

Potwierdzenie moich obowiązków w roli Pracodawcy Indywidualnych dostawców Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

Wybieram usługi świadczone przez Indywidualnego dostawcę (IP) opłacanego przez Departament Usług Socjalnych i Zdrowotnych (Department of Social and Health Services; DSHS). Rozumiem, że moje obowiązki w roli Pracodawcy mojego IP obejmują:

Sprawdzenie przeszłości moich dostawców:

- Rozumiem, że: mój IP musi przejść zarówno sprawdzenie przeszłości w stanie, jak i sprawdzenie odcisków palców poza stanem. Mogę zatrudnić mojego IP i rozpocząć współpracę natychmiast lub czekać na wyniki kontroli odcisków palców. Jeśli zatrudnię swojego IP przed otrzymaniem wyników kontroli odcisków palców, a on zostanie zdyskwalifikowany, DSHS nie będzie mu płacić wynagrodzenia. Będę miał możliwość wyboru innego IP, który jest wykwalifikowany:

- Chcę zatrudnić swojego IP na okres do 120 dni w oczekiwaniu na wyniki kontroli odcisków palców. Rozumiem, że: mój IP musi najpierw przejść kontrolę przeszłości w stanie.** W ramach sprawdzania przeszłości w Stanie Waszyngton dokonuje się przeglądu: (1) rejestrów wyroków skazujących za pośrednictwem Patrolu Stanu Waszyngton, (2) rejestrów w bazie danych Sądu Stanu Waszyngton oraz (3) ustaleń z agencji Stanu Waszyngton.

LUB

- Chcę poczekać z zatrudnieniem mojego IP do zakończenia kontroli odcisków palców poza stanem.** Kontrola poza stanem obejmuje sprawdzenie rejestrów karnych w innych stanach.

Imię i nazwisko IP: _____

Jako Pracodawca:

- Muszę sprawdzić i zatrudnić wykwalifikowanego IP;
- Muszę skontaktować się z moim opiekunem prowadzącym, aby upewnić się, że IP ma ważną umowę;
- Rozumiem, że mój IP nie może pracować, jeśli otrzyma zawiadomienie z DSHS, że musi przestać pracować;
- Rozumiem, że mój IP nie może pracować, jeśli nie posiada już kwalifikacji jako IP;
- Rozumiem, że: Otrzymam powiadomienie, jeśli mój IP nie będzie mógł pracować. Jeżeli dopuszczę go do pracy po dacie tego zawiadomienia, mogę być wyłącznie odpowiedzialny za zapłatę wynagrodzenia IP;
- Muszę się upewnić, że mój IP może pracować w Stanach Zjednoczonych. Muszę wypełnić i zachować formularz I-9. W celu uzyskania dodatkowych informacji mogę skontaktować się z Departamentem Bezpieczeństwa Wewnętrznego [Homeland Security USCIS I-9](#) lub zadzwonić pod numer 1-888-464-4218;
- Rozumiem, że: Mogę skontaktować się z Rejestrem osób polecających opiekę domową (Home Care Referral Registry; HCRR) w celu uzyskania pomocy w znalezieniu IP. Usługa ta jest dostępna w większości obszarów stanu. Mogę skontaktować się z HCRR telefonicznie pod numerem 1-800-970-5456. Mogę uzyskać dostęp do HCRR w Internecie pod adresem: <http://www.hcrr.wa.gov/>

Planowanie pracy mojego IP:

- Rozumiem, że: mój IP **nie może** pracować dłużej niż wynosi jego limit tygodniowy bez zgody DSHS;
- Rozumiem, że: mojemu IP przysługuje tylko jeden wymiar limitu tygodniowego. Mój IP nie może przekroczyć tego limitu, nawet jeśli pracuje dla większej liczby osób niż tylko moja osoba;
- Muszę się upewnić, że mój IP nie pracuje więcej niż wynosi jego limit tygodniowy i więcej niż liczba moich miesięcznych godzin usług;
- Muszę znaleźć zastępczego opiekuna, który zaspokoi moje potrzeby, kiedy będę go potrzebować;
- Być może będę musiał zatrudnić dodatkowych opiekunów, aby spełnić moje potrzeby i przestrzegać zasad dotyczących nadgodzin;
- Muszę mieć pewność, że mój IP rozumie mój plan opieki, może postępować zgodnie z moim planem opieki

i może pracować według mojego harmonogramu;

- Nadzoruję pracę mojego IP. Nawet jeśli mój IP posiada umowę z DSHS, DSHS nie nadzoruje pracy mojego IP.

