

ការទទួលស្គាល់ទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងនាមជានិយោជករបស់អ្នកផ្តល់សេវាផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

ខ្ញុំជ្រើសរើសទទួលយកសេវានានាពីអ្នកផ្តល់សេវាផ្ទាល់ខ្លួន (IP) ដែលទូទាត់ប្រាក់ដោយក្រសួងសេវាសង្គម និងសេវាសុខាភិបាល (DSHS)។ ខ្ញុំយល់ថា ទំនួលខុសត្រូវរបស់ខ្ញុំក្នុងនាមជានិយោជករបស់ IP របស់ខ្ញុំ រួមមាន ៖

ការត្រួតពិនិត្យសារគ្រប់គ្រងអ្នកផ្តល់សេវាផ្ទាល់ខ្លួន ៖

• ខ្ញុំយល់ថា IP របស់ខ្ញុំត្រូវតែឆ្លងកាត់ទាំងការត្រួតពិនិត្យសារគ្រប់គ្រង និងការត្រួតពិនិត្យសម្រាមដែលនៅខាងក្រៅរដ្ឋផងដែរ។ ខ្ញុំអាចជួយ IP របស់ខ្ញុំដើម្បីធ្វើការចាប់ផ្តើមភ្លាមៗ ឬរង់ចាំលទ្ធផលត្រួតពិនិត្យជាមុនសិន។ ប្រសិនបើខ្ញុំជួយ IP របស់ខ្ញុំមុនពេលទទួលបានលទ្ធផលត្រួតពិនិត្យសម្រាម ហើយគេបានរកឃើញថាអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ទេនោះ DSHS នឹងមិនទូទាត់ប្រាក់ជូន IP ម្នាក់នោះទេឡើយ។ ខ្ញុំនឹងមានជម្រើសក្នុងការជ្រើសរើស IP ម្នាក់ផ្សេងទៀតដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ ៖

ខ្ញុំមានបំណងជួយ IP របស់ខ្ញុំសម្រាប់រយៈពេលរហូតដល់ 120 ថ្ងៃ ខណៈពេលដែលខ្ញុំរង់ចាំលទ្ធផលនៃការត្រួតពិនិត្យសម្រាម។ ខ្ញុំយល់ថា IP របស់ខ្ញុំត្រូវតែឆ្លងកាត់ការត្រួតពិនិត្យសារគ្រប់គ្រងនៅក្នុងរដ្ឋ។ ការត្រួតពិនិត្យសារគ្រប់គ្រងរដ្ឋត្រូវតែឡើងវិញរួច (1) កំណត់ត្រាជាប់ទោស ព្រហ្មទណ្ឌតាមរយៈនគរបាលដើរឃ្នកនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន (2) កំណត់ត្រានៅក្នុងមូលដ្ឋានទិន្នន័យរបស់គុណាការរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន និង (3) លទ្ធផលដែលទទួលបានពីទីភ្នាក់ងារនៃរដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន។

ឬ

ខ្ញុំមានបំណងរង់ចាំរហូតទាល់តែការត្រួតពិនិត្យសម្រាមដែលនៅខាងក្រៅរដ្ឋត្រូវបានបញ្ចប់រួចរាល់មុនពេលជួល IP របស់ខ្ញុំ។ ការត្រួតពិនិត្យខាងក្រៅរដ្ឋរួមបញ្ចូលការត្រួតពិនិត្យកំណត់ត្រាបទឧក្រិដ្ឋនៅក្នុងរដ្ឋផ្សេងទៀតផងដែរ។

