

Reconocimiento de mis responsabilidades como empleador de mis proveedores individuales

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

He decidido recibir servicios de un Proveedor Individual (por sus siglas en inglés, "IP") pagado por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (por sus siglas en inglés, "DSHS"). Entiendo que mis responsabilidades como empleador de mi IP incluyen:

Verificaciones de antecedentes de mis proveedores:

- Entiendo que mi IP debe aprobar tanto una verificación de antecedentes en el estado como una verificación con huellas digitales fuera del estado. Puedo contratar a mi IP para que empiece a trabajar de inmediato o esperar a los resultados de la verificación con huellas digitales. Si contrato a mi IP antes de los resultados de la verificación con huellas digitales y mi proveedor resulta descalificado, el DSHS ya no hará pagos a ese IP. Tendré la opción de elegir a otro IP que esté calificado.

Quiero contratar a mi IP hasta por 120 días mientras espero los resultados de la verificación con huellas digitales. Entiendo que mi IP primero debe aprobar la verificación de antecedentes en el estado. La verificación de antecedentes en el estado revisa: (1) los antecedentes penales a través de la Patrulla del Estado de Washington, (2) registros en la base de datos de la Corte del Estado de Washington, y (3) hallazgos de las agencias estatales de Washington.

Quiero esperar a que se complete la verificación con huellas digitales fuera del estado antes de contratar a mi IP. La verificación fuera del estado incluye una verificación de antecedentes penales en otros estados.

Nombre del IP: _____

Al ser un empleador:

- Debo evaluar y contratar a un IP calificado;
- Debo contactar a mi administrador de caso para asegurarme de que el IP tiene un contrato vigente;
- Comprendo que mi IP no tiene permitido trabajar si recibe una notificación del DSHS de que debe dejar de trabajar;
- Comprendo que mi IP no tiene permitido trabajar si ya no está calificado como IP;
- Comprendo que recibiré una notificación en caso de que mi IP no tenga permitido trabajar. Si le permito trabajar después de la fecha de esa notificación, puedo ser el único responsable de los pagos a mi IP;
- Tengo que asegurarme de que mi IP puede trabajar en los Estados Unidos. Debo llenar y conservar el formulario I-9. Si necesito más información, puedo comunicarme al [sitio web USCIS I-9 de Seguridad Interna](#) o llamar al 1-888-464-4218.
- Entiendo que puedo comunicarme al Registro de Referencias de Atención en el Hogar (por sus siglas en inglés, "HCRR") para obtener ayuda para encontrar un IP. Este servicio se encuentra disponible en la mayor parte de las áreas del estado. Puedo comunicarme con el HCRR por teléfono al 1-800-970-5456. Puedo obtener acceso al HCRR por internet en: <http://www.hcrr.wa.gov/>

Programación de trabajo de mi IP:

- Comprendo que mi IP **no puede** trabajar más horas que su límite de la semana laboral sin la aprobación del DSHS;
- Comprendo que mi IP sólo tiene un límite de la semana laboral. Mi IP no puede superar este límite, incluso si trabaja para otras personas además de mí.
- Tengo que asegurarme de que mi IP no trabaje más de su límite de la semana laboral, ni más que mis horas mensuales de servicio;
- Tengo que encontrar un cuidador de relevo para satisfacer mis necesidades, cuando lo necesite;
- Quizá tenga que contratar cuidadores adicionales para satisfacer mis necesidades y cumplir con las reglas sobre horas extra;
- Debo asegurarme de que mi IP entiende mi plan de cuidado, de que puede cumplirlo, y de que puede trabajar en el horario que quiero;

- Yo superviso el trabajo de mi IP. A pesar de que mi IP tiene un contrato con el DSHS, el DSHS no supervisa a mi IP.

Suministro de guantes:

- Debo suministrar guantes a mi IP cuando sean necesarios para tareas de cuidado personal que requieran el uso de las manos:
- Puedo recibir hasta 200 guantes al mes por mi beneficio de Apple Health (Medicaid)). Quizá pueda recibir más si tengo una necesidad médica.
- Si tengo atención administrada de Apple Health (Medicaid), puede contactar a mi plan de salud o a mi médico para ordenar guantes, o visitar <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- Si tengo cobertura de Apple Health que no sea a través de atención administrada, puedo:
 - Llamar a un proveedor de equipamiento médico de la lista que está en el sitio web de la Autoridad de Servicios de Salud en: https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf o
 - Llamar a mi médico; o
 - Llamar al Centro de Servicios Médicos al 1-800-562-3022. Este número se encuentra al reverso de mi tarjeta de servicios médicos azul. Para obtener más información sobre cómo recibir guantes, visite el sitio web de la Autoridad de Servicios de Salud en <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>.

Obligaciones financieras:

- Entiendo que el DSHS no es responsable de retener o pagar el impuesto sobre la renta de mi IP, a menos que mi IP le pida que lo haga;
- El DSHS es responsable por la retención y el pago de los impuestos de Seguro Social y Medicare (FICA);
- El DSHS es responsable de la retención y el pago de los impuestos de desempleo federales y estatales (FUTA/SUTA), a menos que el IP sea mi padre/madre o hijo/hija y tenga entre 18 y 21 años de edad;
- Debo informar mis pagos de aportaciones por cuidado personal a las agencias tributarias estatales y federales si:
 - Recibo mis servicios a través de los Servicios para el Hogar y la Comunidad o a través de mi Agencia Local para Personas de la Tercera Edad (por sus siglas en inglés, "AAA"), y
 - Empleo a un IP, y
 - Pago una parte de mis servicios de cuidado personal.
 - Para obtener información tributaria, comuníquese con el Servicio de Recaudación Interna (por sus siglas en inglés, "IRS") al 1-800-829-1040 o al Departamento de Seguridad del Empleo del Estado de Washington al 1-888-836-1900.

Comunicación con el DSHS:

- Me comunicaré con mi administrador de caso si:
 - Tengo alguna inquietud acerca de mi plan de cuidado o de la calidad de la atención que recibo de parte de mi IP;
 - No estoy recibiendo los servicios por los cuales mi IP está facturando;
 - No estoy recibiendo los servicios autorizados en mi plan de cuidado;
 - Quiero cambiar o agregar un proveedor;
 - Necesito ayuda para contratar o administrar a mi IP; o
 - Quiero asignar más horas a mi IP de las que tiene en su límite de la semana laboral.

También comprendo que tengo el derecho a apelar si el DSHS me niega al proveedor de mi elección.

FIRMA DEL CLIENTE / REPRESENTANTE LEGAL	FECHA	NÚMERO DE ID DEL CLIENTE
---	-------	--------------------------

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL CLIENTE / REPRESENTANTE LEGAL