Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION (ALTSA)
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

मेरे व्यक्तिगत प्रदाताओं के नियोक्ता के रूप में मेरी ज़िम्मेदारियों की स्वीकृति

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

मैं सामाजिक और स्वास्थ्य सेवा विभाग (DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES (DSHS)) द्वारा जिसे भुगतान किया जाएगा ऐसे एक व्यक्तिगत प्रदाता (IP) से सेवाएं प्राप्त करना चुनता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि अपने IP के नियोक्ता के रूप में मेरी ज़िम्मेदारियों में शामिल हैं:

मेरे प्रदाताओं के लिए पार्श्वभूमि जाँचें:

- मैं समझता/ती हूँ कि मेरे IPI को राज्य के भीतर की पार्श्वभूमि जाँच और राज्य के बाहर की फिंगरप्रिंट जाँच दोनों में उत्तीर्ण होना होगा। मैं अपने IP को तुरंत काम शुरू करने के लिए कह सकता/ती हूँ या तो फिंगरप्रिंट की जाँच के परिणामों तक प्रतीक्षा कर सकता/ती हूँ। यदि मैं अपने IP को फिंगरप्रिंट के परिणाम आएं उससे पहले काम पर रख लूँ, और मेरे प्रदाता के अयोग्य ठहराये जाने का पता चलता है, तो उसके बाद से DSHS उस IP को भुगतान नहीं करेगा। मेरे पास एक अन्य योग्यता प्राप्त IP को चुनने का विकल्प होगा।

  ☐ **फिंगरप्रिंट की जाँच के परिणामों की प्रतीक्षा करते हुए, मैं अपने IP को 120 दिन के तक काम पर रखना चाहता/ती हूँ। मैं समझता/ती हूँ कि मेरे IP को पहले राज्य के भीतर के बैकग्राउंड चेक में सफल होना होगा।** राज्य के भीतर का बैकग्राउंड चेक इन चीज़ों की समीक्षा करता है; (1) वॉशिंग्टन स्टेट पेट्रॉल द्वारा अपराधिक दोष स्थापन रिकॉर्ड्स, (2) वॉशिंग्टन राज्य न्यायायलय के डेटाबेस में उपलब्ध रिकॉर्ड्स, और (3) वॉशिंग्टन राज्य की एजेन्सियों से प्राप्त जानकारी।

  या

  ☐ **मैं अपने IP को काम पर रखने से पूर्व राज्य के बाहर की फिंगरप्रिंट जाँच के पूरा होने तक प्रतीक्षा करना चाहता/ती हूँ।** राज्य के बाहर की जाँच में अन्य राज्यों के आपराधिक रिकॉर्ड्स की जाँच शामिल है।

  IP का नाम: ____________________

नियोक्ता होना:

- मुझे किसी अर्हताप्राप्त IP के बारे में पूरी छानबीन कर उन्हें काम पर रखना होगा:
- यह सुनिश्चित करने के लिए, कि IP के पास वैध अनुबंध है, मुझे अपने केस मैनेजर से संपर्क करना होगा;
- मैं समझता/ती हूँ कि मेरे IP को यदि DSHS से यह निर्दिष्ट करता हुआ नोटिस मिले की उन्हें काम करना बंद करना चाहिए, तो उन्हें काम करने की अनुमति नहीं है;
- मैं समझता/ती हूँ कि अगर मेरे IP एक IP के रूप में पात्र नहीं रहे तो उन्हें काम करने की अनुमति नहीं मिलेगी,
- मैं समझता/ती हूँ कि अगर मेरे IP को काम करने की अनुमति नहीं है, तो मुझे एक नोटिस मिलेगी। अगर मैं उन्हें उस नोटिस की तिथि के बाद काम करने दूँ, तो IP को भुगतान करने की जिम्मेदारी पूरी तरह से मेरी होगी;
- मुझे सुनिश्चित करना होगा कि मेरे IP यूनाइटेड स्टेट्स में काम कर सकते हैं। मुझे I-9 फॉर्म भर कर रखना होगा। यदि मुझे और जानकारी की आवश्यकता हो, तो मैं होमलैंड सिक्योरिटी USCIS I-9 वेब साइट से संपर्क कर सकता हूँ या फिर अगर मुझे और जानकारी की ज़रूरत हो तो मैं 1-888-464-4218 पर कॉल कर के पूछुंगा/गी;
- मैं समझता/ती हूँ कि IP खोजने में सहायता के लिए मैं होम केयर रेफेरल रजिस्ट्री (HCRR) से संपर्क कर सकता/ती हूँ। यह सेवा राज्य के अधिकतर भागों में उपलब्ध है। मैं HCRR से 1-800-970-5456 पर कॉल कर के संपर्क कर सकता/ती हूँ। मैं HCRR तक इंटरनेट पर यहाँ पहुँच बना सकता/ती हूँ: http://www.hcrr.wa.gov/

मेरे IP के लिए कार्य समय निर्धारित करना:

