

Reconhecimento das minhas responsabilidades enquanto Contratante dos meus Prestadores individuais

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

Optei por receber serviços de um Prestador individual (PI) pago pelo Departamento de Serviços Sociais e de Saúde (DSHS). Compreendo que as minhas responsabilidades enquanto contratante do PI incluem:

Verificação dos antecedentes dos meus prestadores:

- Estou ciente de que meu PI deve ser submetido e aprovado em verificações de antecedentes criminais estadual e de mapeamento genético fora do Estado. Posso contratar meu PI para início imediato ou aguardar os resultados da checagem de impressões digitais. Caso a contratação seja realizada anteriormente aos resultados da checagem de impressões digitais e o prestador seja considerado inelegível, o DSHS suspenderá o pagamento do mesmo. Terei a opção de escolher outro PI qualificado:
 - Gostaria de contratar meu PI por até 120 dias enquanto aguardo os resultados da checagem de impressões digitais. Estou ciente de que meu PI deve, antes de tudo, ser submetido e aprovado na verificação de antecedentes criminais estadual.** A verificação de antecedentes criminais estadual analisa: (1) fichas criminais da Patrulha Estadual de Washington, (2) registros no banco de dados do Tribunal de Justiça de Washington, e (3) resultados emitidos pelo órgão do estado de Washington.
- OU
- Prefiro aguardar até que saiam os resultados da checagem de impressões digitais antes de contratar meu PI.** A verificação fora do Estado inclui uma análise dos antecedentes criminais em outros estados.

Nome do PI: _____

Enquanto contratante:

- Devo selecionar e contratar um PI qualificado;
- Devo entrar em contato com meu supervisor do processo para garantir que o PI possua um contrato válido;
- Estou ciente de que meu PI não tem permissão para trabalhar caso seja notificado pelo DSHS para suspender as atividades;
- Estou ciente de que meu PI não tem permissão para trabalhar caso não seja mais considerado como qualificado como PI;
- Estou ciente de que serei notificado caso meu PI não esteja autorizado a trabalhar. Caso eu conceda a autorização após o período de notificação, serei única e inteiramente responsável por realizar o pagamento do PI;
- Devo me certificar de que meu PI tem a autorização para desempenhar suas atividades dentro dos EUA. Devo preencher e ter em mãos o formulário I-9. Para mais informações, devo entrar em contato pelo [Site I-9 do USCIS \(DHS\)](#) ou pelo telefone 1-888-464-4218;
- Estou ciente de que poderei acessar o Registro de Remissão de Assistência Domiciliar (em inglês, HCRR) para encontrar um PI. O serviço encontra-se disponível na maioria das regiões do estado. Posso entrar em contato com o HCRR pelo telefone 1-800-970-5456. O HCRR está disponível para acesso on-line em: <http://www.hcrr.wa.gov/>

Agendamento do meu PI para o trabalho:

- Estou ciente de que é **vedado** ao meu PI trabalhar por um período semanal superior ao determinado sem aprovação do DSHS;
- Estou ciente de que meu PI possui apenas um limite semanal de trabalho. Não é permitido ao meu PI ultrapassar esse limite, mesmo se o serviço for prestado para mais pessoas além de mim;
- Cabe a mim garantir que meu PI não ultrapasse o limite semanal estipulado ou minhas horas de serviço mensal;
- Devo encontrar outro cuidador auxiliar para atender às minhas necessidades, sempre que precisar;
- Pode ser necessário contratar cuidadores extras para atender às minhas necessidades e seguir condições de horas extras;
- Devo garantir que meu PI compreenda e esteja apto a seguir meu plano assistencial, e que possa trabalhar de acordo com o cronograma por mim estipulado;

- Sou o responsável pela supervisão do trabalho do meu PI. Embora meu PI possua um vínculo contratual com o DSHS, este não supervisiona meu PI.

Fornecimento de luvas:

- Compete a mim fornecer luvas para atividades manuais de higiene pessoal, sempre que forem necessárias;
- Posso retirar um total de 200 luvas pelo benefício da Apple Health (Medicaid). Se clinicamente necessário, poderei retirar uma quantidade maior.
- Se eu possuir o cuidado gerenciado pela Apple Health (Medicaid), poderei contatar meu plano de saúde ou médico para solicitar as luvas, ou acessar <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- Caso a minha cobertura da Apple Health não seja através de cuidado gerenciado, poderei:
 - Entrar em contato com um fornecedor de equipamentos médicos indicado na lista do site da Health Care Authority em: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf ou
 - Ligar para o meu médico; ou
 - Ligar para a Central de Serviços Médicos pelo telefone 1-800-562-3022. O número está localizado no verso do meu Cartão azul de Serviços Médicos. Para mais informações sobre como receber luvas, acesse o site da Health Care Authority em <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>.

Encargos financeiros:

- Estou ciente de que o DSHS não é responsável pela dedução ou compensação do imposto de renda para o meu PI, salvo se solicitado por este último;
- O DSHS é responsável pela dedução e pagamento de impostos da Previdência Social e Medicare (FICA);
- O DSHS é responsável pela dedução e pagamento de impostos de desemprego estaduais e federais (FUTA/SUTA), salvo se meu PI for meu pai, mãe ou filho(a), com idade entre 18 e 21 anos;
- É obrigatória a declaração das contribuições de participação da Assistência Pessoal realizadas por mim aos órgãos tributários estaduais e federais, se eu:
 - Receber meus serviços através dos Serviços Comunitários e do Lar ou pelo *Area Agency on Aging* (AAA) local; e
 - Contratar um PI; e
 - Contribuir com a cota de participação para os meus serviços de Assistência Pessoal.
 - Para informações tributárias, entre em contato com o Internal Revenue Service pelo telefone 1-800-829-1040, ou com o Departamento de Seguro-Desemprego do Estado de Washington pelo telefone 1-888-836-1900.

Contato com o DSHS:

- Entrarei em contato com meu supervisor de processo caso:
 - Haja alguma dúvida ou questão relacionada ao meu plano de saúde ou à qualidade da assistência prestada pelo meu PI;
 - Meu PI não esteja prestando os serviços para os quais seja remunerado;
 - Não esteja recebendo os serviços autorizados no meu plano de saúde;
 - Queira alterar ou incluir um prestador;
 - Precise de suporte na contratação/administração do meu PI; ou
 - Queira atribuir maior número de horas ao meu PI em comparação ao seu limite semanal de trabalho.

Estou também ciente de que é concedido a mim o direito de apelação caso o DSHS conteste o prestador por mim designado.

ASSINATURA DO CLIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	DATA	NÚMERO DA ID DO CLIENTE
NOME IMPRESSO DO CLIENTE / REPRESENTANTE LEGAL		