANSP - MILES	05/01/99 TO 05/31/99	$10.23	0.31	MI	33	
	Reference: 001-02-0002						

* These are the bolded boxes on your invoice.

계좌 입금

SSPS(Social Service Payment System)에서 IP의 당좌 예금 또는 보통 예금 계좌로 급여를 입금할 수도 있습니다. IP는 수표 우편 수령 대신 계좌 입금 방식을 선택할 수 있습니다.

계좌 입금으로 설정한 경우, *서비스 청구서가* 시스템에 제대로 입력되면 해당 월의 첫 영업일로부터 (영업일 기준) 5일 이내에 입금됩니다. 대부분의 IP는 계좌 입금을 선택할 자격이 있습니다. 계좌 입금을 할 수 있는 몇 가지 경우가 있습니다.

다음에 해당하면 계좌 입금 선택이 불가할 수 있습니다.

- 당좌 예금 계좌가 보호 수취인(protective payee)과 같은 다른 사람의 명의로 된 경우
- IP가 은행 계좌를 자주 바꾸는 경우
- 계좌에 거래 은행의 최소 한도만큼 예치하지 않는 경우

계좌 입금을 통해 대금을 지급받으시려면 계좌 입금 등록 양식을 작성하여 SPSS에 보내셔야 합니다. 계좌 입금 등록 양식은 다음을 통해 받으실 수 있습니다.

1. SSPS 웹페이지 www.dshs.wa.gov/ssps/에 가셔서 계좌 입금 등록 양식(Direct Deposit Registration)을 다운로드할 수 있습니다.
2. DSHSSSPSWeb@dshs.wa.gov로 이메일을 보내시거나 360-664-6161에 전화를 걸어 계좌 입금 등록 양식을 요청할 수 있습니다.
3. 회원 정보 센터 1-866-371-3200으로 전화하여 계좌 입금 등록 양식을 요청할 수 있습니다.
4. 또는 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 DSHS 계좌 입금(DSHS Direct Deposit) 안내 브로셔(DSHS 22-361X)를 요청할 수 있습니다. 브로셔에 수록된 절취 양식을 사용하여 필요한 양식 및 등록 정보 요청서를 우편 발송할 수 있습니다.
5. 계좌 입금 등록 양식을 요청하는 서신을 다음으로 보내실 수 있습니다.
   보건사회부(Department of Social and Health Services)
   Attn. SSPS Direct Deposit Desk
   P.O. Box 45346
   Olympia, WA 98504-5346

서신은 계좌 입금 등록 양식을 받는 것에 대한 관심도와 IP의 SSPS 제공자 번호, IP의 이름, 메일 주소, 전화 번호를 포함해야 합니다.

IP는 수표 우편 수령 대신 계좌 입금 방식을 선택할 수 있습니다.

요청서를 우편 발송한 날로부터 계좌 입금 서비스가 시작되기까지 최대 6주가 소요됩니다.

보증 시스템 송금 통지서(WARRANT SYSTEM REMITTANCE ADVICE)– (DSHS 07-071)

IP의 (DSHS) 수표와 함께 보증 시스템 송금 통지서(A Warrant System Remittance Advice) 양식이 우편 발송됩니다. 여기에는 개인별 DSHS 지급 내역이 수록되어 있습니다. 이 기록을 보관하십시오. 계좌 입금을 선택한 경우 입금일 즈음에 전자 자금 이체 송금 통지서(Electronic Funds Transfer Remittance Advice)를 받습니다.

지원 요청

보수 지급에 대해 궁금한 점이 있을 경우 이 섹션의 모든 내용을 검토하십시오(13-26 페이지 참조). 누군가에게 전화하지 않고도 궁금증을 해결할 수 있습니다. 이 섹션을 읽어본 후에도 해결 방법을 찾지 못한 경우 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 전화하십시오.

다음과 같은 경우에는 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 문의하십시오.

- *서비스 청구서 작성* 방법에 대해 궁금한 점이 있을 경우
- *서비스 청구서*에 기입하는 서비스 단위에 대해 궁금한 점이 있을 경우
- 허가 받은 고용주의 이름 또는 서비스가 누락된 경우
- *서비스 청구서*에 명시된 허가 받은 고용주의 이름이 IP가 서비스를 제공하지 않은 사람이거나 자택으로 돌아오지 않을 사람인 경우
- IP가 일한 현재 월에 대한 *서비스 청구서*를 받지 못했고 현재 해당 월의 마지막 근무일인 경우
- IP의 이름 또는 주소가 바뀐 경우

송장은 전달할 수 있으나 수표는 불가합니다. 이름 또는 주소 변경 시 즉시 보고합니다.

수표 수령과 관련하여 자주 겪는 문제와 해결 방법

SSPS 서비스 청구서가 잘못된 경우 어떻게 합니까?

