

إقرار بمسؤولياتي بصفتي صاحب عمل لمقدمي الخدمات للأفراد--  
نسخة جانحة كوفيد (COVID) المؤقتة

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers  
Temporary COVID pandemic version

أختار الحصول على الخدمات من مقدمي الخدمة الأفراد مدفوعة الأجر من دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية (DSHS). أفهم مسؤولياتي كصاحب عمل لمقدمي الخدمات والتي تتضمن:

**عمليات فحص المعلومات الأساسية الخاصة بقدمي الخدمات:**

- أفهم أنه يجب أن يمر مقدمي الخدمات لدي من كل فحص للمعلومات الأساسية داخل الولاية، ولكن تم التخلي عن شرط فحص البصمة من خارج الولاية حالياً بسبب جائحة كوفيد-19 (COVID-19). يمكنني تعيين مقدم الخدمة الخاصة بي للبدء فوراً أو انتظار نتائج فحص البصمة. في حالة قيامي بتعيين مقدم الخدمة الخاص بي قبل إعادة نتائج البصمة ووجد مقدم الخدمة الخاص بي أنني غير مؤهل، فلن تدفع دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية أجر مقدم الخدمة هذا. سيكون لدي خيار اختيار مقدم خدمة آخر مؤهل.

أتمنى أن أقوم بتعيين مقدم الخدمة الخاص بي مع العلم أنه تم التخلي عن شرط فحص البصمة خارج الولاية حالياً بسبب جائحة كوفيد-19. أفهم أنه لا بد أن ينجح مقدم الخدمة الخاص بي أولاً في فحص المعلومات الأساسية داخل الولاية. عمليات مراجعة فحص المعلومات الأساسية داخل الولاية، (1) سجلات الإدانة الجنائية من خلال دورية ولاية واشنطن، (2) سجلات في قاعدة بيانات محكمة ولاية واشنطن، (3) نتائج من وكالات ولاية واشنطن.

أو

أرغب في الانتظار قبل إنهاء فحص البصمة خارج الولاية قبل تعيين مقدم الخدمة الخاص بي. يتضمن الفحص خارج الولاية فحص للسجلات الجنائية في ولايات أخرى.

اسم مقدم الخدمة:

**بصفتي صاحب عمل:**

- لا بد من فحص وتعيين مقدم خدمة مؤهل.
- لا بد من الاتصال بمدير الحالات الخاص بي للتأكد من أن مقدم الخدمة لديه عقد صالح.
- أفهم أن مقدم الخدمة الخاص بي غير مسموح له بالعمل إذا استلموا إخطاراً من دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية بأنهم لا بد أن يوقفوا العمل.
- أفهم أن مقدم الخدمة غير مسموح له بالعمل إذا لم يعودوا مؤهلين كمقدمي خدمة.
- أفهم أنني سأستلم إخطاراً إذا لم يكن مقدم الخدمة الخاص بي مسموحاً له بالعمل. إذا سمحت لهم بالعمل بعد تاريخ ذلك الإخطار، سأكون مسؤولاً وحدي عن سداد أجر مقدم الخدمة.
- لا بد أن أتأكد من أن مقدم الخدمة الخاص بي يمكنه العمل في الولايات المتحدة. لا بد أن أكمل واحتفظ بنموذج I-9. قد أتصل بـ [الموقع الإلكتروني لـ Homeland Security USCIS I-9](#) أو عبر الاتصال على رقم 1-888-464-4218 في حالة الحاجة لمزيد من المعلومات.
- أفهم أنني يمكنني الاتصال بتسجيل الإحالة للرعاية المنزلية (HCRR) للمساعدة في إيجاد مقدم خدمة. تتوفر هذه الخدمة في أغلب المناطق في الولاية. يمكنني الاتصال بتسجيل الإحالة للرعاية المنزلية عبر الهاتف على رقم 1-800-970-5456. يمكنني الوصول إلى تسجيل الإحالة للرعاية المنزلية عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني: <http://www.hcrr.wa.gov/>

**جدولة مقدم الخدمة للعمل:**

- أفهم أن مقدم الخدمة لا يمكنه العمل لأكثر من حد أسبوع العمل بدون موافقة دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية.
- أفهم أن مقدم الخدمة له حد أسبوع عمل واحد فقط. لا يمكن لمقدم الخدمة تجاوز هذا الحد حتى إذا عملوا لأشخاص أكثر مني.
- لا بد أن أتأكد من أن مقدم الخدمة لا يعمل لأكثر من حد أسبوع العمل الخاص بهم وأكثر من ساعات الخدمة الشهرية الخاصة بي.
- لا بد أن أجد مقدم رعاية احتياطي لتلبية احتياجاتي عند الحاجة إليه.
- يمكنني تعيين مقدمي رعاية إضافيين لتلبية احتياجاتي واتباع قواعد الوقت الإضافي.
- لا بد أن أتأكد من أن مقدم الرعاية يفهم خطة الرعاية الخاصة بي، وأنه يمكنه اتباع خطة الرعاية الخاصة بي، وأنه يمكنه العمل وفقاً لجدولي.

