

## Мои обязанности работодателя моего индивидуального поставщика услуг

### Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

Я выбираю получение услуг от индивидуального поставщика услуг (Individual Provider, IP), оплачиваемых Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS). Я осознаю, что, будучи работодателем индивидуального поставщика услуг, я должен(-на) выполнять следующие обязанности:

#### Проверка биографических данных моих поставщиков услуг:

- Я понимаю, что мой индивидуальный поставщик услуг должен пройти как проверку биографических данных на уровне штата, так и сдать отпечатки пальцев в рамках проверки вне штата. Мой индивидуальный поставщик услуг может приступить к своим обязанностям немедленно после приема на работу, либо я могу дождаться результатов проверки его отпечатков пальцев. Если мой индивидуальный поставщик услуг приступит к работе до получения мною результатов проверки, согласно которым он будет признан подлежащим дисквалификации, Департамент DSHS прекратит оплачивать труд этого индивидуального поставщика услуг. Я смогу выбрать другого поставщика услуг, прошедшего все проверки с удовлетворительными результатами:

- Я хочу нанять на работу индивидуального поставщика услуг на срок до 120 дней до результатов проверки данных со снятием отпечатков пальцев. Я понимаю, что мой индивидуальный поставщик услуг должен сначала пройти проверку биографических данных на уровне штата. В ходе проверки биографических данных на уровне штата в отношении поставщика проверяются: (1) данные об осуждениях в уголовном порядке, имеющиеся в Патрульной службе штата, (2) документы, содержащиеся в базе данных судов штата Вашингтон, и (3) записи, имеющиеся в ведомствах штата Вашингтон.

ИЛИ

- Я хочу подождать до выхода результатов проверки отпечатков пальцев вне штата, а затем нанять индивидуального поставщика услуг на работу. Проверка отпечатков пальцев вне штата предусматривает их сверку с данными об осуждениях в уголовном порядке, имеющимися в других штатах.

Имя и фамилия индивидуального поставщика услуг: \_\_\_\_\_

#### Будучи работодателем:

- Я осуществляю отбор кандидатов и принимаю на работу квалифицированного индивидуального поставщика услуг;
- Я должен(-на) обратиться к моему куратору по уходу и проверить действительность контракта с индивидуальным поставщиком услуг;
- Я понимаю, что индивидуальному поставщику услуг не разрешается работать в случае получения от DSHS уведомления с распоряжением о прекращении работы;
- Я понимаю, что индивидуальному поставщику услуг не разрешается работать, если он/она теряет квалификацию индивидуального поставщика услуг;
- Я понимаю, в случае, если моему индивидуальному поставщику услуг не разрешается работать, я получу соответствующее уведомление; Если я разрешу индивидуальному поставщику услуг работать после даты, указанной в уведомлении, я несу единоличную ответственность за оплату услуг, предоставленных мне поставщиком;
- Я должен(-на) проверить наличие у моего индивидуального поставщика услуг права на работу на территории Соединенных Штатов Америки. Я должен(-на) заполнить и сохранить у себя форму I-9. Я могу обратиться на веб-сайт Бюро по делам гражданства и иммиграции (USCIS) Министерства национальной безопасности США ([Homeland Security USCIS I-9 Web Site](http://www.hcr.org)) или по тел. 1-888-464-4218, если мне необходима дополнительная информация;
- Я понимаю, что за помощью в рамках поиска индивидуального поставщика услуг я могу обратиться в Регистратуру направлений для оказания услуг на дому (Home Care Referral Registry, HCRR). Эта услуга предоставляется в большинстве регионов штата. Я могу связаться с HCRR по телефону 1-800-970-5456. Я также могу связаться с HCRR онлайн по адресу: <http://www.hcrr.wa.gov/>

#### Определение графика работы моего индивидуального поставщика услуг:

- Я понимаю, что мой индивидуальный поставщик услуг **не может** работать сверх недельного лимита рабочих часов без разрешения Департамента DSHS;
- Я понимаю, что мой индивидуальный поставщик услуг имеет только один недельный лимит рабочих часов. Мой индивидуальный поставщик услуг не может превышать этот лимит даже в том случае, если помимо меня он обслуживает дополнительных клиентов;
- Я должен(-на) принять меры для того, чтобы мой индивидуальный поставщик услуг не превышал установленный для него недельный лимит рабочих часов, а также общее количество часов обслуживания в месяц, определенное для меня;
- В случае необходимости я должен(-на) обеспечить доступ к услугам резервного поставщика;
- Возможно, мне придется нанять дополнительных поставщиков услуг, чтобы удовлетворять свои потребности и соблюдать правила в отношении сверхурочной работы;
- Я должен(-на) убедиться в том, что мой индивидуальный поставщик услуг понимает задачи моего плана ухода, может обеспечить выполнение моего плана ухода и имеет возможность работать по графику, являющемуся для меня предпочтительным;