Zapewnienie rękawiczek:

- W razie potrzeby muszę zapewnić moim IP rękawiczki do osobistych czynności pielęgnacyjnych:
- Mogę otrzymać do 200 rękawiczek miesięcznie w ramach świadczeń z Apple Health (Medicaid). Mogę być w stanie uzyskać większą ilość rękawiczek, jeśli jest to konieczne z medycznego punktu widzenia.
- Jeśli korzystam z usług Apple Health (Medicaid), mogę skontaktować się z przedstawicielem mojego planu opieki zdrowotnej lub lekarzem w celu zamówienia rękawiczek, lub wejść na stronę <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- Jeśli mam ubezpieczenie Apple Health, które nie stanowi elementu opieki zarządzanej, mogę:
 - Zadzwoić do dostawcy sprzętu medycznego z listy zamieszczonej na stronie internetowej Urzędu Opieki Zdrowotnej (Health Care Authority; HCA) pod adresem: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf lub
 - Zadzwoić do swojego lekarza; lub
 - Zadzwoić do Centrum Usług Medycznych (Medical Service Center) pod numer 1-800-562-3022. Numer ten znajduje się na odwrocie mojej niebieskiej Karty Usług Medycznych (Medical Service Card). Więcej informacji na temat rękawiczek można uzyskać na stronie internetowej Urzędu Opieki Zdrowotnej <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>.

Obowiązki finansowe:

- Rozumiem, że: DSHS nie jest odpowiedzialne za potrącanie lub płacenie podatku dochodowego mojego IP, chyba że IP o to poprosi;
- DSHS jest odpowiedzialny za pobieranie i odprowadzanie podatków Social Security i Medicare (FICA);
- DSHS jest odpowiedzialne za potrącanie i odprowadzanie federalnych i stanowych podatków z tytułu zasiłku dla bezrobotnych (FUTA/SUTA), chyba że IP jest moim rodzicem lub moim dzieckiem w wieku 18-21 lat;
- Muszę zgłosić moje płatności z tytułu uczestnictwa w programie Opieki osobistej do stanowych i federalnych agencji podatkowych, jeśli:
 - Otrzymuję usługi za pośrednictwem Zarządu Usług Opieki Domowej i Społecznej (Home and Community Services) lub mojej lokalnej Agencji ds. Osób Starszych (Area Agency on Aging; AAA), oraz
 - Zatrudniam IP, oraz
 - Współfinansuję własne usługi opieki osobistej.
 - Aby uzyskać informacje podatkowe, należy kontaktować się z Urzędem Skarbowym (Internal Revenue Service) pod numerem 1-800-829-1040 lub z Departamentem Bezpieczeństwa Pracy Stanu Waszyngton pod numerem 1-888-836-1900.

Komunikacja z DSHS:

- Będę kontaktować się z opiekunem prowadzącym, jeśli:
 - Będę mieć jakiegokolwiek obawy dotyczące mojego planu opieki lub jakości opieki, którą otrzymuję od IP;
 - Nie będę otrzymywać usług, za które rozlicza się mój IP;
 - Nie będę otrzymywać usług zatwierdzonych w moim planie opieki;
 - Będę chciał zmienić lub dodać dostawcę;
 - Będę potrzebować pomocy przy zatrudnieniu/zarządzaniu moim IP; lub
 - Będę chciał przypisać więcej godzin do mojego IP niż wynosi jego limit tygodniowy.

Rozumiem również, że mam prawo do złożenia odwołania, jeśli DSHS odmówi mi wyboru dostawcy.

PODPIS KLIENTA / PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO DATA

NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO
(IDENTYFIKATOR KLIENTA)

IMIĘ I NAZWISKO KLIENTA / PRZEDSTAWICIELA PRAWNEGO DRUKOWANYMI LITERAMI