*서비스 청구서*에 허가 받은 서비스 중 일부가 누락되었거나 허가 받은 근무 시간 또는 요율보다 더 적게 명시된 경우 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 전화하십시오. 해당 서비스가 *서비스 청구서*에 명시되어야 그에 대한 보수를 받을 수 있습니다.

***서비스 청구서*를 받지 못한 경우 어떻게 하나요?**

해당 월의 마지막 근무일까지 *서비스 청구서*를 받지 못한 경우 서비스 청구서 발송이 늦어진 것으로 간주합니다. *서비스 청구서* 발송이 늦어진 경우 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 문의하십시오.

***서비스 청구서*를 분실한 경우 어떻게 하나요?**

서비스 청구서 재발송을 요청하려면 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 문의하십시오.

수표 도착이 늦어질 경우 어떻게 합니까?

*서비스 청구서*를 우편 발송한 경우 늦었는지 확인하려면 우편 서비스 지연 시간과 처리 기간을 고려하십시오. 현재 월에 수행한 서비스에 대한 보수는 익월의 두 번째 영업일 이후에 우편 발송됩니다.

해당 월의 마지막 근무일까지 SSPS 서비스 청구서를 받지 못한 경우 서비스 청구서 발송이 늦어진 것으로 간주합니다.

SSPS에 직접 전화할 수 있습니까?

그렇지 않습니다. 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 전화하십시오.

수표를 분실한 경우 어떻게 합니까?

수표를 분실한 경우 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자는 분실, 도난, 파기 보증 진술서(affidavit of Lost, Stolen, or Destroyed Warrant, DSHS 09-13x)에 IP의 서명을 받고 공증을 받습니다. IP는 첫 번째 수표 발행일로부터 30일 이상 경과한 후에 재발행 수표를 받을 수 있습니다.

수표가 잘못된 경우 어떻게 합니까?

고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사에게 전화하십시오. 케이스 관리자 또는 사회복지사가 문제를 해결하지 않을 경우 조합에 연락하여 도움을 받을 수 있습니다. 회원 정보 센터(1-866-371-3200)에 문의하십시오. (서비스 청구서)에 명시된 IP 번호를 알고 있어야 합니다.

***서비스 청구서*를 전화로 신고했거나 우편 발송한 후에 실제로 수행한 허가 받은 서비스/**시간이 신고한 것보다 더 많다는 것을 알게 되면 어떻게 합니까**?**

고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 문의하십시오.

우편 주소가 변경되면 어떻게 합니까?

지급이 지연되지 않도록 즉시 고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자에게 전화하십시오. 주소 변경 사항을 알려 SSPS 시스템을 업데이트할 수 있게 하십시오. 우체국에서는 새 주소로 청구서를 전달하지만, 수표는 전달하지 않습니다.

법적 이름이 변경되는 경우

DSHS 계약을 체결한 후 (결혼이나 이혼 등으로) 법적 이름이 바뀔 경우 아래로 연락하십시오.

- 고용주의 케이스 관리자에게 연락 - DSHS 기록상의 이름을 변경하려는 경우
- 거래 은행 또는 신용 조합 - 온라인 송금 지연을 피하고자 계좌 입금 방식을 선택한 경우
- 사회보장국(Social Security Administration, SSA) - 사회보장 카드를 갱신(1-800-772-1213)하려는 경우 DSHS는 SSA 기록과 일치하는 경우에만 변경된 이름으로 갱신할 수 있습니다.
- 회원 정보 센터(Member Resource Center, 1-866-371-3200)로 연락 - 조합 및 Training Partnership의 기록 변경

고용주가 휴가를 떠나거나 요양원, 거주 훈련 센터(Residential Habilitation Center, RHC) 또는 병원에 들어갈 경우 IP는 보수를 받습니까?

그렇지 않습니다. 그러나 IP에게 휴가/PTO가 주어질 경우 이 시간에 대한 보수를*서비스 청구서*에 포함할 수 있습니다. 휴가/PTO 청구에 대한 자세한 내용은 19페이지에서 확인하십시오.

현재 월에 수행한 서비스에 대한 보수는 익월의 두 번째 영업일 이후에 발송됩니다.

우편 주소 변경 시 지급이 지연되지 않도록 고용주의 케이스 관리자에게 즉시 알리십시오.

일반 고용 정보

대부분의 HCS/AAA IP는 (고용주를 대리하는) DSHS와 고용주("수혜자 분담(client participation)") 모두로부터 보수를 받습니다.

연방 소득세 원천 징수

IP는 급여에서 연방 소득세를 원천 징수할지 여부를 결정해야 합니다. 이는 전적으로 IP가 결정하는 사항입니다. 이 결정은 연방 소득세 과세 여부에 영향을 주지 않습니다.

급여에서 연방 소득세의 원천징수를 **원하신다면** 국세청(Internal Revenue Service, IRS) W-4 양식(아래의 샘플 참조)을 작성하여 제출해야 합니다. W-4 양식은 현재 연도의 것으로 사용해야 합니다. 다음 방법으로 IRS W-4 양식을 구할 수 있습니다.

