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

अभिभावकको स्वीकृति। मेरा व्यक्तिगत प्रदायकहरूको रोजगारदाता

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

मैले सामाजिक र स्वास्थ्य सेवा विभाग (DSHS) द्वारा भुक्तान गरिने व्यक्तिगत प्रदायक (IP) बाट सेवाहरू प्राप्त गर्ने कुरा छनोट गर्दछु। मैले IP को रोजगारदाताको रूपमा निम्न कुराहरू समावेश भएका आफ्ना उत्तरदायित्वहरू बुझ्दछु:

मेरा प्रदायकहरूका लागि पृष्ठभूमि जाँचहरू:

- मेरो IP ले राज्य भित्रको पृष्ठभूमि जाँच तथा राज्य बाहिरको औंठाछाप जाँच दुवै उत्तीर्ण गर्नुपर्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मैले तुरुन्तै सुरु गर्न वा औंठाछाप जाँचका परिणामहरूको प्रतिक्षा गर्नका लागि मेरो IP नियुक्त गर्न सक्छु। मैले औंठाछापका परिणामहरू फिर्ता आउनु वा मेरो प्रदायक अयोग्य हुने कुरा फेला पारिनु भन्दा अगाडि नै आफ्नो IP नियुक्त गर्छु भने DSHS ले अब उपरान्त उक्त IP भुक्तान गर्नेछैन। मसँग अर्को योग्य IP छनोट गर्ने विकल्प हुनेछ:

☐ **मैले औंठाछाप जाँचका परिणामहरूको लागि प्रतिक्षा गर्दा 120 दिन सम्मका लागि आफ्नो IP नियुक्त गर्न चाहन्छु। मेरो IP ले पहिले राज्य भित्रको पृष्ठभूमि जाँच उत्तीर्ण गर्नुपर्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु।** राज्य भित्रको पृष्ठभूमि जाँचले: (1) वासिङ्टन राज्य पेट्रोलका आपराधिक आस्थाका रेकर्डहरू (2) वासिङ्टन राज्य अदातलका डेटाबेसका रेकर्डहरू तथा (3) वासिङ्टन राज्य निकायका परिणामहरू को समीक्षा गर्छ।

वा

☐ **मैले मेरो IP नियुक्त गर्नु भन्दा अगाडि राज्य बाहिरको औंठाछाप जाँच पूरा नहुँदासम्म प्रतिक्षा गर्न चाहन्छु।** राज्य बाहिरको जाँचले अन्य राज्यहरूका आपराधिक जाँचलाई समावेश गर्दछ।

IP नाम: ____

रोजगारदाता बन्ने:

- मैले योग्य IP लाई परीक्षण तथा नियुक्त गर्नुपर्छ।
- मैले IP सँग मान्य अनुबन्ध छ भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्नको लागि आफ्नो मुद्दा व्यवस्थापकलाई सम्पर्क गर्नुपर्छ;
- मेरा IP ले DSHS बाट काम गर्न रोक्नुपर्छ भन्ने सूचना प्राप्त गर्छन् भने उनीहरूलाई काम गर्ने अनुमति दिइँदैन भन्ने कुरा म बुझ्दछु;
- मेरा IP अब उपरान्त IP को रूपमा योग्य हुँदैनन् भने उनीहरूलाई काम गर्ने अनुमति दिइँदैन भन्ने कुरा म बुझ्दछु;
- मेरो IP लाई काम गर्ने अनुमति दिइँदैन भने मैले सूचना प्राप्त गर्नेछु भन्ने कुरा मैले बुझ्दछु। मैले सूचनाको मिति पश्चात तिनीहरूलाई काम गर्ने अनुमति दिएँ भने म IP लाई गर्ने भुक्तानीको लागि एकल रूपमा जिम्मेवार हुनसक्नेछु;
- मैले IP ले संयुक्त राज्यमा काम गर्न सक्छन् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्नुपर्छ। मैले I-9 फाराम पूरा गरेर राख्नुपर्छ। मलाई थप जानकारीको आवश्यकता पर्छ भने मैले होमल्याण्ड सुरक्षा USCIS I-9 वेब साइट वा 1-888-464-4218 मा फोन गरेर सम्पर्क गर्न सक्छु;
- मैले IP फेला पार्नमा मद्दत गर्नको लागि गृह स्याहार सन्दर्भ रेजिस्ट्रीमा (HCRR) मा सम्पर्क गर्न सक्छु भन्ने कुरा म बुझ्दछु। यो सेवा राज्यका धैरै क्षेत्रहरूमा उपलब्ध छ। मैले HCRR लाई 1-800-970-5456 मा टेलिफोनद्वारा सम्पर्क गर्न सक्छु। मैले HCRR लाई इन्टरनेटमा यहाँ पहुँच गर्न सक्छु: http://www.hcrr.wa.gov/

काम गर्नको लागि मेरो IP को समयतालिका बनाउने:

- मेरो IP ले DSHS को स्वीकृति बिना आफ्नो कार्य हप्ता सीमा भन्दा धैरै काम गर्न **सक्दैन** भन्ने कुरा म बुझ्दछु;
- मेरो IP सँग एउटा मात्र कार्य हप्ता सीमा हुन्छ भन्ने कुरा म बुझ्दछु। मेरा IP ले म बाहेक धैरै मानिसहरूका लागि कार्य गर्छन् भनेतापनि यो सीमा भन्दा माथि जान सक्दैनन्;
- मैले मेरा IP ले आफ्नो कार्य हप्ता सीमा तथा मेरो मासिक सेवा समय भन्दा धैरै कार्य गर्दैनन् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्नुपर्छ;
- मलाई आवश्यकता परेको समयमा मैले आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्नको लागि व्याक-अप स्याहारकर्ता फेला पार्नुपर्छ;
- मैले आफ्ना आवश्यकताहरू पूरा गर्न तथा ओभरटाइम नियमहरू पालना गर्न अतिरिक्त स्याहारकर्ताहरू नियुक्त गर्नुपर्ने हुनसक्छ।
- मैले मेरा IP ले मेरो स्याहार योजना बुझ्छन् र मेरो स्याहार योजनाको पालना गर्न तथा मैले चाहेको समयतालिकामा काम गर्न सक्छन् भन्ने कुरा सुनिश्चित गर्नुपर्छ;

