

**การยอมรับหน้าที่ของข้าพเจ้าในฐานะ  
นายจ้างของผู้ให้บริการส่วนตัวของข้าพเจ้า  
Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers**

ข้าพเจ้าเลือกที่จะได้รับบริการจากผู้ให้บริการส่วนตัว (Individual Provider หรือ IP) ซึ่งจ่ายเงินโดยกรมบริการสังคมและสุขภาพ (Department of Social and Health Services หรือ DSHS) ข้าพเจ้าเข้าใจหน้าที่ของข้าพเจ้าในฐานะนายจ้างของ IP ของข้าพเจ้า ซึ่งได้แก่

**ตรวจสอบประวัติผู้ให้บริการของข้าพเจ้า:**

- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า IP ของข้าพเจ้าต้องผ่านการตรวจสอบประวัติภายในรัฐและการตรวจสอบลายนิ้วมือภายนอกรัฐก่อน ข้าพเจ้าสามารถจ้าง IP ของข้าพเจ้าให้ทำงานทันทีหรือรอผลตรวจสอบลายนิ้วมือก่อน หากข้าพเจ้าจ้าง IP ของข้าพเจ้าก่อนได้รับผลลายนิ้วมือ แล้วพบว่าผู้ให้บริการของข้าพเจ้าไม่ผ่านคุณสมบัติ ทาง DSHS จะไม่จ่ายเงินให้ IP รายนั้นต่อไป ข้าพเจ้าจะมีทางเลือกให้เลือก IP อื่นที่ผ่านคุณสมบัติ:

ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะจ้าง IP ของข้าพเจ้าเป็นเวลาสูงสุดถึง 120 วัน ในขณะที่ข้าพเจ้ารอผลการตรวจสอบลายนิ้วมือ ข้าพเจ้าเข้าใจว่า IP ของข้าพเจ้าต้องผ่านการตรวจสอบประวัติภายในรัฐก่อน การตรวจสอบประวัติภายในรัฐจะตรวจสอบ (1) ประวัติอาชญากรรมผ่านทางสถานีตำรวจรัฐวอชิงตัน (Washington State Patrol) (2) ประวัติในฐานข้อมูลศาลรัฐวอชิงตัน (Washington State Court) และ (3) การสืบค้นจากหน่วยงานของรัฐวอชิงตัน หรือ

ข้าพเจ้าต้องการรองนกว่าการตรวจสอบลายนิ้วมือภายนอกรัฐเสร็จสมบูรณ์ก่อนการว่าจ้าง IP ของข้าพเจ้า การตรวจสอบภายนอกรัฐรวมถึงการตรวจสอบประวัติอาชญากรรมในรัฐอื่นๆ

ชื่อ IP: \_\_\_\_\_

**ในฐานะที่เป็นนายจ้าง:**

- ข้าพเจ้าต้องตรวจสอบและว่าจ้าง IP ที่มีคุณสมบัติ
- ข้าพเจ้าต้องติดต่อผู้จัดการคดีของข้าพเจ้าเพื่อให้แน่ใจว่า IP มีสัญญาที่ถูกต้อง
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า IP ของข้าพเจ้าไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงาน หากพวกเขาได้รับการแจ้งจาก DSHS ว่าพวกเขาต้องหยุดทำงาน
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า IP ของข้าพเจ้าไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงาน หากพวกเขาไม่มีคุณสมบัติในฐานะ IP อีกต่อไป
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าจะได้รับการแจ้งหาก IP ของข้าพเจ้าไม่ได้รับอนุญาตให้ทำงาน หากข้าพเจ้าอนุญาตให้พวกเขาทำงานหลังจากวันที่การแจ้งนั้น ข้าพเจ้าอาจต้องรับผิดชอบในการชำระเงินให้กับ IP รายนั้นแต่เพียงผู้เดียว
- ข้าพเจ้าต้องทำให้แน่ใจว่า IP ของข้าพเจ้าสามารถทำงานภายในสหรัฐอเมริกา ข้าพเจ้าต้องกรอกและเก็บแบบฟอร์ม I-9 ให้เรียบร้อย ข้าพเจ้าอาจติดต่อ [Homeland Security USCIS I-9 Web Site](http://www.dhs.gov/homeland-security-uscis-i-9) หรือโดยการโทร 1-888-464-4218 หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่าข้าพเจ้าอาจติดต่อแผนกส่งต่อการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Care Referral Registry หรือ HCRR) เพื่อช่วยหา IP บริการนี้สามารถใช้ได้ในพื้นที่ส่วนใหญ่ของรัฐ ข้าพเจ้าอาจติดต่อ HCRR ทางโทรศัพท์ที่ 1-800-970-5456 ข้าพเจ้าอาจเข้าถึง HCRR ทางอินเทอร์เน็ตที่: <http://www.hcrr.wa.gov/>

