

私は以下の項目を承諾し、同意いたします

個人プロバイダーの雇用者としての義務

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

私は、社会保険サービス(DSHS)により、支払いが行われる個人プロバイダー(IP)を選択いたしました。私は、IPの雇用者として以下の義務を持つことを理解していることを承諾いたします：

プロバイダーへの身元調査：

- 私の IP が、州内の身元調査と州外の指紋認証を受ける必要があることを理解しています。雇用する IP は直ちに仕事を開始するか、指紋認証結果を待つことができます。指紋認証結果が出る前に IP を雇用した場合、その指紋認証結果により、IP が州の雇用基準を満たしていないと発覚した場合において、DSHS はその IP への支払いを中止することを承諾いたします。この場合、私は新たに基準を満たす IP を選択することが可能となります。

指紋承認結果を待つ間、私は IP を 120 日間雇用することを望みます。私は、IP がまず州内の身元調査を通過する必要があることを承諾いたします。州内の身元調査は以下を審査いたします：(1)ワシントン州パトロールによる刑事訴訟への有罪判決の記録調査、(2)ワシントン州裁判所のデータベース記録のチェック、及び(3)ワシントン州の公共機関による判定。

もしくは

私は、州外の指紋認証が完了するまで、IP の雇用を待ちます。州外チェックは、他の州における刑事事件に関する記録をチェックいたします。

IP 氏名： _____

雇用者としての義務：

- 私は、自分で審査を行い、基準を満たす IP を選択する必要があります；
- IP が正しい契約を結んでいることを確認するためにケースマネージャーに連絡する必要を承諾いたします；
- IP が、DSHS から仕事を中断することを支持された場合、IP は直ちに仕事を中断する必要を承諾いたします；
- IP は、IP 資格を失った場合、IP として働くことをできないことを承諾します；
- IP が資格を失った場合、州は私に通知を送ることを承諾いたします。その通知の日付後にも IP によるサービスを受けた場合、私はそのサービス料の全額を支払う義務を負うことを承諾いたします。
- IP がアメリカ合衆国内で仕事をできることを確認する必要を承諾いたします。I-9 フォームを記入し、保持する必要があることを承諾いたします。詳細情報が必要な場合、私は [Homeland Security USCIS I-9 ウェブサイト](http://www.dhs.gov/immigration) 又は、1-888-464-4218 まで電話することで得ることができることを承諾いたします
- IP を探す際に、私はホームケア参照元名簿(HCRR)による援助を受けることが可能であることを承諾いたします。このサービスは、州のほとんどの地域で利用可能です。私は、HCRR への問い合わせは 1-800-970-5456 することで行えることを承諾いたします。更に、HCRR のホームページのアクセスを通して問い合わせも行えることを承諾いたします。 <http://www.hcrr.wa.gov/>

IP の仕事時間のスケジュールリング：

- DSHS の許可なしで IP は、一週間の許容仕事時間を超えてサービスを提供できないことを承諾いたします。
- IP の最大仕事時間は一つであることを理解しています。IP が私以外の人間にも雇用されて行場合でも、その時間制限を超えてはならないことを承諾いたします。
- 私には、IP が一週間の制限時間を超えず、月間のサービス時間を超えないことを確認する必要があることを承諾いたします。
- 必要に応じて、他にサービスを受けられる予備のケアプロバイダーを見つける必要があることを承諾いたします。
- 私自身のニーズに合わせて、追加のケアプロバイダーを雇用し、残業に関するルールを守る必要があることを承諾いたします。
- IP が私のケアプランを理解しており、それを私が指定したスケジュールに合わせて正しく遂行できることを

確認する必要があることを承諾いたします。

- 私は、IP の仕事を監督いたします。私の IP は、DSHS との契約を結びますが、DSHS は IP の監督を行いません。

手袋の提供：

- 直接触れる必要のある個人ケア作業用の手袋を IP に提供する必要があることを承諾いたします。
- 私は、Apple Health(Medicaid)の福祉プログラムの一部として毎月 200 組の手袋を入手できることを承諾いたします。医療面で必要な場合、更に追加で手袋を支給できる可能性もあります。
- 私は、Apple Health (Medicaid)からケアマネージメントを受けている場合、私は健康保険又は主治医から手袋をオーダーする又は、インターネットの以下のウェブサイトを通して手袋を入手できることを承諾いたします。<https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- 私の Apple Health プランはケアマネージメントを通さないで受けている場合、私は以下から手袋を入手できます：
 - 健康ケア局のウェブサイトに掲載されている医療器具サプライヤーからオーダーする https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf 或いは
 - 医者に連絡する；或いは
 - メディカルサービスセンター(1-800-562-3022)へ電話で問い合わせをする。この電話番号はブルーメディカルサービスカードの裏側にも記載されています。手袋の入手に関する更なる情報は、健康ケア局のウェブサイトでご覧になれます。 <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>

金銭的義務：

- DSHS は、IP が要求しない限り、IP の給与金から源泉徴収をする義務を持たないことを承諾いたします。
- DSHS はソーシャルセキュリティと Medicare に関する税金(FICA)をし張るのに必要な金額を徴収し、納める義務を持ちます。
- DSHS は、IP が私の保護者又は 18 歳から 21 歳の子供である場合を除き、連邦と州政府の失業保険税 (FUTA/SUTA)を徴収し、納める義務を持ちます。
- 私は、個人ケアの支払いに関する情報を以下の場合連邦と州政府に報告する必要があります：
 - サービスをホーム・コミュニティサービス又は地元の地域高齢者局(AAA)を受けており、更に；
 - IP を雇用しており；
 - 個人ケアサービスへの参加費を支払っている場合必要です。
 - 税務に関する詳しい情報は国税庁(1-800-829-1040)又は、ワシントン州雇用省(1-888-836-1900)まで連絡してください。

DSHS との連絡：

- 私は、以下の場合に DSHS のケースマネージャーに連絡いたします：
 - ケアプランに関する懸念又は、IP から受けているサービスの品質に関する懸念を持った場合；
 - IP が請求しているサービスを実際には受けていない場合；
 - ケアプランが許可しているサービスを受けていない場合；
 - プロバイダーの変更又は追加を行う場合；
 - IP の雇用・マネージメントするのに支援が必要な場合；
 - IP の時間制限以上に仕事時間を追加したい場合。

更に、私は、DSHS が私の選択したプロバイダーを却下した場合、抗議を行えることを承諾いたします。

受給者/代理人の署名

日付

受給者 ID 番号

受給者/代理人の氏名