

## 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](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		