- Я контролирую работу моего индивидуального поставщика услуг. Не смотря на то, что у моего индивидуального поставщика услуг имеется контракт с Департаментом DSHS, Департамент DSHS не контролирует работу моего индивидуального поставщика услуг.

**Обеспечение перчатками:**

- Я должен(-на) предоставить моему индивидуальному поставщику услуг перчатки для выполнения практических задач/процедур по индивидуальному уходу за мной в случае необходимости;
- В рамках страхового покрытия Apple Health (Medicaid) я получаю до 200 пар перчаток в месяц. Если необходимо с медицинской точки зрения, это количество может быть увеличено.
- Если я пользуюсь услугами в рамках управляемого медицинского обслуживания по программе Apple Health (Medicaid), я могу обратиться в мой план медицинского обслуживания или к моему врачу и заказать перчатки или же перейти по ссылке <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- Если я пользуюсь покрытием Apple Health не в рамках плана управляемого медицинского обслуживания, я могу:
  - Обратиться к поставщику медицинских принадлежностей из списка на веб-сайте Управления здравоохранения (Health Care Authority) по адресу: [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); или
  - Позвонить моему врачу; или
  - Позвонить в Центр медицинского обслуживания по телефону 1-800-562-3022. Номер центра указан на обратной стороне вашей синей карты Medical Service Card. Дополнительная информация в отношении получения перчаток приведена на веб-сайте Управления здравоохранения (Health Care Authority) по адресу: <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>.

**Финансовая ответственность**

- Я понимаю, что Департамент DSHS не несёт ответственности за удержание и уплату подоходного налога моего индивидуального поставщика услуг, если только индивидуальный поставщик услуг об этом сам не запросит;
- Департамент DSHS отвечает за отчисление налогов в фонд социального обеспечения и фонд Medicare (FICA);
- Департамент DSHS обязан удерживать и уплачивать федеральные налоги и налоги штата в фонд помощи безработным (FUTA/SUTA), если только индивидуальный поставщик услуг не является моим родителем или ребёнком в возрасте от 18 до 21 года;
- Я должен(-на) уведомлять федеральное налоговое ведомство и налоговое ведомство штата о моих вкладах в оплату работы моего индивидуального поставщика услуг, при условии что я:
  - Получаю услуги через Отделение услуг на дому и по районному месту жительства (Home and Community Services) либо через местное агентство по делам престарелых (Area Agency on Aging, AAA), а также
  - Пользуюсь услугами индивидуального поставщика услуг, а также
  - Вношу вклад в оплату за услуги моего индивидуального поставщика услуг.
    - За информацией в отношении налогов обращайтесь в Налоговое управление США (Internal Revenue Service) по тел. 1-800-829-1040 или в Департамент службы занятости штата Вашингтон (Washington State Department of Employment Security) по тел. 1-888-836-1900.

**Взаимодействие с Департаментом DSHS:**

- Я могу обратиться к моему куратору по уходу в следующих случаях:
  - Если у меня есть вопросы по поводу моего плана по уходу или по поводу качества услуг моего индивидуального поставщика услуг;
  - Если я не получаю услуги, за которые мой индивидуальный поставщик услуг предъявляет счёт;
  - Если я не получаю услуги, утверждённые моим планом ухода;
  - Если я хочу заменить или добавить дополнительного поставщика услуг;
  - Если мне нужна помощь в связи с приемом на работу/организацией работы моего индивидуального поставщика услуг; или
  - Если я хочу обеспечить моему индивидуальному поставщику услуг больше рабочих часов, чем предусмотрено его/ее недельным лимитом.

Я также понимаю, что имею право на апелляцию, если Департамент DSHS не одобрит выбранного мной индивидуального поставщика услуг.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА / ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА
--	------	---------------------------------

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА / ОФИЦИАЛЬНОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ
--