- أنا أشرف على عمل مقدم الخدمة الخاص بي. على الرغم من أن مقدم الخدمة لديه عقد مع دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية، إلا أن دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية لا تشرف على مقدم الخدمة الخاص بي.

### تقديم القفزات:

- لا بد من قيامي بتقديم القفزات لمقدم الخدمة الخاص بي لمهام الرعاية الشخصية اليدوية عند الحاجة إليها.
- يمكنني الحصول على ما يصل إلى 200 قفاز في الشهر من مزاي Apple Health (Medicaid). سأكون قادراً على الحصول على المزيد إذا كان ذلك ضرورياً من الناحية الطبية.
- إذا كان لدي رعاية صحية مدارة من Apple Health (Medicaid)، فيمكنني الاتصال بخطتي الصحية أو طبيبي لطلب القفزات أو زيارة الموقع الإلكتروني <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- إن كانت لدي تغطية Apple Health والتي ليست عبر الرعاية المدارة، فيمكنني:
  - الاتصال بمورد الأجهزة الطبية من القائمة الموجودة في الموقع الإلكتروني لهيئة الرعاية الصحية: [https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs\\_providers\\_non\\_sterile\\_gloves.pdf](https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf) or
  - أو الاتصال بطبيبي،
  - أو الاتصال بمركز الخدمات الصحية على رقم 1-800-562-3022. هذا الرقم موجود في الجزء الخلفي من بطاقة الخدمات الصحية. لمزيد من المعلومات بشأن الحصول على القفزات، قم بزيارة الموقع الإلكتروني لهيئة الرعاية الصحية <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>

### الواجبات المالية:

- أفهم أن دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية غير مسؤولة عن حجب أو سداد ضريبة الدخل لمقدم الخدمة الخاص بي ما لم يطلب مقدم الخدمة الخاص بي ذلك.
- دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية مسؤولة عن حجب أو سداد الضمان الاجتماعي وضرائب الرعاية الصحية (FICA).
- دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية مسؤولة عن حجب أو سداد ضرائب البطالة الفيدرالية والخاصة بالولاية (FUTA/SUTA) ما لم يكن مقدم الخدمة هو أحد والدي أو طفلي الذي يكون عمره بين 18 و21 سنة.
- لا بد من الإبلاغ عن سداد مشاركة الرعاية الشخصية للولاية ووكالاتنا الضرائب الفيدرالية في الحالات التالية:
  - حصولي على مستحقي من خلال الخدمات المنزلية أو المجتمعية أو الوكالة المحلية بالمنطقة المعنية بالشيخوخة (AAA).
  - توظيفي لمقدم خدمة.
  - سداد اشتراكي في خدمات الرعاية الشخصية.
- للحصول على معلومات ضريبية، اتصل بخدمة الإيرادات الداخلية على الرقم 1-800-829-1040 أو إدارة الأمن الوظيفي في ولاية واشنطن على الرقم 1-888-836-1900.

### التواصل مع دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية:

- سأتصل بمدير الحالات الخاص بي في الحالات التالية:
  - إن كانت لدي مخاوف بشأن خطة الرعاية الخاصة بي أو بشأن جودة الرعاية التي أتلقاها من مقدم الخدمات الخاص بي.
  - إن لم أتلق الخدمات التي يصدر لها مقدم الخدمات فواتير.
  - إن لم أتلق الخدمات المصرح بها في خطة الرعاية الخاصة بي.
  - إن كنت أرغب في تغيير مقدم الخدمات أو إضافة مقدمة خدمات.
  - في حالة الحاجة إلى المساعدة في تعيين/إدارة مقدم الخدمات الخاص بي.
  - إن كنت أرغب في تخصيص عدد ساعات لمقدم الخدمات الخاص بي أكثر من حد أسبوع العمل الخاص به.

أفهم أيضاً أنني لدي الحق في الطعن إن رفضت دائرة الخدمات الاجتماعية والصحية اختياري لمقدم الخدمات.

رقم بطاقة تعريف العميل

التاريخ

توقيع العميل/الممثل القانوني

الاسم المطبوع للوكيل/الممثل القانوني