

تأدیه مسئولیت‌های اینجانب در مقام کارفرمای ارائه‌دهندگان فردی خدمات

**Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers**

اینجانب دریافت خدمات از طرف ارائه‌دهنده فردی خدمات (IP) را برگزیده‌ام که دستمزد آنها از طرف سازمان خدمات درمانی و اجتماعی (DSHS) پرداخت می‌شود. و به مسئولیت‌های خود در مقام کارفرمای ارائه‌دهنده فردی IP آگاه هستم که شامل موارد زیر می‌شود:

**بررسی پیشینه ارائه‌دهندگان خدمات اینجانب:**

آگاه هستم که ارائه‌دهنده/ IP اینجانب باید دو مرحله بررسی پیشینه درون ایالتی و بررسی اثر انگشت خارج ایالتی را بگذراند. می‌توانم ارائه دهنده/ IP خود را سریعاً جهت آغاز کار استخدام کنم یا منتظر نتیجه بررسی اثر انگشت بشوم. چنانچه ارائه‌دهنده خدمات/ IP را قبل از دریافت نتایج اثر انگشت استخدام کنم و عدم صلاحیت ایشان مشخص شود، DSHS دیگر دستمزدی به آن ارائه‌دهنده/ IP پرداخت نخواهد کرد. و اینجانب می‌توانم نسبت به انتخاب ارائه‌دهنده دیگری اقدام کنم:

مایل هستم ارائه‌دهنده خدمات/ IP خود را در مدت زمان انتظار برای نتیجه اثر انگشت، به مدت 120 روز استخدام کنم. آگاه هستم که ارائه‌دهنده خدمات نخست باید مرحله بررسی پیشینه درون ایالتی را بگذراند. بررسی سوابق درون ایالتی شامل موارد زیر می‌شود؛ (1) سوابق محکومیت جنایی از طریق پورتال ایالت واشینگتن، (2) سوابق موجود در پایگاه اطلاعاتی دادگاه ایالت واشینگتن، و (3) اطلاعات بدست آمده از آژانس‌های ایالت واشینگتن.  
یا

مایل هستم منتظر بمانم تا بررسی اثر انگشت خارج ایالتی قبل از استخدام ارائه‌دهنده مورد نظرم کامل شود. بررسی خارج از ایالتی شامل بررسی سوابق جنایی در سایر ایالت‌ها می‌شود.  
نام ارائه‌دهنده/ IP \_\_\_\_\_

**شرایط کارفرما بودن:**

- باید یک ارائه‌دهنده/ IP واجد شرایط را انتخاب و استخدام کنم؛
- باید با مدیر پرونده خود تماس بگیرم و از اعتبار قرارداد ارائه‌دهنده/ IP اطمینان یابم؛
- آگاه هستم که اگر ارائه‌دهنده/ IP اعلامیه‌ای از DSHS مبنی بر عدم ادامه کار دریافت کند، اجازه ارائه خدمات نخواهد داشت؛
- آگاه هستم ارائه‌دهنده/ IP اجازه کار نخواهد داشت اگر از این پس واجد شرایط کار در مقام یک IP نباشد؛
- آگاه هستم که اگر ارائه‌دهنده/ IP من اجازه کار نداشته باشد، اعلامیه‌ای مبنی بر آن دریافت خواهم کرد. اگر بعد از تاریخ دریافت اعلامیه به آنها اجازه کار بدهم، خود شخصاً مسئول پرداخت دستمزد ارائه‌دهنده/ IP خواهم بود.
- باید اطمینان یابم که IP من اجازه کار در ایالات متحده دارد. باید فرم 1-9 را پر کرده و نزد خود نگه دارم. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر می‌توانم به [Homeland Security USCIS I-9 Web Site](http://www.hhs.gov/homeland-security/uscis/i-9) مراجعه کنم یا با شماره 1-88-464-4218 تماس بگیرم.

آگاه هستم که می‌توانم برای کمک جهت پیدا کردن ارائه‌دهنده/ IP با Home Care Referral Registry (HCRR) تماس بگیرم. این خدمات در بیشتر مناطق ایالت در دسترس است. می‌توانم با شماره 1-800-970-5456 با HCRR تماس بگیرم. و از طریق اینترنت از وبسایت: <http://www.hcrr.wa.gov> به HCRR دسترسی داشته باشم.