- **http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw4.pdf**에서 다운로드하십시오.
- **1-800-829-3676**으로 IRS에 전화하여 양식을 주문하십시오.
- **1-866-371-3200**의 회원 정보 센터에 문의하십시오.

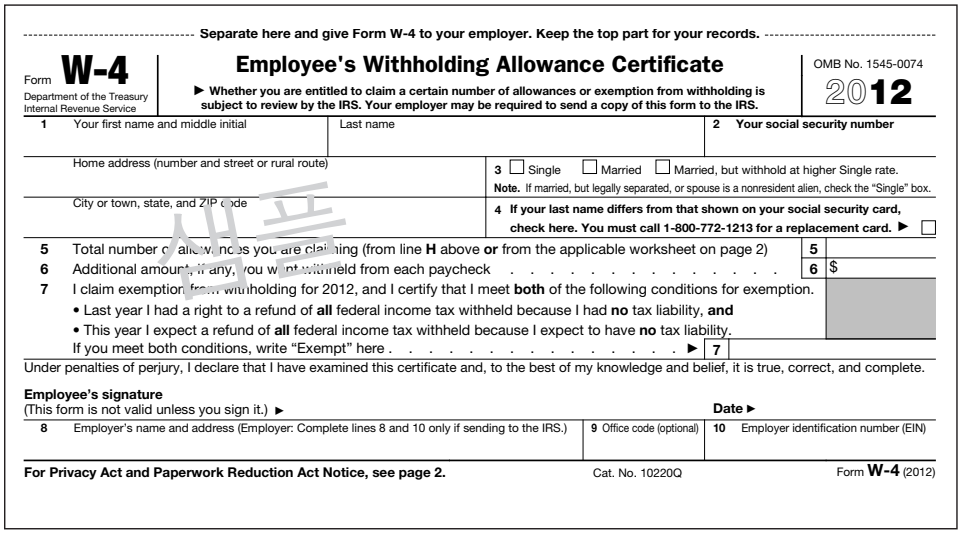
W-4 작성

1, 2, 3, 5번 칸은 필수 항목입니다. 4, 6, 7번 칸은 선택 항목입니다. 8, 9, 10번 칸은 비워 두십시오. 양식 하단에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

작성한 IRS W-4 양식을 다음 주소로 보내십시오.

DSHS
Provider File Unit - Section Two
PO Box 45346
Olympia, WA 98504-5346

IRS 정보:
1-800-829-1040
IRS 양식:
1-800-829-3676
IRS 웹 사이트:
http://www.irs.gov



Separate here and give Form W-4 to your employer. Keep the top part for your records.

Form **W-4** Department of the Treasury Internal Revenue Service

Employee's Withholding Allowance Certificate

▶ Whether you are entitled to claim a certain number of allowances or exemption from withholding is subject to review by the IRS. Your employer may be required to send a copy of this form to the IRS.

OMB No. 1545-0074 **2012**

1 Your first name and middle initial | Last name | 2 Your social security number

Home address (number and street or rural route)

City or town, state, and ZIP code

3 ☐ Single ☐ Married ☐ Married, but withhold at higher Single rate.
Note. If married, but legally separated, or spouse is a nonresident alien, check the "Single" box.

4 If your last name differs from that shown on your social security card, check here. You must call 1-800-772-1213 for a replacement card. ▶ ☐

5 Total number of allowances you are claiming (from line H above or from the applicable worksheet on page 2) | 5

6 Additional amount, if any, you want withheld from each paycheck | 6 $

7 I claim exemption from withholding for 2012, and I certify that I meet both of the following conditions for exemption.
- Last year I had a right to a refund of all federal income tax withheld because I had no tax liability, and
- This year I expect a refund of all federal income tax withheld because I expect to have no tax liability.

If you meet both conditions, write "Exempt" here ▶ | 7

Under penalties of perjury, I declare that I have examined this certificate and, to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.

Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) ▶ Date ▶

8 Employer's name and address (Employer: Complete lines 8 and 10 only if sending to the IRS.) | 9 Office code (optional) | 10 Employer identification number (EIN)

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 2. Cat. No. 10220Q Form W-4 (2012)

샘플

W-4를 정확하고 완전하게 작성하여 보낼 경우 IRS 규정에 따라 급여에서 연방 소득세가 공제될 수 있습니다. 이 W-4 양식은 IP가 신규 양식 또는 W-4D(W-4 중지 양식)를 제출할때까지 유효합니다. W-4 양식을 작성하시려면 본인의 기록을 위해 사본을 보관하십시오.

연방 소득세의 원천 징수를 **원치** 않을 **경우** 별도로 취할 조치는 없습니다.