- मैं समझता/ती हूँ कि मेरे IP DSHS की स्वीकृति के बिना अपनी कार्य सप्ताह मर्यादा से अधिक काम **नहीं** कर सकते हैं;
- मैं समझता/ती हूँ कि मेरे IP की केवल एक कार्य सप्ताह मर्यादा है। मेरे IP मेरे सिवा अधिक लोगों के लिए काम कर रहे हों तब भी इस मर्यादा के ऊपर नहीं जा सकते;
- मुझे सुनिश्चित करना होगा कि मेरे IP अपनी कार्य सप्ताह मर्यादा और मेरी मासिक सेवा घंटों से अधिक काम नहीं कर रहे हैं;
- मुझे जब भी उसकी ज़रूरत पड़े, तो अपनी ज़रूरतों को पूरा करने के लिए एक बैक-अप देखभाल करने वाला खोजना होगा;
- मुझे अपनी ज़रूरतों को पूरा करने और ओवरटाइम के नियमों का पालन करने के लिए अतिरिक्त देखभाल करने वालों को काम पर रखना पड़ सकता है;
- मुझे सुनिश्चित करना होगा कि मेरे IP मेरी देखभाल योजना को समझें, मेरी देखभाल योजना का अनुसरण कर पाएं, और मैं चाहूँ उस समय पर काम कर पाएं;

- मुझे अपने IP के काम का निरीक्षण करना होगा। हालाँकि मेरे IP का DSHS से अनुबंध है, DSHS IP का निरीक्षण नहीं करता है।

<u>दस्ताने उपलब्ध कराना:</u>

- मुझे अपने IP को निजी देखभाल के कार्यों के लिए आवश्यकतानुसार दस्ताने उपलब्ध कराने होंगे:
- अपने एप्पल हेल्थ (मेडिकेइड) बेनिफिट से मैं महिनें में 200 तक दस्ताने प्राप्त कर सकता/ती हूँ। यदि चिकित्सा की दृष्टि से आवश्यक हो, तो मैं और प्राप्त कर सकता/ती हूँ।
- यदि मेरे पास एप्पल हेल्थ (मेडिकेइड) प्रबंधित देखभाल हो, तो मैं अपनी स्वास्थ्य योजना या डॉक्टर से दस्ताने मंगवाने के लिए संपर्क कर सकता/ती हूँ, या https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf पर जा सकता/ती हूँ।
- यदि मेरे पास एप्पल हेल्थ कवरेज है जो प्रबंधित देखभाल द्वारा नहीं है तो मैं इनमें से कुछ कर सकता/ती हूँ:
  - हेल्थ केयर ऑथोरिटी वेबसाइट पर यहाँ से किसी चिकित्सा संबंधी उपस्कर के आपूर्तिकर्ता को कॉल कर सकता/ती हूँ: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf या
  - अपने डॉक्टर को कॉल कर सकता/ती हूँ; या
  - मेडिकल सर्विस सेन्टर को 1-800-562-3022 पर कॉल कर सकता/ती हूँ। यह नंबर मेरे नीले मेडिकल सर्विस कार्ड के पीछे स्थित है। दस्ताने पाने के बारे में अधिक जानकारी के लिए हेल्थ केयर ऑथोरिटी वेबसाइट को यहाँ देखें http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx।

<u>आर्थिक कर्तव्य:</u>

- मैं समझता/ती हूँ कि DSHS मेरे IP से आयकर काटने या चुकाने के लिए जिम्मेदार नहीं है, अलावा इसके, कि IP उनसे ऐसा करने को कहें;
- DSHS सोशल सिक्योरिटी और मेडिकेयर कर (FICA) काटने और चुकाने के लिए ज़िम्मेदार है;
- यदि IP मेरे माता/पिता या मेरा बच्चा न हो जिसकी आयु 18 से 21 वर्षों के बीच की है, तो DSHS फेडरल और स्टेट बेरोज़गारी कर (FUTA/SUTA) काटने और चुकाने के लिए ज़िम्मेदार है।;
- मुझे अपने निजी देखभाल सहभागिता भुगतानों की स्टेट और फेडरल कर एजेन्सियों को रिपोर्ट करनी होगी, यदि:
  - मैं अपनी सेवाएं होम एंड कम्युनिटी सर्विसिस (घर और समुदाय सेवाएं) या मेरी स्थानीय क्षेत्र एजेन्सी ऑन एजिंग (AAA) से प्राप्त करता/ती होऊँ, और
  - मैंने किसी IP को काम पर रखा हो, और
  - मैं अपनी निजी देखभाल सेवाओं के लिए सहभागिता भुगतान करता/ती होऊँ।
    - कर संबंधी जानकारी के लिए इंटरनल रेवन्यु सर्विस से 1-800-829-1040 पर या वॉशिंग्टन राज्य रोज़गार सुरक्षा विभाग (डिपार्टमेन्ट ऑफ एम्प्लॉयमेन्ट सिक्योरिटी) से 1-888-836-1900 पर संपर्क करें।

<u>DSHS से संचार करना:</u>

- मैं अपने केस मैनेजर से संपर्क करूँगा/गी यदि:
  - मुझे अपनी देखभाल योजना या तो मुझे अपने IP से जो देखभाल प्राप्त हो रही है उसकी गुणवत्ता के बारे में कोई चिंता हो:
  - मुझे वे सेवाएं प्राप्त न हो री हों, जिनको मेरे IP बिल करते हैं;
  - मुझे अपनी देखभाल योजना में अधिकृत सेवाएं न मिल रही हों;
  - मुझे प्रदाता बदलना या जोड़ना हो;
  - मुझे अपने IP को काम पर रखने/प्रबंधित करने में सहायता की ज़रूरत हो; या
  - मुझे अपने IP को उनकी कार्य सप्ताह मर्यादा से अधिक घंटे देने हों।

मैं यह भी समझता/ती हूँ कि यदि DSHS मुझे मेरे पसंदीदा प्रदाता प्रदान न करें तो मुझे अपील करने का अधिकार है।

क्लायंट / कानूनी प्रतिनिधि के हस्ताक्षर	तिथि	क्लायंट आइडी संख्या
क्लायंट / कानूनी प्रतिनिधि का मुद्रित नाम		