**برنامه‌ریزی کاری ارائه‌دهنده/ IP**

- آگاه هستم که ارائه‌دهنده/ IP من نمی‌تواند بیشتر از ساعات مجاز کار هفتگی بدون تأییدیه از DSHS کار کند.
- آگاه هستم که ارائه‌دهنده/ IP من ساعات کار هفتگی مشخصی دارد. و نمی‌تواند فراتر از این ساعات کار کند حتی اگر به غیر از من برای افراد دیگری کار می‌کند؛
- باید اطمینان یابم که ارائه‌دهنده/ IP من بیش از ساعات مجاز کار هفتگی و بیشتر از ساعات خدمات ماهانه من کار نمی‌کند؛
- باید یک مراقب پشتیبان پیدا کنم تا نیازهای مرا در موارد لازم برآورده سازد؛
- ممکن است لازم شود مراقبان بیشتری استخدام کنم تا نیازهای مرا برآورده سازد و از قوانین ساعات کاری اضافه‌کاری نیز پیروی کنم.
- باید اطمینان یابم که ارائه‌دهنده/ IP از طرح مراقبتی من آگاه است و می‌تواند از طرح مراقبتی من پیروی کند، و بر اساس برنامه زمانی من کار کند؛

- بر کار ارائه‌دهنده/ IP خود نظارت کنم. حتی اگر ارائه‌دهنده/ IP من با DSHS قرارداد داشته باشد، DSHS نظارتی بر IP من نخواهد داشت.

### تهیه دستکش

- باید در موارد لازم برای ارائه‌دهنده/ IP خود برای مراقبت‌های شخصی نیازمند استفاده از دست، دستکش تهیه کنم.
- می‌توانم تا میزان 200 دستکش در ماه از مزایای Apple Health (Medicaid) خود استفاده کنم. همچنین می‌توانم چنانچه از لحاظ پزشکی لازم باشد تعداد بیشتری دریافت کنم.
- اگر دارای مراقبت مدیریت‌شده Apple Health (Medicaid) هستم، می‌توانم با طرح سلامت خود یا پزشکم جهت سفارش دستکش تماس بگیرم، یا به این وبسایت مراجعه کنم  
<https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- چنانچه پوشش Apple Health من از طریق مراقبت مدیریت‌شده ارائه نمی‌شود، قادر به انجام یکی از موارد خواهم بود:
  - از لیست موجود در وبسایت Health Care Authority با یک فروشنده تجهیزات پزشکی تماس بگیرم:
  - یا [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)
  - با پزشک خود تماس بگیرم؛ یا
  - با مرکز خدمات پزشکی با شماره 1-800-562-3022 تماس بگیرم. این شماره بر پشت کارت آبی خدمات پزشکی من وجود دارد. جهت کسب اطلاعات بیشتر برای دریافت دستکش به وبسایت Health Care Authority به آدرس زیر مراجعه کنید  
<http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>

### وظایف مالی:

- آگاه هستم که DSHS مسئولیتی در قبال برداشت یا پرداخت مالیات درآمد ارائه‌دهنده/ IP من نخواهد داشت مگر اینکه خود IP از آنها درخواست کند؛
- DSHS مسئول برداشت یا پرداخت مالیات Social Security و Medicare (FICA) می‌باشد؛
- DSHS مسئول برداشت یا پرداخت مالیات بیکاری ایالتی و فدرال (FUTA/SUTA) است، مگر اینکه ارائه‌دهنده/ IP والدین یا فرزند من باشد که در سنین بین 18 و 21 سال باشد؛
- باید پرداخت‌های مشارکتی مراقبت شخصی خود را به آژانس‌های مالیاتی گزارش بدهم، اگر:
  - خدمات خود را از طریق خدمات جامعه و خانه یا سازمان محلی سالمندان (AAA) دریافت کنم، و
  - یک ارائه‌دهنده/ IP استخدام کنم، و
  - در پرداخت خدمات مراقبت شخصی خود مشارکت کنم.
- برای اطلاعات مالیاتی، با بخش Internal Revenue Service با شماره 1-800-829-1040 یا با دپارتمان امنیت شغلی ایالت واشینگتن با شماره 1-888-836-1900 تماس بگیرید.

### تماس با DSHS:

- با مدیر پرونده خود تماس می‌گیرم اگر:
  - درباره‌ی طرح مراقبتی خود یا درباره‌ی کیفیت مراقبتی که از ارائه‌دهنده/ IP خود دریافت می‌کنم، دغدغه و نگرانی داشته باشم؛
  - خدماتی مطابق با صورت‌حساب دریافتی از طرف ارائه‌دهنده/ IP دریافت نکنم؛
  - خدمات مجاز در طرح سلامت خود را دریافت نکنم؛
  - مایل به تغییر یا افزایش ارائه‌دهنده باشم؛
  - نیاز به کمک جهت استخدام / مدیریت ارائه‌دهنده/ IP خود داشته باشم؛ یا
  - خواستار محول کردن ساعات کاری بیشتر از ساعات مجاز کار هفتگی به ارائه‌دهنده/ IP خود باشم.
- همچنین آگاه هستم که در صورت رد ارائه‌دهنده مورد نظر من از طرف DSHS، حق تجدیدنظر خواهی دارم.

شماره شناسه مشتری	تاریخ	امضاء مشتری/ نماینده قانونی
نام مشتری/ نماینده قانونی بصورت خوانا		