IP가 유효한 IRS W-4 양식을 제출하지 않는 한 급여에서 연방 소득세가 원천 징수되지 않습니다. W-4를 제출하지 않은 경우 연방 소득세를 납부하는 방법에 대해서는 IRS에 문의하거나 세무사 또는 회계사와 상담하십시오.

과거에 원천 징수된 연방 소득세액이 지나치게 적을 경우 IRS는 IP와 DSHS에게 서신 ("Lock Letter")을 보내 지정된 금액의 연방 소득세가 원천 징수되어야 함을 알릴 수 있습니다. 그러한 경우 더 이상 IP는 DSHS 급여에서 연방 소득세를 원천 징수하는 것을 자율적으로 선택할 수 없습니다. DSHS는 IRS로부터 추가 통지가 있을 때까지 이 명령을 따라야 합니다. IP가 IRS Lock Letter를 받았지만 여기에 동의하지 않을 경우 무료 전화 번호로 문의할 수 있습니다.

DSHS 직원은 세무 전문가들이 아니기 때문에 세금에 대해 아무런 조언을 해 드릴 수 없습니다.

케이스 매니저나 SSPS 직원과 같이 DSHS 직원들에게 세금 납부 결정을 할 수 있도록 도와달라고 하지 마십시오. 도움이 필요하시면 세무사나 회계사, IRS에 문의하십시오. SEIU Healthcare 775 NW와 몇몇 커뮤니티 기관에서 무료 세무 상담을 받을 수 있습니다.

SSPS 직원은 IRS 연방 원천세 지침과 귀하의 W-4 1. SSPS Provider File Unit, 360-664-5883에 전화해 그와 같은 정보를 얻을 수 있습니다.

W-2 급여 신고서(WAGE STATEMENT)

W-2는 수입 중 과세 대상 항목을 연방 및 주 정부에 신고하는 급여 신고서입니다. 1년간 DSHS로부터 받은 소득이 있는 경우 DSHS로부터 W-2 급여 신고서를 받습니다.

W-2 급여 신고서는 다음 해 1월 31일 이전까지 송부됩니다. 예를 들어 2013년 DSHS를 통해 소득세를 납부하였다면 2014년 1월 31일 소득에 대한 W-2 급여 신고서를 받게 됩니다. 고용주(DSHS 수혜자)가 여러 명일 경우 휴가 급여를 포함하여 고용주별로 W-2를 받습니다.

이 W-2 급여 신고서에는 해당 연도에 고용주를 대리하여 DSHS에서 직접 지급한 보수만 포함되어 있습니다. 고용주로부터 급여를 받은 경우는("고객 참여") DSHS로부터 받은 W-2 급여 신고서에 포함되지 않습니다.

급여에서 연방 소득세를 공제하도록 선택한 경우(해당 과세 연도에 대해 W-4를 작성하여 제출했음) 공제된 연방 소득세액이 W-2에 명시됩니다.

DSHS에서 받은 W-2에 대해 질문이 있을 경우:

- taxinfo@dshs.wa.gov로 DSHS 세금 안내부서에 이메일을 보내주십시오.
- DSHS 세금안내부서 360-664-5830으로 전화해주십시오.

DSHS 세금안내부서 직원은 DSHS가 발급한 W-2에 대해서만 답변해드릴 수 있습니다. DSHS 직원은 납세 상담을 해드릴 수 없습니다.

사회 보장 및 메디케이드 세금

DSHS가 IP의 고용주는 아니지만 대부분의 경우 DSHS는 제3의 지급인(Third Party Payor) 자격으로 고용주를 대리하여 IP에게 지급하는 금액에서 사회보장세 및 Medicare 세금(FICA)을 원천 징수하여 납부할 책임이 있습니다. 여기에는 몇 가지 예외가 있습니다.

IRS 규정상 다음에 해당되는 경우 DHSH에서 FICA/FUTA를 원천 징수할 수 없습니다.

- 성인 자녀에게 서비스를 제공하는 부모일 경우
- 부모에게 서비스를 제공하는 18세, 19세 또는 20세의 성인 자녀일 경우
- 가사 도우미(Chore) 서비스를 받는 사람의 배우자인 경우

위의 분류에 해당하며 질문이 있으신 경우 IRS www.irs.gov에 문의하시거나 지역 사무소를 방문하여 주십시오.

(일부 예외적인 상황을 제외하고) DSHS는 제3의 지급인(Third Party Payor) 자격으로 연방 및 주 실업보험세(FUTA/SUTA)를 납부할 책임도 있습니다.

고용주 역시 IP에게 직접 지급하는 금액에서 사회보장세 및 Medicare 세금을 원천 징수해야 하는 경우도 있습니다.

소득 증빙

어떤 개인 또는 회사로부터 소득 증명을 요청 받은 경우 보증 시스템 송금 통지서로 증빙 가능한지 물어보십시오. 이 통지서는 급여 명세서와 동일합니다. 보증 시스템 송금 통지서 외에 다른 자료가 필요한 경우 IP가 직접, 서면으로 소득 증빙 자료를 요청해야 합니다. **고용주의 사회복지사 또는 케이스 관리자로부터 소득 증빙 자료를 받을 수 없습니다.**

다음 주소로 서면 요청하십시오.

