

Potvrdenie prijatia povinností, ktoré pre mňa vyplývajú ako pre zamestnávateľa mojich individuálnych poskytovateľov –
Dočasná verzia v dôsledku pandémie COVID
Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers – Temporary COVID pandemic version

Rozhodol/rozhodla som sa poberať služby od individuálneho poskytovateľa (IP) plateného ministerstvom sociálnych a zdravotných služieb (Department of Social and Health Services, DSHS). Chápem, že medzi povinnosťami, ktoré pre mňa vyplývajú ako pre zamestnávateľa IP, patria:

Preverky osôb pre mojich poskytovateľov:

- Chápem, že môj IP musí prejsť oboma previerkami osoby v domovskom štáte, vzhľadom na pandémiu COVID-19 sa však od požiadavky na kontrolu odtlačkov prstov mimo domovského štátu v súčasnosti upúšťa. Svojho IP môžem najat' buď s možnosťou okamžitého nástupu, alebo počkám na výsledky kontroly odtlačkov prstov. Ak si IP najmem pred získaním výsledkov odtlačkov prstov a zistí sa, že môj poskytovateľ je nespôsobilý, DSHS už tomuto IP nebude platiť. Budem mať možnosť zvoliť si iného IP, ktorý je spôsobilý:

- Chcem si najat' IP s vedomím, že vzhľadom na pandémiu COVID-19 sa od požiadavky na kontrolu odtlačkov prstov mimo domovského štátu v súčasnosti upúšťa. Chápem, že môj IP musí najprv prejsť previerkou osoby v domovskom štáte.** V rámci previerky osoby v domovskom štáte sa preverujú: (1) záznamy o odsúdeniach za trestné činy prostredníctvom štátnej policajnej agentúry Washington State Patrol, (2) záznamy v databáze Súdu štátu Washington a (3) zistenia agentúr štátu Washington.

ALEBO

- Predtým, ako si najmem IP, chcem počkať, kým sa nevykoná kontrola odtlačkov prstov mimo domovského štátu.** Súčasťou kontroly mimo domovského štátu je kontrola registra trestov v ostatných štátoch.

Meno IP: _____

Ako zamestnávateľ:

- Musím preveriť a najat' spôsobilého IP;
- Musím kontaktovať svojho koordinátora prípadu a overiť si, či má IP platnú zmluvu;
- Chápem, že môj IP nesmie pracovať, ak dostane od DSHS oznámenie, že musí prestať pracovať;
- Chápem, že môj IP nesmie pracovať, ak už nie je spôsobilý ako IP;
- Chápem, že dostanem oznámenie, ak môj IP nesmie pracovať. Ak mu dovoľím pracovať po dni doručenia tohto oznámenia, môžem niesť výlučnú zodpovednosť za zaplatenie IP;
- Musím si overiť, či môj IP môže pracovať v Spojených štátoch. Musím vyplniť a uschovať formulár I-9. Ak budem potrebovať ďalšie informácie, môžem kontaktovať [webovú lokalitu Homeland Security USCIS I-9](#) alebo zavolať na číslo 1-888-464-4218;
- Chápem, že pri hľadaní IP môžem požiadať o pomoc Register odporúčaní na domácu starostlivosť (Home Care Referral Registry, HCRR). Táto služba je dostupná vo väčšine oblastí štátu. HCRR môžem kontaktovať telefonicky na čísle 1-800-970-5456. Prístup k HCRR môžem získať na internete na webovej adrese: <http://www.hcrr.wa.gov/>

Plánovanie práce môjho IP:

- Chápem, že môj IP **nemôže** pracovať viac ako mu to umožňuje jeho limit pracovného týždňa, pokiaľ to neschváli DSHS;
- Chápem, že môj IP má limit jedného pracovného týždňa. Môj IP nemôže tento limit prekročiť ani v prípade, že okrem mňa pracuje aj pre iných ľudí;
- Musím zaistiť, aby môj IP nepracoval viac ako je jeho limit pracovného týždňa a ako je môj mesačný počet hodín poskytovania služby;
- Musím si nájsť záložného opatrovateľa, ktorý v prípade, že ho budem potrebovať, vyhoví mojim potrebám;
- Možno si v závislosti od svojich potrieb budem musieť najat' ďalších opatrovateľov a dodržiavať pravidlá nadčasov;
- Musím zaistiť, aby môj IP porozumel môjmu plánu starostlivosti, mohol ho dodržiavať a pracovať podľa takého rozvrhu, aký mi vyhovuje;

- Dohliadam na prácu svojho IP. Hoci má IP zmluvu s DSHS, DSHS nevykonáva dohľad nad jeho prácou.

Poskytovanie rukavíc:

- Podľa potreby musím svojmu IP poskytnúť na vykonávanie praktických úloh osobnej starostlivosti rukavice:
- Zo svojej dávky z Apple Health (Medicaid) môžem dostať až 200 párov rukavíc mesačne. Možno budem môcť získať viac, ak to bude z lekárskeho hľadiska nevyhnutné.
- Ak starostlivosť o mňa riadi Apple Health (Medicaid), rukavice si môžem objednať prostredníctvom svojho zdravotného plánu alebo lekára, prípadne prostredníctvom <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- Ak mám poistenie Apple Health, ktoré sa neposkytuje prostredníctvom riadenej starostlivosti, môžem:
 - Zatelefonovať dodávateľovi zdravotníckeho vybavenia uvedenému na zozname Health Care Authority na webovej lokalite: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf alebo
 - Zatelefonovať svojmu lekárovi, príp
 - Zatelefonovať Centru lekárskej služby na číslo 1-800-562-3022. Toto číslo sa nachádza na zadnej strane mojej modrej karty Medical Service Card. Ďalšie informácie týkajúce sa získania rukavíc nájdete na webovej lokalite Health Care Authority na adrese <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>.

Finančné povinnosti:

- Chápem, že DSHS nenesie zodpovednosť za zrážanie a platenie dane z príjmu môjho IP, pokiaľ ho IP o to nepožiadá;
- DSHS nesie zodpovednosť za zrážanie a platenie daní na účely sociálneho zabezpečenia a programu Medicare (FICA);
- DSHS nesie zodpovednosť za zrážanie a platenie federálnej a štátnej dane z nezamestnanosti (FUTA/SUTA), pokiaľ je IP môj rodič alebo dieťa vo veku od 18 do 21 rokov;
- Svoje platby za účasť na osobnej starostlivosti (Personal Care) musím nahlásiť štátnym a federálnym daňovým agentúram, ak:
 - Poberám služby prostredníctvom Home and Community Services alebo mojej miestnej Area Agency on Aging (AAA), a
 - Zamestnávam IP, a
 - Platím za účasť na svojich službách Personal Care.
 - Informácie o daniach vám poskytne Internal Revenue Service na telefónnom čísle 1-800-829-1040 alebo Washington State Department of Employment Security na telefónnom čísle 1-888-836-1900.

Komunikácia s DSHS:

- Budem kontaktovať svojho koordinátora prípadu, ak:
 - Budem mať akékoľvek obavy týkajúce sa môjho plánu starostlivosti alebo kvality starostlivosti, ktorú mi poskytuje môj IP;
 - Nedostanem služby, ktoré si môj IP fakturuje;
 - Nedostanem služby, na ktoré mám v rámci svojho plánu starostlivosti oprávnenie;
 - Budem chcieť zmeniť alebo pridať poskytovateľa;
 - Budem potrebovať pomoc pri najímaní/riadení svojho IP; alebo
 - Budem chcieť svojmu IP priradiť viac hodín ako je jeho limit pracovného týždňa.

Chápem aj to, že mám právo odvolať sa, ak mi DSHS zamietne môj výber poskytovateľa.

PODPIS KLIANTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU	DÁTUM	IDENTIFIKAČNÉ ČÍSLO KLIANTA
MENO KLIANTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU TLAČENÝM PÍSMOM		