

Потвърждение на моите задължения като Работодател на моите Индивидуални доставчици Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

Избирам да получавам услуги от Индивидуален доставчик (ИД), платени от Департамента по социални и здравни услуги (DSHS). Аз разбирам, че моите задължения като работодател на моя ИД включват:

Основна проверка на моите доставчици:

- Разбирам, че моят ИД трябва да премине държавна проверка на биографичните данни и проверка на пръстовите отпечатъци. Мога да наема моя ИД, за да започне веднага или да изчакам резултатите от проверката на пръстовите отпечатъци. Ако наема моя ИД преди получаването на резултатите от пръстовите отпечатъци и доставчикът ми се окаже дисквалифициран, то DSHS няма повече да плаща на този ИД. Ще имам възможността да избира друг ИД, който е квалифициран:

- Искам да наема моя ИД за период до 120 дни, докато чакам резултатите от проверката на пръстовите отпечатъци. Разбирам, че моят ИД трябва първо да премине държавната проверка на своите биографични данни. Държавна проверка на биографичните данни; (1) записи за наказателни присъди във Вашингтонския държавен патрул, (2) записи в базата данни на Вашингтонския съд и (3) констатации от държавните агенции на Вашингтон.**

ИЛИ

- Искам да изчакам, докато не приключи проверката за пръстовите отпечатъци, преди да наема моя ИД. Държавната проверка включва проверка на регистрите за съдимост в други държави.**

Име на ИД: _____

Като работодател:

- Трябва да проверя и да наема квалифициран ИД;
- Трябва да се свържа с моя мениджър по случая, за да се уверя, че ИД има валиден договор;
- Разбирам, че ИД не могат да работят, ако получат известие от DSHS, че трябва да спрат да работят;
- Разбирам, че ИД не могат да работят, ако вече не са квалифицирани като ИД;
- Разбирам, че ще получа уведомление, ако моят ИД няма позволение за работа. Ако му позволя да работи след датата на това известие, то само аз отговарям за неговото заплащане;
- Трябва да се уверя, че моят ИД може да работи в Съединените щати. Трябва да попълня и да запазя формуляра I-9. Мога да се свържа с [Homeland Security USCIS I-9 Web Site](http://www.dhs.gov/homeland-security-uscis-i-9) или да звънна на 1-888-464-4218, ако имам нужда от повече информация;
- Разбирам, че мога да се свържа с Регистъра за референтни домашни грижи (HCRR) за помощ при намирането на ИД. Тази услуга се предлага в повечето райони в щата. Мога да се свържа с HCRR по телефона на 1-800-970-5456. Мога да стигна до HCRR чрез интернет на: <http://www.hcrr.wa.gov/>

Планиране на работата на моя ИД:

- Разбирам, че моят ИД не може да работи повече от своя лимит на работната седмица без одобрение от DSHS;
- Разбирам, че моят ИД има само един лимит на работната седмица. Моят ИД не може да превиши този лимит, дори ако работи и за други хора освен мен;
- Трябва да се уверя, че моят ИД не работи повече от лимита на работната си седмица и повече от месечните ми часове;
- Трябва да намеря резервен помощник, който да отговаря на нуждите ми, когато имам нужда от такива;
- Може да се наложи да наема допълнителни помощници, които да отговарят за моите нужди и да следват правилата за извънреден труд;
- Трябва да се уверя, че моят ИД разбира моя план за грижи, може да следва моя план за грижи и да изпълнява графика, който искам;

- Аз контролирам работата на моя ИД. Въпреки, че моят ИД има договор с DSHS, DSHS не контролира моя ИД.

Осигуряване на ръкавици:

- Когато са необходими – трябва да осигуря ръкавици на моя ИД за задачите за лична грижа свързани с използването на ръце:
- Мога да получа до 200 ръкавици на месец от Apple Health (Medicaid). Мога да получа и повече, ако това е необходимо за медицински нужди.
- Ако имам включени управлявани грижи от Apple Health (Medicaid), то мога да се свържа с моя здравен план или с моя лекар да поръчам ръкавици или да отида на <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- Ако имам покритие от Apple Health, което не е чрез управлявани грижи, то мога:
 - Да се обадя на доставчик на медицинско оборудване от списъка на уебсайта на Здравната служба на: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf или
 - Да се обадя на моя лекар или
 - да се обадя на Центъра за медицински услуги на 1-800-562-3022. Този номер се намира на гърба на моята синя карта за медицински услуги. За повече информация относно получаването на ръкавици посетете уебсайта на здравната служба на <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>.

Финансови задължения:

- Разбирам, че DSHS не носи отговорност за удържането или плащането на данък върху доходите за моя ИД, освен ако моят ИД не ги моли;
- DSHS отговаря за удържането и плащането на данъци за социално осигуряване и медицински грижи (FICA);
- DSHS отговаря за удържането и плащането на федерални и държавни данъци за безработица (FUTA / SUTA), освен ако ИД не е мой родител или мое дете, което е на възраст между 18 и 21 години;
- Трябва да докладвам плащанията ми за Лична грижа на държавните и федерални данъчни агенции, ако:
 - Получавам моите услуги чрез Домашни и обществени услуги или чрез моята Районна агенция по въпросите за възрастните (AAA) и
 - наемам ИД и
 - плащам част за моите услуги за Лични грижи.
 - За данъчна информация се обърнете към Службата за събиране на данъци на 1-800-829-1040 или към Държавния департамент по осигуряване на заетостта във Вашингтон на 1-888-836-1900.

Комуникация с DSHS:

- Ще се свържа с моя мениджър по случая, ако:
 - Имам някакви притеснения относно моя план за грижи или относно качеството на грижите, които получавам от моя ИД;
 - Не получавам услугите, които моят ИД е фактурирал;
 - Не получавам услугите, които съм оторизиран да получа съгласно моя план за грижи;
 - Искам да променя или добавя доставчик;
 - Имам нужда от помощ свързана с наемането/управлението на моя ИД;
 - Искам да възложя повече часове на моя ИД, отколкото неговия лимит на работната седмица.

Също така разбирам, че имам право да обжалвам, ако DSHS отхвърли моя избор на доставчик.

ПОДПИС НА КЛИЕНТА / ЗАКОННИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛ

ДАТА

ID НОМЕР НА КЛИЕНТА:

ПЪЛНО ИМЕ НА КЛИЕНТА / ЗАКОННИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