SSPS
P.O. Box 45812
Olympia, WA 98504-5812

추가 시간 근무가 필요한 경우? Referral Registry에 대한 자세한 내용은 뒤표지 안쪽을 참조하십시오.

실업 수당

더 이상 IP로 일하지 않거나 일정 기간 고용이 중단된 상태일 경우 고용 보장부(Employment Security Department, ESD)에 실업 수당(실업 보험) 혜택을 신청할 수 있습니다. ESD 규정을 준수해야 합니다. ESD 양식을 작성할 때 고용주의 이름과 주소를 사용합니다. **DSHS, AAA(Area Agency on Aging)와 그 직원은 고용주가 아닙니다.**

건강 보험 선택 사항

귀하는 두 가지 건강보험 옵션이 있습니다. Washington Health Benefit Exchange를 통해 건강보험법(Affordable Care Act)에 따른 Benefits Trust 또는 건강보험 옵션을 이용할 수 있습니다. **이 건강 보험 중 하나에만 가입할 수 있습니다.**

SEIU Healthcare NW Benefits Trust(신탁)

이 신탁에서는 유자격 IP가 매월 25달러를 납부할 경우 **근로자 전용** 의료, 치과, 처방약, 안과 혜택을 받을 수 있습니다. Medicare 유자격 IP를 위한 보장은 이 신탁을1차 보장으로 하면서 받을 수도 있습니다.

의료 보험 가입 및 자격 요건은 신탁에서 결정합니다. 신탁에서 정한 현행 최소 요건에 따르면 3개월 이상 연속, 월 86시간 이상 근무하고 다른 가족 보장이나 기타 고용 관련 보장에 따른 건강 보험 혜택을 받지 않아야 합니다. 86시간은 DSHS 지급 또는 수혜자 분담 급여와 무관하게 IP가 근무하여 지급 청구한 총 시간으로 계산합니다.

자격 조건과 혜택에 관한 정보를 얻거나 참가 신청서를 요청하는 방법은 두 가지입니다.

1. 회원 정보 센터, 1-(866) 371-3200으로 전화합니다.
2. 온라인으로 www.myseiubenefits.org에 신청서를 제출합니다(본인의 프로필에 로그인하고 건강 보험 관리를 클릭하십시오). 온라인 신청은 최초 신청자에 한해 처리됩니다. 매월 20일에 신청이 처리됩니다. 신청 처리에 2개월이 소요됩니다.

가입하고 기한 내 신청서를 제출하며 86시간/월 이상 근무한 경우, 대기 기간 다음 달의 첫날에 보험이 시작됩니다.

가입 후 자격 요건을 충족한 경우 정기 급여에서 25달러/월의 보험료가 공제됩니다.

Cobra(계속 보장)에 대해 궁금한 점이 있으면 신탁의 무료 전화(1-866-771-7359)로 문의하십시오.

Washington Health Benefit Exchange

Washington Health Benefit Exchange를 통한 건강 보험은 2014년 1월 1일부터 시작됩니다. 귀하의 소득에 따라 몇 가지 옵션을 선택할 수 있습니다.

Washington Health Benefit Exchange 옵션에 관한 정보가 필요하시거나 보험을 신청하시려면

- Health Plan Finder 웹사이트 https://www.wahealthplanfinder.org를 방문하십시오
- 전화로 문의하십시오 **1-855-WAFINDER**. TTY 고객 전화 1-855-627-9604
- customersupport@wahbexchange.org를 통하여 고객 정보 센터에 이메일을 보내주십시오.

다음
회원 정보 센터로 전화
문의합니다
1-866-371-3200
또는 혜택에 관한 자세한
정보와 최신 정보가 필요하신
경우 웹사이트
www.myseiubenefits.org
를 방문하십시오.

이 건강 보험 중
하나에만 가입할 수
있습니다.

산재 보험(WORKERS' COMPENSATION)

IP는 워싱턴주 노동산업부가 주관하는 산재 보험의 혜택을 받습니다. 즉 업무와 관련된 질병 또는 부상이 발생할 경우 보험 혜택을 청구할 수 있습니다.

고용주에게 서비스를 제공하는 동안 부상 당하거나 즉시 치료를 받아야 할 상황에 처할 경우 가장 가까운 병원이나 주치의에게 가십시오. 의사에게 업무 관련 부상 또는 질병임을 밝히고 "부상 또는 직업 질환 신고서(Report of Injury or Occupational Disease)" 양식을 요청하여 작성합니다. 양식에 고용주를 HCQA Negotiated Contract, 601 Union St., Suite 3500, Seattle, WA 98101이라고 기입합니다.

Sedgwick CMS라는 회사가 산재 보험 청구를 모두 처리합니다.

