

ການຮັບຮູ້ໃນຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນຖານະເປັນ
ນາຍຈ້າງຂອງຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການສ່ວນບຸກຄົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ
ສະບັບຊົ່ວຄາວໃນຣະຫວ່າງໂຮກຣະບາດ **COVID**

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

ຂ້າພະເຈົ້າເລືອກທີ່ຈະຮັບເອົາການບໍລິການຈາກຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການສ່ວນບຸກຄົນ (IP) ທີ່ຖືກຈ່າຍເງິນໃຫ້ໂດຍກົມສັງຄົມສົງເຄາະ ແລະ ສາທະນະສຸກ (DSHS), ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈຄວາມຮັບຜິດຊອບຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນຖານະເປັນນາຍຈ້າງຂອງ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າລວມເອົາ:

ການກວດເບິ່ງເບື້ອງຫຼັງສຳລັບຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ:

- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຜ່ານການກວດເບິ່ງເບື້ອງຫຼັງຢູ່ໃນຮັດ, ແຕ່ວ່າ ກົດກຳນົດຂອງການກວດເບິ່ງການພິມລາຍມືຢູ່ຕ່າງຮັດໄດ້ຖືກໂຈະໄວ້ກ່ອນໃນເວລາດຽວນີ້ຍ້ອນໂຮກຣະບາດ **COVID-19**. ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດຈ້າງເອົາ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ເລີ່ມຕົ້ນເຮັດວຽກໂດຍທັນທີໂລດຫລື ລໍຖ້າຜົນອອກມາຂອງການກວດເບິ່ງການພິມລາຍມື. ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈ້າງເອົາ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າກ່ອນທີ່ຜົນອອກມາຂອງການພິມລາຍມືຈະກັບຄືນມາ ແລະ ຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກພົບວ່າຖືກຫມົດສິດ, DSHS ຈະບໍ່ຈ່າຍເງິນຕໍ່ໄປໃຫ້ IP ຄົນນັ້ນ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະມີທາງເລືອກທີ່ຈະເລືອກເອົາ IP ຄົນອື່ນທີ່ມີສິດ:
- ຂ້າພະເຈົ້າປະສົງທີ່ຈະຈ້າງເອົາ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າດ້ວຍຄວາມຮັບຮູ້ວ່າກົດກຳນົດຂອງການກວດເບິ່ງການພິມລາຍມືຢູ່ຕ່າງຮັດໄດ້ຖືກໂຈະໄວ້ກ່ອນໃນເວລາດຽວນີ້ຍ້ອນໂຮກຣະບາດ **COVID-19**. ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຜ່ານການກວດເບິ່ງເບື້ອງຫຼັງຢູ່ໃນຮັດກ່ອນ. ການກວດເບິ່ງເບື້ອງຫຼັງຢູ່ໃນຮັດຈະກວດເບິ່ງຄືນ; (1) ບັນທຶກຂອງການຕັດສິນລົງໂທດຄະດີອາດຢາຜ່ານກົມຕຳຣວດຂອງຮັດວໍຊິງຕັນ, (2) ບັນທຶກຂອງສູນເກັບຂໍ້ມູນຂອງສານຂອງຮັດວໍຊິງຕັນ, ແລະ (3) ການຄົ້ນພົບຈາກຫ້ອງການຂອງຮັດວໍຊິງຕັນ.
- ຂ້າພະເຈົ້າປະສົງທີ່ຈະລໍຖ້າຈົນກວ່າການກວດເບິ່ງການພິມລາຍມືຢູ່ນອກຮັດໄດ້ສຳເລັດແລ້ວກ່ອນທີ່ຈະຈ້າງເອົາ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ການກວດເບິ່ງຢູ່ນອກຮັດລວມເອົາການກວດເບິ່ງບັນທຶກອັດສະຍາກັມຢູ່ຮັດອື່ນໆ.

ຊື່ຂອງ IP: _____

ການເປັນນາຍຈ້າງ:

- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງກວດກັນກອງ ແລະ ຈ້າງເອົາ IP ທີ່ມີຄຸນນະຄວາມ;
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຈັດການເອກສານຂອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຈະໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ IP ມີສັນຍາທີ່ຖືກຕ້ອງໃຊ້ການໄດ້;
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ເຮັດວຽກຖ້າຫາກວ່າເຂົາເຈົ້າໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການຈາກ DSHS ບອກວ່າຕ້ອງຢຸດເຮັດວຽກ;
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ເຮັດວຽກຖ້າຫາກວ່າເຂົາເຈົ້າບໍ່ມີສິດທີ່ຈະເປັນ IP ຕໍ່ໄປອີກແລ້ວ;
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະໄດ້ຮັບໃບແຈ້ງການຖ້າຫາກວ່າ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ເຮັດວຽກ. ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ເຂົາເຈົ້າເຮັດວຽກຕໍ່ໄປຫຼັງຈາກວັນທີຂອງໃບແຈ້ງການໃບນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຮັບຜິດຊອບຄົນດຽວສຳລັບການຈ່າຍເງິນໃຫ້ IP;
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າສາມາດເຮັດວຽກໄດ້ຢູ່ໃນສະຫາຣັດອະເມຣິກາ. ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງຂຽນປະກອບ ແລະ ເກັບຮັກສາໃບຟອມ I-9 ໄວ້. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕິດຕໍ່ຫາ [Homeland Security USCIS I-9 Web Site](http://www.dhs.gov/homeland-security) ຫລື ໂດຍການໂທຫາເລກ 1-888-464-4218 ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຮາຍຮອດຜິດເຕີມ;
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າຂ້າພະເຈົ້າຈະຕິດຕໍ່ຫາ Home Care Referral Registry (HCRR) ເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫລືອໃນການຊອກຫາ IP. ການບໍລິການອັນນີ້ຈະມີໄວ້ໃຫ້ຢູ່ໃນເຂດສ່ວນຫລາຍຂອງຮັດ. ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕິດຕໍ່ຫາ HCRR ໂດຍທາງໂທຣະສັບໄດ້ທີ່ເລກ 1-800-970-5456. ຂ້າພະເຈົ້າຈະເຂົ້າຫາ HCRR ໄດ້ທາງອິນເຕີເນັດທີ່: <http://www.hcrr.wa.gov/>

ການເຮັດຕາຕະລາງເວລາໃຫ້ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ຈະເຮັດວຽກ:

- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ບໍ່ສາມາດ ເຮັດວຽກຫລາຍເກີນກວ່າຂອບເຂດອາທິດເຮັດວຽກຂອງເຂົາເຈົ້າໂດຍປາສຈາກການອະນຸມັດຈາກ DSHS;
- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າມີຂອບເຂດອາທິດເຮັດວຽກອັນດຽວເທົ່ານັ້ນ. IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສາມາດກາຍເກີນຂອບເຂດອັນນີ້ໄດ້ເຖິງແມ່ນວ່າເຂົາເຈົ້າຈະເຮັດວຽກໃຫ້ຄົນອື່ນຫລາຍກວ່າຂ້າພະເຈົ້າກໍຕາມ;
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ IP ຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຮັດວຽກຫລາຍເກີນກວ່າຂອບເຂດອາທິດເຮັດວຽກຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະ ຫລາຍກວ່າຊົ່ວໂມງບໍລິການປະຈຳເດືອນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ;
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຊອກຫາຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລສຳລອງເພື່ອຈະຕອບສະນອງຄວາມຕ້ອງການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ເມື່ອເວລາຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການຄົນມື່ງ;
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຈ້າງເອົາຜູ້ເບິ່ງແຍງດູແລເພີ່ມເຕີມເພື່ອຈະຕອບສະນອງຄວາມຕ້ອງການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ປະຕິບັດຕາມກົດຮະບຽບຂອງການເຮັດວຽກເກີນເວລາ;

- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງເຮັດໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າ **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ສາມາດປະຕິບັດຕາມແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ແລະ ສາມາດເຮັດວຽກຕາມຕາຕະລາງເວລາທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການ;
- ຂ້າພະເຈົ້າຄວບຄຸມເບິ່ງນຳວຽກຂອງ **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ເຖິງແມ່ນວ່າຂອງຂ້າພະເຈົ້າຈະມີສັນຍານຳ **DSHS** ກໍຕາມ, **DSHS** ບໍ່ໄດ້ຄວບຄຸມເບິ່ງນຳ **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ການເອົາຊົບມືໃຫ້:

- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ເອົາຊົບມືໃຫ້ **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າສຳລັບພາລະໜ້າທີ່ເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຕ້ອງໃຊ້ມືເຮັດເມື່ອເວລາເຂົາຕ້ອງການ;
- ຂ້າພະເຈົ້າສາມາດໄດ້ຊົບມືຮອດ **200** ອັນຕໍ່ເດືອນຈາກສະວັດດີການ **Apple Health (Medicaid)** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະສາມາດໄດ້ຕື່ມອີກຖ້າຫາກວ່າມັນເປັນການຈຳເປັນທາງການພະຍາບານ.
- ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຄວບຄຸມນຳຂອງ **Apple Health (Medicaid)**, ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕິດຕໍ່ໄປຫາແຜນການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຫລື ທ່ານໜ້ອງຂ້າພະເຈົ້າເພື່ອຈະສັ່ງເອົາຊົບມື, ຫລື ໄປທີ່ <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- ຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີການຄຸ້ມກັນ **Apple Health** ທີ່ບໍ່ແມ່ນຜ່ານການປິ່ນປົວທີ່ຖືກຄວບຄຸມນຳ ຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະ:
 - ໂທຫາຜູ້ຈັດຫາອຸປະກອນພະຍາບານຈາກລາຍຊື່ຢູ່ໃນແຜນໂຊທ໌ຂອງ **Health Care Authority** ໄດ້ທີ່: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf ຫລື
 - ໂທຫາທ່ານໜ້ອງຂ້າພະເຈົ້າ; ຫລື
 - ໂທຫາ **Medical Service Center** ໄດ້ທີ່ **1-800-562-3022**. ເລກນີ້ມີຢູ່ທາງດ້ານຫລັງຂອງບັດບໍລິການ **Medical Service** ສື່ຟ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ. ເພື່ອຮາຍຮອດຜູ້ເພີ່ມເຕີມກ່ຽວກັບການຂໍເອົາຊົບມືໃຫ້ແກ່ຂ້າພະເຈົ້າຢູ່ໃນແຜນໂຊທ໌ຂອງ **Health Care Authority** ໄດ້ທີ່ <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>.

