

Reconnaissance de mes responsabilités d'employeur envers mes prestataires individuels

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

J'opte de recevoir des services via un prestataire individuel (Individual Provider - IP) payé par le Département des services sociaux et de santé (Department of Social and Health Services - DSHS). Je comprends que mes responsabilités d'employeur envers mon IP comprennent :

Vérification des antécédents de mes prestataires :

- Je comprends que mon IP doit se soumettre à une vérification d'antécédents au sein de l'État et à une vérification d'empreintes digitales en dehors de l'État. Je peux demander à mon IP de démarrer immédiatement ou attendre les résultats de la vérification des empreintes digitales. Si j'embauche mon IP avant de recevoir les résultats de la vérification des empreintes digitales et que le prestataire est ensuite disqualifié, le DSHS cessera de payer cet IP. J'aurai alors l'option de sélectionner un autre IP qualifié :

Je souhaite embaucher mon IP pendant 120 jours maximum en attendant les résultats de la vérification des empreintes digitales. Je comprends que mon IP doit d'abord se soumettre à une vérification d'antécédents au sein de l'État. La vérification des antécédents au sein de l'État examine ; (1) le casier judiciaire via la patrouille de l'État de Washington, (2) les dossiers de la base de données du Tribunal de l'État de Washington, et (3) les données des agences de l'État de Washington.

OU

Je souhaite attendre les résultats de la vérification des empreintes digitales en dehors de l'État avant d'embaucher mon IP. La vérification en dehors de l'État examine le casier judiciaire au sein d'autres États.

Nom de l'IP : _____

En tant qu'employeur :

- Je dois sélectionner et embaucher un IP qualifié ;
- Je dois contacter l'agent en charge de mon dossier afin d'assurer que l'IP dispose d'un contrat valide ;
- Je comprends que mon IP devra cesser de travailler s'il reçoit un avis d'arrêt de travail du DSHS ;
- Je comprends que mon IP devra cesser de travailler s'il n'est plus qualifié comme IP ;
- Je comprends que je recevrai un avis si mon IP n'est pas autorisé à travailler. Si je l'autorise à travailler après la date de cet avis, je serai la seule personne responsable du paiement de l'IP ;
- Je dois m'assurer que mon IP a le droit de travailler aux États-Unis. Je dois remplir et conserver le formulaire I-9. Je peux contacter le [site Web USCIS I-9 de la Sécurité intérieure](#) ou appeler le 1-888-464-4218 si j'ai besoin de renseignements supplémentaires ;
- Je comprends que j'ai le droit de contacter le registre de référence pour les soins à domicile (Home Care Referral Registry - HCRR) afin d'obtenir de l'aide pour sélectionner un IP. Ce service est disponible pour la plupart des régions de l'État. J'ai le droit de contacter le HCRR par téléphone au 1-800-970-5456. Il est possible d'accéder au HCRR via Internet à l'adresse : <http://www.hcrr.wa.gov/>

Programmer le travail de mon IP :

- Je comprends que mon IP **n'a pas le droit** de dépasser sa limite hebdomadaire de travail sans avoir reçu l'accord du DSHS ;
- Je comprends que mon IP n'a qu'une seule limite hebdomadaire de travail. Mon IP n'a pas le droit de dépasser cette limite, même s'il travaille pour d'autres clients ;
- Je dois m'assurer que mon IP ne dépasse pas sa limite hebdomadaire de travail, ni ma limite mensuelle d'heures de service ;
- Je dois trouver un autre prestataire afin de répondre à mes besoins si nécessaire ;
- Je peux devoir embaucher des prestataires supplémentaires afin de répondre à mes besoins tout en respectant les règles relatives aux heures supplémentaires ;
- Je dois m'assurer que mon IP comprend mon régime de soins, est capable de respecter mes soins et peut travailler aux heures souhaitées ;

- Je dois superviser le travail de mon IP. Bien que mon IP ait conclu un contrat avec le DSHS, le DSHS ne supervise pas mon IP.

Fourniture de gants :

- Je dois fournir des gants à mon IP en cas de besoin pour les soins personnels :
- Je peux recevoir jusqu'à 200 gants par mois via ma couverture Apple Health (Medicaid). Il est possible d'en recevoir plus en cas de besoin médical.
- Si je dispose d'une couverture Apple Health (Medicaid) gérée, je peux contacter mon assurance ou mon médecin afin de commander des gants ou me rendre sur le site <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- Si je dispose d'une couverture Apple Health non gérée, je peux :
 - Contacter un fournisseur d'équipement médical compris sur la liste du site Web de l'Health Care Authority à l'adresse : https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf ; ou
 - Appeler mon médecin ; ou
 - Appeler le Centre des services médicaux au 1-800-562-3022. Ce numéro est indiqué au dos de ma Carte de services médicaux bleue. Pour en savoir plus au sujet de l'obtention de gants, veuillez consulter le site Web de l'Health Care Authority à l'adresse <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>.

Responsabilités financières :

- Je comprends que le DSHS n'est pas responsable de la retenue ou du paiement de l'impôt sur le revenu de mon IP, sauf si ce dernier le leur demande ;
- Le DSHS est responsable de la retenue et du paiement des cotisations de sécurité sociale et Medicare (FICA) ;
- Le DSHS est responsable de la retenue et du paiement de l'impôt fédéral et d'État pour le chômage (FUTA/SUTA), sauf si l'IP est un de mes parents ou enfants qui a entre 18 et 21 ans ;
- Je dois signaler ma participation au paiement des soins personnels aux agences fiscales, fédérale et d'État, si :
 - Je bénéficie de mes services via les Services à domicile et communautaires ou l'Agence locale des services aux personnes âgées (AAA), et
 - J'emploie un IP, et
 - Je participe au paiement de mes soins personnels.
 - Pour obtenir plus de renseignements fiscaux, veuillez contacter l'Internal Revenue Service au 1-800-829-1040 ou le Département de la sécurité de l'emploi de l'État de Washington au 1-888-836-1900.

Communiquer avec le DSHS :

- Je contacterai le responsable de mon dossier si :
 - J'ai des questions concernant mon régime de soins ou la qualité des soins assurés par mon IP ;
 - Je ne bénéficie pas des services facturés par mon IP ;
 - Je ne bénéficie pas des services autorisés par mon régime de soins ;
 - Je souhaite changer de prestataire ou en ajouter un autre ;
 - J'ai besoin d'aide pour embaucher/gérer mon IP ; ou
 - Je souhaite attribuer plus d'heures à mon IP que sa limite hebdomadaire de travail.

Je comprends également que j'ai le droit d'introduire un appel si le DSHS refuse mon choix de prestataire.

SIGNATURE DU CLIENT/REPRÉSENTANT LÉGAL	DATE	NUMÉRO D'IDENTIFIANT CLIENT
--	------	-----------------------------

NOM EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE DU CLIENT/REPRÉSENTANT LÉGAL