개인 서비스 제공자(IP)의 청구 업무 중에 부상 당한 경우 무료 전화 (**1-866-897-0386**)에 문의하십시오.

35시간의 근무시간마다 1PTO 시간을 축적할 수 있습니다.

휴가 시간/유급 휴무(PTO) 시간

유급 휴무(PTO) 시간이 있는 경우 휴가, 의사방문, 병가 등, 원하는 때에 유급으로 휴무를 할 수 있습니다.

승인 받은 서비스를 수행한 35시간마다 1시간의 유급 휴무(PTO) 시간이 제공됩니다. 유급 휴무(PTO) 시간은 최대 85시간까지 적립할 수 있습니다.

유급 휴무(PTO) 시간 사용

유급 휴무(PTO) 시간을 사용하거나 휴무/휴가 시간을 사용하는 대신 돈으로 지급받을 수 있습니다. 유급 휴무(PTO) 시간을 사용하기를 원할 경우 반드시 다음과 같이 조치해야 합니다.

유급 휴무(PTO) 시간은 최대 85 시간까지 적립할 수 있습니다.

- 휴가 2주일 전에 고용주에게 말하고 허가를 받아야 합니다.
- 고용주의 케이스 관리자/사회복지사에게 알려 본인이 부재 중일 때도 간호 계획이 이행될 수 있게 합니다.

유급 휴무(PTO) 시간 보고 방법에 관한 정보는 19페이지를 참조하십시오. 이 때 휴가 시간으로 모든 유급 휴무(PTO) 시간을 보고하십시오.

유급 휴무(PTO) 시간이 소멸될 수 있는 경우

적립할 수 있는 유급 휴무(PTO) 시간은 최대 85시간입니다. 그 이상은 모을 수 없고 85 시간 이하가 되어야만 또 모을 수 있습니다. 추가 시간이 적립되지 않고 소멸됩니다.

잔여 시간을 낮추려면 서비스 청구서에서 휴가 시간을 청구하거나 환전합니다. PTO 시간 청구에 관한 정보는 19 페이지의 "휴가/유급 휴무 PTO 시간"을 참조하십시오.

사용하지 않은 유급 휴무(PTO) 시간은 1년 이상경과하고 귀하가 DSHS 수혜자에게 서비스를 제공하지 않을 경우에도 소멸될 수 있습니다. 간병 서비스를 중단한지 1년 미만일 경우 사용하지 않은 유급 휴무(PTO) 시간은 소멸되지 않습니다. 유급 휴무(PTO) 시간은 DSHS 수혜자를 위해 일하고 1개월간 서비스를 제공해야만 청구할 수 있습니다.

가족 구성원에게 고용되었고 다른 누구에게도 서비스를 제공하지 않을 IP는 이 점을 염두에 두어야 합니다. 가족 구성원이 거주용 요양 시설에 입소하거나 사망할 경우 마지막 서비스 청구서에서 누적된 유급 휴무(PTO) 시간을 모두 돈으로 받도록 하십시오.

고용주가 입원하거나 거주용 요양 시설에 입소하거나 사망할 경우, 다음 해에 다른 DSHS 수혜자를 위해 일할 가능성이 없다면 마지막 서비스 청구서에서 적립한 휴가를 청구해야 합니다.

고용주가 IP의 PTO에 따른 서비스 필요 해결 방법을 찾는 데 어려움이 있습니까? 고용주에게 Referral Registry(뒤표지 안쪽 참조)를 추천하십시오.

급여 인상

IP가 DSHS 수혜자에게 서비스를 제공한 유급 기간이 2,000시간에 도달할 때마다 급여가 인상됩니다. 총 유급 서비스 기간이 새 단계에 도달할 때마다 자동으로 인상됩니다. 2,000 시간 산정은 2005년 7월 1일부터 시작했습니다.

현재 임금과 향후 임금 인상에 관한 정보는 아래의 임금 표를 참고하십시오. 더 자세한 정보가 필요하신 경우 **1-866-371-3200**의 회원 정보 센터로 문의하십시오.

휴가/유급 휴무(PTO) 시간 청구 방법에 대한 자세한 내용은 19 페이지에서 확인하십시오.

