

Sự Thừa Nhận Trách Nhiệm Của Tôi Với Tư Cách Là Chủ Nhân Của Các Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân Của Tôi

Bản tạm thời dành cho đại dịch COVID

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

Temporary COVID pandemic version

Tôi chọn nhận các dịch vụ từ một Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân (IP) do Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS) chi trả. Tôi hiểu trách nhiệm của tôi với tư cách là chủ nhân của IP của tôi bao gồm:

Kiểm Tra Lý Lịch Đối Với Các Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Của Tôi:

- Tôi hiểu rằng IP của tôi phải vượt qua cả kỳ kiểm tra lý lịch trong tiểu bang, nhưng yêu cầu kỳ kiểm tra dấu tay ngoài tiểu bang hiện được bãi miễn do đại dịch COVID-19. Tôi có thể tuyển dụng IP của tôi để bắt đầu ngay lập tức hoặc chờ các kết quả kiểm tra dấu tay. Nếu tôi tuyển dụng IP của tôi trước khi các kết quả dấu tay được gửi đến và nhân viên phục vụ chăm sóc của tôi được xác minh không đủ điều kiện, DSHS sẽ không còn trả lương cho IP đó nữa. Tôi sẽ có tùy chọn để chọn một IP khác hội đủ điều kiện:

- Tôi muốn tuyển dụng IP của tôi am hiểu rằng yêu cầu kỳ kiểm tra dấu tay ngoài tiểu bang hiện được bãi miễn do đại dịch COVID-19. Tôi hiểu rằng IP của tôi trước tiên phải vượt qua một kỳ kiểm tra lý lịch trong tiểu bang. Các cuộc tái xét kiểm tra lý lịch trong tiểu bang; (1) hồ sơ kết án hình sự thông qua Đội Tuần Tra Tiểu Bang Washington, (2) hồ sơ trong cơ sở dữ liệu của Tòa Án Tiểu Bang Washington, và (3) tài liệu phát hiện từ các cơ quan thuộc tiểu bang Washington.

HOẶC

- Tôi muốn chờ cho đến khi việc kiểm tra dấu tay ngoài tiểu bang được hoàn tất trước tuyển dụng IP của tôi. Việc kiểm tra ngoài tiểu bang bao gồm một kỳ kiểm tra hồ sơ tư pháp ở các tiểu bang khác.

Tên IP: _____

Là Một Chủ Nhân:

- Tôi phải sàng lọc và tuyển dụng một IP đủ điều kiện;
- Tôi phải liên hệ với nhân viên quản lý hồ sơ của tôi để bảo đảm IP có một hợp đồng giá trị;
- Tôi hiểu IP của tôi không được phép làm việc nếu họ nhận được thông báo từ DSHS rằng họ phải phải nghỉ việc;
- Tôi hiểu IP của tôi không được phép làm việc nếu họ không còn hội đủ điều kiện là một IP nữa;
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ nhận được một thông báo nếu IP của tôi không được phép làm việc; Nếu tôi cho phép họ làm việc sau ngày của thông báo đó, tôi có thể chịu trách nhiệm một mình về việc trả lương cho IP;
- Tôi phải bảo đảm IP của tôi có thể làm việc ở Hoa Kỳ. Tôi phải hoàn tất và lưu giữ mẫu đơn I-9. Tôi có thể liên hệ với [Homeland Security USCIS I-9 Web Site](https://www.dhs.gov/homeland-security-uscis-i-9-web-site) hoặc bằng cách gọi 1-888-464-4218 nếu cần thêm thông tin;
- Tôi hiểu rằng tôi có thể liên hệ với Trung tâm Đăng Ký Giới Thiệu Chăm Sóc Tại Nhà (HCRR) để giúp tìm kiếm một IP. Dịch vụ này hiện có trong hầu hết các khu vực của tiểu bang. Tôi có thể liên hệ với HCRR bằng cách gọi điện thoại theo số 1-800-970-5456. Tôi có thể truy cập vào HCRR trên internet tại: <http://www.hcrr.wa.gov/>

Sắp Xếp Cho IP Của Tôi Làm Việc:

- Tôi hiểu rằng IP của tôi **không thể** làm nhiều giờ hơn giới hạn tuần làm việc của họ mà không có sự chấp thuận từ DSHS;
- Tôi hiểu rằng IP của tôi chỉ có một giới hạn làm việc. IP của tôi không thể vượt quá giới hạn này cho dù họ làm việc cho nhiều người hơn tôi;
- Tôi phải bảo đảm IP của tôi sẽ không làm nhiều hơn giới hạn tuần làm việc của họ và nhiều hơn số giờ dịch vụ hàng tháng của tôi;
- Tôi phải tìm một nhân viên chăm sóc dự phòng để đáp ứng các yêu cầu của tôi, khi tôi cần một nhân viên;
- Tôi có thể phải tuyển dụng thêm các nhân viên chăm sóc để đáp ứng các yêu cầu của tôi và thực hiện theo các luật lệ làm thêm giờ;