**การจัดเวลา IP ของฉันให้ทำงาน:**

- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า IP ของข้าพเจ้า **ไม่สามารถ** ทำงานมากกว่าขีดจำกัดสัปดาห์ทำงานของพวกเขาโดยไม่ได้รับอนุมัติจาก DSHS
- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า IP ของข้าพเจ้ามีขีดจำกัดเพียงหนึ่งสัปดาห์ทำงาน IP ของข้าพเจ้าไม่สามารถทำงานเกินขีดจำกัดนี้แม้ว่าพวกเขาทำงานให้คนอื่น ๆ มากกว่าข้าพเจ้า
- ข้าพเจ้าต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่า IP ของข้าพเจ้าไม่ทำงานเกินขีดจำกัดสัปดาห์ทำงานของพวกเขาและเกินชั่วโมงบริการรายเดือนของข้าพเจ้า
- ข้าพเจ้าต้องหาผู้ให้การดูแลสำรองเพื่อตอบสนองความต้องการของข้าพเจ้า เมื่อข้าพเจ้ามีความจำเป็น
- ข้าพเจ้าอาจต้องจ้างผู้ให้การดูแลเพิ่มเติมเพื่อตอบสนองความต้องการของข้าพเจ้าและทำตามกฎการทำงานเกินเวลา
- ข้าพเจ้าต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่า IP ของข้าพเจ้าเข้าใจแผนการดูแลของข้าพเจ้า สามารถทำตามแผนการดูแลของข้าพเจ้า และสามารถทำงานตามกำหนดเวลาที่ข้าพเจ้าต้องการ

- ข้าพเจ้าตรวจตราการทำงานของ IP ของข้าพเจ้า แม้เมื่อ IP มีสัญญากับ DSHS และทาง DSHS ไม่ได้ตรวจตรา IP ของข้าพเจ้า

**การจัดเตรียมมืองมือ:**

- ข้าพเจ้าต้องจัดเตรียมมืองมือให้ IP ของข้าพเจ้า สำหรับงานการดูแลส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องโดยตรง เมื่อพวกเขาต้องการ:
- ข้าพเจ้าสามารถได้รับมืองมือสูงสุดถึง 200 คู่ต่อเดือนจากสวัสดิการ Apple Health (Medicaid) ของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าอาจสามารถได้รับมากขึ้นหากเป็นความจำเป็นทางการแพทย์
- หากข้าพเจ้ามีการดูแลที่บริหารจัดการโดย Apple Health (Medicaid) ข้าพเจ้าอาจติดต่อแผนสุขภาพของข้าพเจ้าหรือแพทย์ของข้าพเจ้าให้สั่งมืองมือ หรือไปที่ <https://www.hca.wa.gov/assets/billers-and-providers/13-010.pdf>
- หากข้าพเจ้ามีความคุ้มครอง Apple Health ที่ไม่มาจากการดูแลที่มีการบริหารจัดการ ข้าพเจ้าอาจ
  - โทรหาซัพพลายเออร์ด้านการแพทย์จากรายชื่อในเว็บไซต์ Health Care Authority website ที่ [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) หรือ
  - โทรหาแพทย์ของข้าพเจ้า หรือ
  - โทรหาศูนย์บริการทางการแพทย์ (Medical Service Center) ที่ 1-800-562-3022 หมายเลขนี้อยู่ที่ด้านหลังบัตรบริการทางการแพทย์ (Medical Service Card) สิ้นน้ำเงินของข้าพเจ้า สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรับมืองมือ โปรดไปที่เว็บไซต์ Health Care Authority ที่ <http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx>