누적 경력 시간	임금 표 1: 효력일 2013년 7월 1일 ~ 2014년 6월 30일		
	홈 케어 보조원(HCA) (인증 없음)	인증 홈케어 보조원 또는 인증 간호 조무사 면허	고급 훈련을 받은 인증 홈케어 보조원
0-2000	$10.53	$10.78	$11.03
2001-4000	$10.68	$10.93	$11.18
4001-6000	$10.85	$11.10	$11.35
6001-8000	$10.98	$11.23	$11.48
8001-10000	$11.14	$11.39	$11.64
10001-12000	$11.30	$11.55	$11.80
12001-14000	$11.46	$11.71	$11.96
14001 + 시간	$13.84	$14.09	$14.34

누적 경력 시간	임금 표 2: 효력일 2014년 7월 1일 화요일 ~ 2015년 6월 30일 화요일		
	홈 케어 보조원(HCA) (인증 없음)	인증 홈케어 보조원 또는 인증 간호 조무사 면허	고급 훈련을 받은 인증 홈케어 보조원
0-2000	$11.06	$11.31	$11.56
2001-4000	$11.21	$11.46	$11.71
4001-6000	$11.39	$11.64	$11.89
6001-8000	$11.53	$11.78	$12.03
8001-10000	$11.70	$11.95	$12.20
10001-12000	$11.86	$12.12	$12.36
12001-14000	$12.03	$12.28	$12.53
14001 + 시간	$14.53	$14.78	$15.03

참고: Training Partnership이 지정한 멘토, 지도사, 강사 역할을 수행한 개인 서비스 제공자에 대해 임금은 시간당 1달러($1.00) 상향 조정될 것입니다. 멘토로 근무한 시간은 누적 간호 시간에 포함되지 않습니다.

급여 공제

모든 IP는 조합 회비 또는 비조합 공정 분담금(nonmember fair share fee)을 내야 합니다. 매월 급여에서 공제됩니다. 사회보장세 및 Medicare 세금(FICA)도 공제 가능합니다.

다음 항목도 자율적으로 공제 신청할 수 있습니다.

- SEIU 775 Health Benefits Trust 또는 기초 건강 보험 보험료(가입한 경우)
- 자율적 공제
- 연방 원천세
- 추가 연방 원천세

일을 그만둘 경우

고용주를 위해 일하는 것을 그만두려면 2주 전까지 서면으로 통지해야 합니다. 통지 기간이 끝날 때까지 주어진 일정에 따라 근무해야 합니다. 고용주가 필요한 도움을 받지 못한 상태로 방치되게 하는 것은 유기로 간주될 수 있으며 이는 법에 저촉되는 행위입니다.

다음 관계자에게 일을 그만두겠다고 통지해야 합니다.

- 고용주 및/또는 고용주의 법적 대리인 **서면으로 통지해야 합니다.**
- 고용주의 케이스 관리자 또는 사회복지사
- 고용주가 통지하도록 요청하거나 통지 대상인 그 밖의 관계자나 기관

IP는 일을 그만두기 2주 전까지 서면으로 통지해야 합니다.

취업 추천서 및 고용 이력 확인

IP에게 취업 추천서를 써주는 것은 고용주가 판단할 사항입니다. 고용주로부터 서면으로 취업 추천서를 받는 것이 가장 좋습니다. 고용주의 건강 상태 변화로 인해 고용주가 거주 시설에 입소하거나 사망하여 더 이상 IP의 서비스가 필요하지 않을 경우, 취업 추천서가 필요하곤 합니다.

고용주에게 취업 추천서를 써줄 수 있을 때 서면으로 받아두는 것도 좋은 방법입니다. 당장 일을 그만둘 생각이 없으며 단지 미래에 대비하는 것임을 고용주에게 알려 주십시오.

고용 이력 확인을 필요로 하는 사람은 고용주에게 연결해 주어야 합니다. 사회복지사, 케이스 관리자 또는 워싱턴주 관계자가 이 일을 해줄 수 없습니다. 소득 증빙이 필요할 경우 23 페이지를 참조하십시오.

기본적인 생활 편의를 해결할 수 없는 상태에서 고용주를 유기하거나 방치할 수 없습니다.

학대 신고 의무

법에 따라 IP는 취약한 성인또는 아동에게 위해가 가해진다고 판단할 만한 이유가 있거나 의심이 있을 경우 즉시 신고해야 합니다.

자택에 거주하는 취약한 성인에게 위해가 가해진다고 판단할 만한 이유가 있을 경우 APS(Adult Protective Services)에 전화하십시오.

성인 가정, 노인시설**, 또는 요양원**에 거주하는 취약한 성인에게 위해가 가해진다고 판단할 만한 이유가 있을 경우 CRU(Complaint Resolution Unit)에 전화하십시오.

아동에게 위해가 가해진다고 판단할만한 이유가 있을 경우 **1-866-EndHarm**에 전화하십시오.

APS 번호

1 구역

1-800-459-0421 (TTY) 509-568-3086

Spokane, Grant, Okanogan, Adams, Chelan, Douglas, Lincoln, Ferry, Stevens, Whitman, Pend Oreille, Yakima, Kittitas, Benton, Franklin, Walla Walla, Columbia, Garfield, Asotin, Klickitat

2 구역

1-866-221-4909 (TTY) 1-800-977-5456

Snohomish, Skagit, Island, San Juan, Whatcom, King

3 구역

1-877-734-6277 (TTY) 1-800-672-7091

Bremerton, Pierce, Thurston, Mason, Lewis, Clallam, Jefferson, Grays Harbor, Pacific, Wahkiakum, Cowlitz, Skamania, Clark

CRU 번호

주 전역

1-800-562-6078 (TTY) 1-800-737-7931

"세상에서 가장 아름다운 것은 보거나 만질 수 없다. 그것은 가슴으로 느낄 수 있다."