ໜ້າທີ່ທາງດ້ານການເງິນ:

- ຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າໃຈວ່າ **DSHS** ບໍ່ຮັບຜິດຊອບສຳລັບການກັກເອົາໄວ້ ຫລື ການຈ່າຍເງິນພາສີຮາຍໄດ້ສຳລັບ **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າອອກຈາກວ່າ **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຂໍໃຫ້ເອົາເຮັດແນວນັ້ນ;
- **DSHS** ຈະຮັບຜິດຊອບສຳລັບການກັກເອົາໄວ້ ຫລື ການຈ່າຍເງິນພາສີຄວາມປອດພັຍຂອງສັງຄົມ ແລະ ພາສີ **Medicare (FICA)**;
- **DSHS** ຈະຮັບຜິດຊອບສຳລັບການກັກເອົາໄວ້ ຫລື ການຈ່າຍເງິນພາສີເງິນວ່າງງານຂອງຮັດຖະບານກາງ ແລະ ຂອງຮັດ (FUTA/SUTA) ນອກຈາກວ່າ **IP** ເປັນພໍ່ແມ່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າທີ່ມີອາຍຸຮອດວ່າງ **18** ປີ ແລະ **21** ປີ;
- ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງລາຍງານການຈ່າຍເງິນການເຂົ້າຮ່ວມນຳການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນຕົວຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ທ້ອງການເກັບພາສີຂອງຮັດ ແລະ ຮັດຖະບານກາງຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າ:
 - ໄດ້ຮັບການບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າຜ່ານທ້ອງການ **Home and Community Services** ຫລື **Area Agency on Aging (AAA)** ທ້ອງຖິ່ນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ, ແລະ
 - ຈ້າງເອົາ **IP** ຄົນນຶ່ງ, ແລະ
 - ຈ່າຍຄ່າການເຂົ້າຮ່ວມສຳລັບການບໍລິການເບິ່ງແຍງດູແລສ່ວນບຸກຄົນຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.
 - ເພື່ອຮາຍຮອດກ່ຽວກັບພາສີ, ຕິດຕໍ່ຫາພະແນກ **Internal Revenue Service** ໄດ້ທີ່ເລກ **1-800-829-1040** ຫລື **Department of Employment Security** ຂອງຮັດວໍຊິງຕັນໄດ້ທີ່ **1-888-836-1900**.

ການຕິດຕໍ່ສື່ສານນຳກິນ DSHS:

- ຂ້າພະເຈົ້າຈະຕິດຕໍ່ຫາຜູ້ຈັດການເອກສານຂອງຂ້າພະເຈົ້າຖ້າຫາກວ່າຂ້າພະເຈົ້າ:
 - ມີຄວາມເຊື່ອໃຈແນວໃດກ່ຽວກັບແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຫລື ກ່ຽວກັບຄຸນນະພາບຂອງການເບິ່ງແຍງດູແລທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຈາກ **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ;
 - ບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າສົ່ງໃບບິນເກັບເອົາເງິນ;
 - ບໍ່ໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຖືກອະນຸຍາດໃຫ້ຢູ່ໃນແຜນການເບິ່ງແຍງດູແລຂອງຂ້າພະເຈົ້າ;
 - ຢາກຈະປ່ຽນ ຫລື ເພີ່ມຜູ້ໃຫ້ການເບິ່ງແຍງດູແລ;
 - ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອນຳການຈ້າງເອົາ/ຄວບຄຸມ **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າ; ຫລື
 - ຕ້ອງການທີ່ຈະແຕ່ງຕັ້ງຊົ່ວໂມງເພີ່ມເຕີມໃຫ້ **IP** ຂອງຂ້າພະເຈົ້າຫລາຍກວ່າຂອບເຂດອາທິດເຮັດວຽກຂອງເຂົາເຈົ້າ.
- ຂ້າພະເຈົ້າຍັງເຂົ້າໃຈອີກຄືກັນວ່າຂ້າພະເຈົ້າມີສິດທິທີ່ຈະຍື່ນອຸທອນຖ້າຫາກວ່າກິນ **DSHS** ປະຕິເສດໃນທາງເລືອກເອົາຜູ້ໃຫ້ການບໍລິການຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງລູກຄ້າ/ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ	ວັນທີ	ເລກ ID ລູກຄ້າ
-------------------------------------	-------	---------------

ຊື່ຂຽນເປັນຕົວຂອງລູກຄ້າ/ຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