- मैले मेरो IP को कामलाई निरीक्षण गर्छु। यद्यपि मेरो IP ले DSHS ले मेरो IP को निरीक्षण नगर्ने भनी उसँग सँग सम्झौता गरेको छ।

ग्लभहरू उपलब्ध गराउने:

- आवश्यक परेको समयमा मैले आफ्ना IP लाई हयाण्ड्स-अन व्यक्तिगत स्याहार कार्यहरूका लागि ग्लभहरू उपलब्ध गराउनुपर्छ।
- मैले एप्पल हेल्थ (मेडिकेड) लाभबाट एक महिनामा 200 वटासम्म ग्लभहरू प्राप्त गर्न सक्छु। चिकित्सकिय रूपमा आवश्यक हुन्छ भने म यो थप प्राप्त गर्न सक्षम हुनसक्छु।
- मसँग एप्पल हेल्थ (मेडिकेड) व्यवस्थित स्याहार छ भने मैले ग्लभहरूको आदेश दिनका लागि मेरो स्वास्थ्य योजना वा चिकित्सकलाई सम्पर्क गर्न वा https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf मा जानुहोस्
- मसँग व्यवस्थित स्याहार मार्फत नहुने एप्पल हेल्थ कभरेज छ भने मैले निम्न कार्य गर्न सक्छु:
  - स्वास्थ्य स्याहार प्राधिकरणको यस वेबसाइटको सूचीबाट चिकित्सा उपकरण आपूर्तिकर्तालाई फोन गर्न: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf वा
  - मेरो चिकित्सकलाई फोन गर्नुहोस्; वा
  - चिकित्सा सेवा केन्द्रमा 1-800-562-3022 मा फोन गर्नुहोस्। यो नम्बर मेरो नीलो चिकित्सा सेवा कार्डको पछाडिपट्टी अवस्थित छ। ग्लभहरू प्राप्त गर्ने बारेमा थप जानकारीका लागि स्वास्थ्य स्याहार प्राधिकरण को वेबसाइट http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspxमा जानुहोस्।

वित्तीय कर्तव्यहरू:

- DSHS मेरो IP ले तिनीहरूलाई यस्तो गर्न अनुरोध नगरेमा उनीहरूका लागि आयकर भुक्तान तथा रोक्का गर्नमा उत्तरदायी हुँदैन भन्ने कुरा म बुझ्दछु;
- DSHS सामाजिक सुरक्षा तथा मेडिकेयर करहरू (FICA) को रोक्का तथा भुक्तान गर्न उत्तरदायी हुन्छ।
- IP मेरो अभिभावक वा 18 देखि 21 वर्ष उमेर बीचको मेरो बच्चा नहुँदा सम्म DSHS संघीय तथा राज्य बेरोजगार करहरू (FUTA/SUTA) को रोक्का तथा भुक्तान गर्नमा उत्तरदायी हुन्छ।
- मैले यस्तो गर्छु भने मेरो व्यक्तिगत स्याहार सहभागिता भुक्तानीहरूको बारेमा राज्य तथा संघीय कर निकायहरूलाई रिपोर्ट गर्नुपर्छ:
  - गृह तथा समुदायिक सेवाहरू वा मेरो स्थानीय बूढ्यौलीमा क्षेत्र निकाय (AAA) मार्फत आफ्ना सेवाहरू प्राप्त गर्छु र
  - IP नियुक्ता गर्छु र
  - मेरो व्यक्तिगत स्याहर सेवाहरूमा सहभागिता जनाउँछु।
    - करको बारेमा जानकारीका लागि, आन्तरिक राजस्व सेवामा 1-800-829-1040 मा वा वासिङ्गटन राज्य रोजगार सुरक्षा विभागमा 1-888-836-1900 मा फोन गर्नुहोस्।

DSHS सँग सञ्चार गर्ने:

- मसँग निम्न समस्या भएमा मेरो मुद्दा व्यवस्थापकलाई सम्पर्क गर्नेछु:
  - मेरो स्याहार योजना वा मैले आफ्नो IP बाट प्राप्त गरिरहेका स्याहारको गुणस्तरको बारेमा कुनै जिज्ञासाहरू छन्।
  - मेरो IP ले बिल गरेका सेवाहरू प्राप्त गरिरहेको छैन;
  - मेरो स्याहार योजनामा अधिकार प्रदान गरिएका सेवाहरू प्राप्त गरिरहेको छैन;
  - प्रदायक परिवर्तन गर्न वा थप्न चाहन्छु;
  - मेरो IP नियुक्त/व्यवस्थित गर्नका लागि मद्दत आवश्यक छ; वा
  - IP लाई उसको/उनको कार्य हप्ता सीमा भन्दा धेरै समय कार्य गराउन चहन्छु।

DSHS ले मेरो रोजाइको प्रदायक उपलब्ध गराउन अस्वीकार गर्छ भने अपील गर्ने अधिकार हुन्छ भन्ने कुरा पनि बुझ्दछु।

सेवाग्राही / कानूनी प्रतिनिधिको हस्ताक्षर	मिति	सेवाग्राहीको आइडी नम्बर
सेवाग्राही / कानूनी प्रतिनिधिको छापिएको नाम		