- 헬렌 켈러

워싱턴주 **Home Care Referral Registry**에서는 재택 서비스 제공자로서 추가로 일할 수 있는 기회를 얻도록 돕고 있습니다.

Referral Registry는 웹 기반 시스템이며, 자격에 부합하는 IP를 장기 재택 간호 서비스 사용자와 연결해 줍니다.

손쉽게 Referral Registry에 등록할 수 있습니다. 현지 Registry 사무소에 전화하거나 방문하시면 됩니다. 현지 Referral Registry 사무소 정보는 전화 1-800-970-5456으로 문의하십시오. 또는 웹 사이트 **www.hcrr.wa.gov**에서 "Registry Offices"를 클릭하면 해당 지역의 Referral Registry 이용 가능 여부를 확인할 수 있습니다.

개인 간병인이 되는 데 관심 있는 친구가 있습니까? Referral Registry Center에서는 필요한 자격 요건을 갖춘 사람이 재택 IP로 일할 수 있도록 돕고 있습니다.

사용자를 위한 정보

Referral Registry는 자격을 갖춘 재택 IP를 찾는 사용자에게도 유익한 도구입니다. 사용자는 현지 Referral Registry Center에 연락하여 자신의 필요에 가장 부합하는 유자격 IP들을 추천 받을 수 있습니다. 그런 다음 각 IP를 인터뷰하여 적임자를 선택할 수 있습니다.

사용자는 HCQA YouTube 채널에서 IP 채용 방법에 관한 요령과 조언을 담은 최신 제작 동영상을 감상할 수도 있습니다. 링크는 **www.hcrr.wa.gov**에서 이용할 수 있습니다.

IP를 위한 정보

인종, 신념, 피부색, 출신국적, 성별, 참전용사나 병역 상태, 성적 지향성, 감각이나 정신, 신체적 장애, 장애인을 위한 훈련된 안내견이나 안내 동물 이용 등으로 인한 차별로부터 자유로울 권리는 시민의 권리로 인정됩니다.

IP 역시 HCRR 웹 사이트에서 유익한 정보와 지원을 받을 수 있습니다. Provider Resources를 클릭하여 질병 및 조건에 관한 최신 정보, 간호 관련 팁, 최신 뉴스와 기사를 볼 수 있습니다.

이 편람에 수록된 정보는 고용 계약을 형성하거나 암시하지 않으며 IP의 지속적인 고용 근거가 되지 않습니다. 이 편람의 내용과 계약서 조항이 상충할 경우 계약서의 내용을 우선적으로 적용합니다.

DSHS는 서비스 또는 계약에서 인종, 피부색, 국적, 성별, 성적 취향, 종교, 신념, 혼인 여부, 장애, 베트남전 참전, 신체적, 정신적, 감정적 장애 유무에 따른 차별을 두지 않습니다.

발행물 주문

이 안내서와 기타 DSHS 발행 자료를 DOP(Department of Printing's) Fulfilment Center(구 General Store)에 주문할 수 있습니다. DOP 웹 사이트:

myfulfillment.wa.gov

다음 방법으로도 발행물을 요청할 수 있습니다.

- 이메일: fulfillment@prt.wa.gov
- 전화: (360) 570-5555
- 팩스: (360) 664-2048

이메일, 전화 또는 팩스로 주문할 경우 발행물 제목, 발행물 번호(DSHS 22-xxx), 연락처 이름과 우편 주소를 알려 주십시오.

인터넷 자료

간호 및 장기요양보호에 관한 자세한 내용은 다음 사이트에서 확인하십시오.

www.adsa.dshs.wa.gov

SEIU 775 NW Resources

노동조합 혜택과 훈련 요건에 대해 더 자세히 알아보시려면:

- 노조 혜택: www.seiu775.org
- 필수 교육/훈련 및 건강혜택: www.myseiubenefits.org
- 질문이 있으시면 mrc@seiu775.org 를 통하여 회원 정보 센터로 문의하십시오.
- 또는 회원 정보 센터, 1-866-371-3200에 전화해 노조, 건강보험, 교육/훈련 및 인증서 요건 등을 문의할 수 있습니다.

다른 언어로 통화하기를 원하는 사람은 회원 정보 센터에 전화해 아래 내선 번호 중 해당 언어의 번호를 누르십시오.

언어	내선	언어	내선
러시아어	411	소말리아어	431
우크라이나어	412	아랍어	432
스페인어	413	표준 중국어	423
한국어	421	베트남어	422
광동어	424	스와힐리어	433
타갈로그어	442	캄보디아어	441

Washington State
Department of Social
& Health Services

DSHS 22-221(KO) (Rev. 1/14)