ឈ្មោះរបស់ IP ៖ _____

កងនាមជានិយោជកម្នាក់ ៖

- ខ្ញុំត្រូវតែសម្រាប់ និងជួយ IP ដែលមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ម្នាក់
- ខ្ញុំត្រូវតែទាក់ទងអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់ខ្ញុំដើម្បីធ្វើប្រាកដថា IP មានកិច្ចសន្យាដែលមានសុពលភាព
- ខ្ញុំយល់ថា IP របស់ខ្ញុំ មិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការនោះទេ ប្រសិនបើពួកគេទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងពី DSHS ថាពួកគេត្រូវតែឈប់ធ្វើការ
- ខ្ញុំយល់ថា IP របស់ខ្ញុំ មិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការនោះទេ ប្រសិនបើពួកគេលែងមានគុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់ក្នុងការធ្វើជា IP បន្តទៀតនោះ
- ខ្ញុំយល់ថា IP ខ្ញុំនឹងទទួលបានសេចក្តីជូនដំណឹងមួយ ប្រសិនបើ IP របស់ខ្ញុំមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការនោះទេ។ ប្រសិនបើអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការក្រោយកាលបរិច្ឆេទនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនោះ ខ្ញុំអាចទទួលខុសត្រូវទាំងស្រុងចំពោះការទូទាត់ប្រាក់ជូន IP នោះ
- ខ្ញុំត្រូវធ្វើប្រាកដថា IP របស់ខ្ញុំអាចធ្វើការនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិកបាន។ ខ្ញុំត្រូវតែបំពេញ និងរក្សាទុកទម្រង់បែបបទ I-9។ ខ្ញុំអាចទាក់ទង [វេបសាយគំនិតសុខាភិបាល US CIS I-9](#) ឬតាមរយៈការហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-888-464-4218 ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចទាក់ទងការិយាល័យចុះបញ្ជីការបញ្ជូនបន្តនៃការថែទាំតាមផ្ទះ (HCRR) ដើម្បីទទួលបានជំនួយក្នុងការស្វែងរក IP ណាម្នាក់។ សេវានេះអាចស្វែងរកបាននៅក្នុងគំបន់ភាគច្រើននៃរដ្ឋ។ ខ្ញុំអាចទាក់ទង HCRR តាមរយៈទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-970-5456។ ខ្ញុំអាចចូលទៅកាន់ HCRR តាមប្រព័ន្ធអ៊ីនធឺណិតនៅ <http://www.hcrr.wa.gov/>។

ការកំណត់កាលវិភាគធ្វើការរបស់ IP របស់ខ្ញុំ ៖

- ខ្ញុំយល់ថា IP របស់ខ្ញុំមិនអាចធ្វើការលើសពីចំនួនកំណត់នៃសប្តាហ៍ធ្វើការរបស់ពួកគេដោយគ្មានការឯកភាពពី DSHS ឡើយ
- ខ្ញុំយល់ថា IP របស់ខ្ញុំមានចំនួនកំណត់នៃការធ្វើការតែមួយសប្តាហ៍ប៉ុណ្ណោះ។ IP របស់ខ្ញុំមិនអាចធ្វើការលើសពីចំនួនកំណត់នេះបានឡើយទោះបីពួកគេធ្វើការមនុស្សច្រើនអង្គជាងខ្ញុំក៏ដោយ
- ខ្ញុំត្រូវធ្វើប្រាកដថា IP របស់ខ្ញុំមិនបានធ្វើការលើសពីចំនួនកំណត់នៃសប្តាហ៍ធ្វើការរបស់ពួកគេ និងមិនលើសពីម៉ោងបម្រើសេវាប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំឡើយ
- ខ្ញុំត្រូវស្វែងរកអ្នកថែទាំបម្រុងដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការរបស់ខ្ញុំនៅពេលដែលខ្ញុំត្រូវការ
- ខ្ញុំអាចត្រូវជួយអ្នកថែទាំបន្ថែមទៀតដើម្បីបំពេញតាមតម្រូវការរបស់ខ្ញុំ និងអនុវត្តតាមវិធានការងារថែទាំម៉ោង
- ខ្ញុំត្រូវតែធ្វើប្រាកដថា IP របស់ខ្ញុំយល់អំពីផែនការថែទាំរបស់ខ្ញុំ អាចអនុវត្តតាមផែនការថែទាំរបស់ខ្ញុំបាន និងអាចធ្វើការតាមកាលវិភាគដែលខ្ញុំចង់បាន

- ខ្ញុំត្រូវតែទិញការងាររបស់ IP របស់ខ្ញុំ។ ទោះបីជា IP របស់ខ្ញុំមានកិច្ចសន្យាជាមួយ DSHS ក៏ដោយ ក៏ DSHS មិនត្រូវតែទិញ IP របស់ខ្ញុំដែរ។

ការផ្តល់ស្រោមដៃ ៖

- ខ្ញុំត្រូវតែផ្តល់ស្រោមដៃដូន IP របស់ខ្ញុំសម្រាប់ការងារថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនដោយផ្ទាល់នៅពេលដែលចាំបាច់ ៖
- ខ្ញុំអាចទទួលបានស្រោមដៃរហូតដល់ 200 កងមួយខែពីផលប្រយោជន៍នៃ Apple Health (Medicaid) របស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំប្រហែលជាអាចទទួលបានច្រើន ជាងនេះទៀតប្រសិនបើមានភាពចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។
- ប្រសិនបើ Apple Health (Medicaid) បានគ្រប់គ្រងការថែទាំ ខ្ញុំអាចទាក់ទងផែនការសុខភាព ឬវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំដើម្បីបញ្ជាទិញស្រោមដៃ ឬចូល ទៅកាន់ <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- ប្រសិនបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រង Apple Health ដែលមិនទទួលបានតាមរយៈការថែទាំដែលស្ថិតនៅក្រោមការគ្រប់គ្រងនោះ ខ្ញុំអាច ៖
 - ហៅទូរសព្ទទៅកាន់អ្នកផ្គត់ផ្គង់បរិក្ខារវេជ្ជសាស្ត្រពីបញ្ជីនេះលើវេបសាយគំរូរបស់អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពនៅ ៖ https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf ឬ
 - ហៅទូរសព្ទទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬ
 - ហៅទូរសព្ទទៅកាន់មណ្ឌលសេវាវេជ្ជសាស្ត្រតាមរយៈលេខ 1-800-562-3022។ លេខនេះស្ថិតនៅខាងក្រោយប័ណ្ណសេវាវេជ្ជសាស្ត្រពណ៌ខៀវ របស់ខ្ញុំ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការទទួលបានស្រោមដៃ សូមចូលទៅកាន់វេបសាយគំរូរបស់អាជ្ញាធរថែទាំសុខភាពនៅ <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>។