- Tôi phải bảo đảm IP của tôi hiểu kế hoạch chăm sóc của tôi, có thể thực hiện theo kế hoạch chăm sóc của tôi, và có thể làm việc theo lịch trình tôi muốn;
- Tôi giám sát việc làm của IP tôi. Dù IP của tôi có một hợp đồng với DSHS, DSHS cũng không giám sát IP của tôi.

Cung Cấp Găng Tay:

- Tôi phải cung cấp găng tay cho IP của tôi để thực hiện các nhiệm vụ chăm sóc cá nhân khi họ được yêu cầu;
- Tôi có thể nhận được lên đến 200 găng tay mỗi tháng từ phúc lợi Apple Health (Medicaid) của tôi. Tôi có thể có khả năng nhận được nhiều hơn nếu đó là nhu cầu cần thiết về y tế.
- Nếu tôi có chương trình quản lý chăm sóc Apple Health (Medicaid), tôi có thể liên hệ với chương trình sức khỏe của tôi hoặc bác sĩ của tôi để đặt găng tay, hoặc đến <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- Nếu tôi có bảo hiểm Apple Health không thông qua chương trình quản lý chăm sóc thì tôi có thể:
 - Gọi một nhà cung cấp thiết bị y tế từ danh sách trên trang web cơ quan Health Care Authority tại: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf hoặc
 - Gọi bác sĩ của tôi; hoặc
 - Gọi Trung Tâm Dịch Vụ Y Tế theo số 1-800-562-3022. Số này có ở mặt sau Thẻ Dịch Vụ Y Tế xanh của tôi. Để biết thêm thông tin về việc nhận găng tay hãy truy cập vào trang web của cơ quan Health Care Authority tại <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>.

Nhiệm Vụ Tài Chánh:

- Tôi hiểu rằng DSHS không chịu trách nhiệm về việc giữ lại hoặc chi trả thuế thu nhập cho IP của tôi trừ khi IP của tôi yêu cầu họ;
- DSHS chịu trách nhiệm giữ lại và chi trả thuế An Sinh Xã Hội và Medicare (FICA);
- DSHS chịu trách nhiệm giữ lại và chi trả thuế trợ cấp thất nghiệp của liên bang và tiểu bang (FUTA/SUTA) trừ khi IP là cha/mẹ hoặc con tôi từ 18 đến 21 tuổi;
- Tôi phải báo cáo các khoản chi trả tham gia Chăm Sóc Cá Nhân của tôi cho các cơ quan thuế của tiểu bang và liên bang nếu tôi:
 - Nhận các dịch vụ của tôi thông qua Sở Dịch Vụ Gia Đình và Cộng Đồng hoặc Cơ Quan Phụ Trách Người Cao Tuổi Trong Khu Vực (AAA) tại địa phương của tôi, và
 - Tuyển dụng một IP, và
 - Chi trả việc tham gia các dịch vụ Chăm Sóc Cá Nhân của tôi.
 - Để biết thông tin về thuế, hãy liên hệ với Sở Thuế theo số 1-800-829-1040 hoặc Sở Trợ Cấp Thất Nghiệp của Tiểu Bang Washington theo số 1-888-836-1900.

Liên Hệ Với DSHS:

- Tôi sẽ liên hệ với Nhân Viên Quản Lý Hồ Sơ của tôi nếu tôi:
 - Có bất kỳ quan ngại nào về kế hoạch chăm sóc của tôi hoặc về chất lượng chăm sóc mà tôi đang nhận từ IP của tôi;
 - Không nhận các dịch vụ mà IP của tôi đang gọi hóa đơn;
 - Không nhận các dịch vụ được cho phép trong kế hoạch chăm sóc của tôi;
 - Muốn thay đổi hoặc thêm một nhân viên phục vụ chăm sóc;
 - Cần trợ giúp tuyển dụng/quản lý IP của tôi; hoặc
 - Muốn ấn định số giờ cho IP của tôi nhiều hơn giới hạn tuần làm việc của họ.

Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền khiếu nại nếu DSHS từ chối tôi về việc chọn lựa nhân viên phục vụ chăm sóc của tôi.

CHỮ KÝ CỦA THÂN CHỦ / ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP	NGÀY	SỐ ID THÂN CHỦ
---	------	----------------

VIẾT IN TÊN THÂN CHỦ / ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP
--