**หน้าที่ทางการเงิน:**

- ข้าพเจ้าเข้าใจว่า DSHS ไม่รับผิดชอบต่อภาษีหัก ณ ที่จ่าย หรือการจ่ายภาษีเงินได้สำหรับ IP ของข้าพเจ้า ยกเว้น IP ของข้าพเจ้าขอพวกเขา
- DSHS มีหน้าที่ในการหักและชำระภาษี Social Security and Medicare (FICA)
- DSHS มีหน้าที่ในการหักและชำระภาษีบุคคลว่างงานของรัฐและรัฐบาลกลาง (FUTA/SUTA) ยกเว้นเมื่อ IP เป็นผู้ปกครองหรือบุตรของข้าพเจ้าที่มีอายุระหว่าง 18 และ 21 ปี
- ข้าพเจ้าต้องรายงานการชำระเงินสำหรับการเข้าร่วมการดูแลส่วนบุคคลของข้าพเจ้าให้กับหน่วยงานภาษีของรัฐและรัฐบาลกลาง หากข้าพเจ้า
  - รับบริการผ่านทางบริการบ้านและชุมชน (Home and Community Services) หรือ หน่วยงานในพื้นที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ (Area Agency on Aging หรือ AAA) ในท้องถิ่นของฉัน และ
  - จ้าง IP และ
  - ชำระเงินสำหรับการเข้าร่วมบริการดูแลส่วนบุคคล
    - สำหรับข้อมูลด้านภาษี โปรดติดต่อฝ่ายบริการรายได้ภายใน (Internal Revenue Service) ที่ 1-800-829-1040 หรือกรมความมั่นคงในการจ้างงานของรัฐวอชิงตัน (Washington State Department of Employment Security) ที่ 1-888-836-1900

**การติดต่อสื่อสารกับ DSHS:**

- ข้าพเจ้าจะติดต่อผู้จัดการคดีของข้าพเจ้า หากข้าพเจ้า:
  - มีข้อกังวลเกี่ยวกับแผนการดูแลหรือเกี่ยวกับคุณภาพของการดูแลที่ข้าพเจ้าได้รับจาก IP ของข้าพเจ้า
  - ไม่ได้รับบริการตามที่ IP ของข้าพเจ้าเรียกเก็บเงิน
  - ไม่ได้รับบริการที่ได้รับอนุญาตในแผนการดูแลของข้าพเจ้า
  - ต้องการเปลี่ยนหรือเพิ่มผู้ให้บริการ
  - ต้องการความช่วยเหลือในการว่าจ้าง/บริหารจัดการ IP ของข้าพเจ้า หรือ
  - ต้องการมอบหมายชั่วโมงเพิ่มขึ้นให้กับ IP ของข้าพเจ้าจากขีดจำกัดสัปดาห์ทำงาน

ข้าพเจ้ายังเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ในการอุทธรณ์หาก DSHS ปฏิเสธตัวเลือกผู้ให้บริการของข้าพเจ้า

ลงลายมือชื่อผู้รับบริการ / ตัวแทนทางกฎหมาย	วันที่	หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ
--	--------	-----------------------------

ชื่อตัวบรรจงของผู้รับบริการ / ตัวแทนทางกฎหมาย
---