ភារកិច្ចផ្នែកហិរញ្ញវត្ថុ ៖

- ខ្ញុំយល់ថា DSHS មិនទទួលខុសត្រូវចំពោះការកាត់ទុក ឬការទូទាត់ពន្ធនាំចូលសម្រាប់ IP របស់ខ្ញុំ លើកលែងតែ របស់ខ្ញុំសើសុំមានការធ្វើដូចនោះ
- DSHS ទទួលខុសត្រូវចំពោះការកាត់ទុក និងការទូទាត់ពន្ធសន្តិសុខសង្គម និងពន្ធ Medicare (FICA)
- DSHS ទទួលខុសត្រូវចំពោះការកាត់ទុក និងការទូទាត់ពន្ធលើភាពគ្មានការងារធ្វើរបស់សហព័ន្ធ និងរដ្ឋ (FUTA/SUTA) លើកលែងតែ IP គឺជា ឪពុក/ម្តាយ ឬកូនរបស់ខ្ញុំដែលមានអាយុពី 18 ដល់ 21 ឆ្នាំ
- ខ្ញុំត្រូវតែរាយការណ៍អំពីការទូទាត់សម្រាប់ការចូលរួមក្នុងការថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ ទៅកាន់ទីភ្នាក់ងារពន្ធដាររបស់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ប្រសិនបើខ្ញុំ ៖
 - ទទួលបានសេវានានារបស់ខ្ញុំតាមរយៈសេវាតាមផ្ទះ និងតាមសហគមន៍ ឬទីភ្នាក់ងារមនុស្សចាស់ប្រចាំតំបន់នៅក្នុងមូលដ្ឋានរបស់ខ្ញុំ និង
 - ដួល IP ណាមក់ចូលបម្រើការងារ និង
 - ធ្វើការចូលរួមសម្រាប់សេវាថែទាំផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ។
 - សម្រាប់ព័ត៌មានស្តីពីពន្ធដារ សូមទាក់ទងសេវាប្រាក់ចំណូលបំផ្ទុកតាមរយៈលេខ 1-800-829-1040 ឬក្រសួងសន្តិសុខការងារនៃរដ្ឋ វ៉ាស៊ីន្ទ័តោនតាមរយៈលេខ 1-888-836-1900។

ការប្រាស្រ័យទាក់ទងជាមួយ DSHS ៖

- ខ្ញុំនឹងទាក់ទងជាមួយអ្នកគ្រប់គ្រងករណីរបស់ខ្ញុំ ប្រសិនបើខ្ញុំ ៖
 - មានកង្វល់ណាមួយអំពីផែនការថែទាំរបស់ខ្ញុំ ឬអំពីគុណភាពនៃការថែទាំដែលខ្ញុំកំពុងទទួលបានពី IP របស់ខ្ញុំ
 - មិនកំពុងទទួលបានសេវានានាសម្រាប់អ្វីដែល IP របស់ខ្ញុំកំពុងសើសុំការទូទាត់ប្រាក់
 - មិនកំពុងទទួលបានសេវានានាដែលទទួលបានការអនុញ្ញាតនៅក្នុងផែនការថែទាំរបស់ខ្ញុំ
 - មានបំណងផ្លាស់ប្តូរ ឬបន្ថែមអ្នកផ្តល់សេវាណាមក់
 - ត្រូវការជំនួយក្នុងការដួល/គ្រប់គ្រង IP របស់ខ្ញុំ ឬ
 - មានបំណងចាត់តាំងម៉ោងធ្វើការដូន IP របស់ខ្ញុំលើសពីចំនួនកំណត់នៃសប្តាហ៍ធ្វើការរបស់គាត់/នាង។

ខ្ញុំក៏យល់ផងដែរថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិដាក់បណ្តឹងតវ៉ា ប្រសិនបើ DSHS បដិសេធមិនទទួលស្គាល់សិទ្ធិរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន/តំណាងស្របច្បាប់	កាលបរិច្ឆេទ	អត្តលេខរបស់អតិថិជន
-------------------------------------	-------------	--------------------

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ពរបស់អតិថិជន/តំណាងស្របច្បាប់