HOME AND COMMUNITY SERVICES (HCS)
AREA AGENCY ON AGING (AAA)
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

Instruções de admissão do provedor individual para prestação de serviços de HCS/AAA/DDA

HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake Instructions

Entende-se por **Provedor individual (PI)**: Um contratado subordinado ao Departamento de Serviços Sociais e de Saúde (DSHS), com funções atribuídas diretamente ao cliente do DSHS, o qual, por sua vez, resida domicílio próprio, atuando na prestação de assistência pessoal e/ou temporária.

O presente formulário é voltado a pessoas físicas, e não jurídicas. Caso esteja preenchendo este documento como entidade corporativa, SUSPENDA o preenchimento e solicite um formulário de Admissão de provedor ao responsável pelo envio deste formulário.

O formulário deve ser totalmente preenchido e enviado para:

1. Serviços Comunitários e do Lar (HCS), caso o serviço seja prestado a um cliente do HCS; ou
2. Instituto de Atendimento ao Idoso, caso o serviço seja prestado a um cliente do AAA; ou
3. Administração de Deficiências do Desenvolvimento (DDA), caso o serviço seja prestado a um cliente do DDA.

Seção A - Informações do Provedor individual (<u>obrigatório</u> a todos os contratados)

1. Informações do contratado: O **Nome do contratado** deve seguir exatamente como apresentado no seu **cartão de Segurança Social**. Para outros endereços, deverá enviá-los em uma folha separada. Certifique-se de identificar o tipo de endereço (ex.: casa, caixa postal, etc.).

   Identificação: Deve ser fornecida a versão original dos documentos arrolados abaixo para fins de identificação.

   Observação: Deve haver correspondência fundada entre os nomes apresentados na identificação com foto e no cartão de Seguridade Social (isto é, Jane Smith e Jane Lynn Smith é uma correspondência aceitável, mas não Janelle Lynette Smith, tal como Linh T. Nguyen e Linh Trang Nguyen são fundamentalmente correspondentes, e não L. Trang Lam).

   a. Identificação com foto válida e atual. Isso inclui qualquer um dos seguintes:
      - Carteira de habilitação emitida pelo estado de Washington ou outro no qual o requerente resida ou recentemente residiu; ou
      - Cédula de identidade, com foto do requerente, emitida pelo estado de Washington ou outro no qual o requerente resida ou recentemente residiu; ou
      - Passaporte; ou
      - Carteira de Identidade Militar ou documento de identificação de dependência de militar; ou
      - Green Card; ou
      - Documento de Autorização de Emprego (EAD); ou
      - Cédula de identidade tribal com foto para americanos indígenas; e seu

   b. Cartão de Seguridade Social. O que inclui:
      - Cartão de Seguridade Social com nome e número de registro; ou
      - Cartão de Seguridade Social com nome e número de registro, com observação destacada “VÁLIDO PARA TRABALHO APENAS COM AUTORIZAÇÃO DO DHS” ou “VÁLIDO PARA TRABALHO APENAS COM AUTORIZAÇÃO DO INS” (cartões com a observação “inválido para fins empregatícios” destacada não serão aceitos); ou
      - Uma carta recente da Agência da Seguridade Social que indique o requerimento de um novo cartão. Neste documento deverão conter seu nome e o número de registro, e não poderá apresentar “inválido para fins empregatícios”. O mesmo deverá ser substituído por uma cópia do cartão no momento da recontratação. Caso a impressão não esteja disponível, deverá ser fornecida uma nova cópia do cartão anteriormente ao fechamento do contrato.

2. Informações de cliente específico: Caso tencione prestar o serviço a uma pessoa específica, indique seu nome aqui. Caso haja vínculo entre você e o Cliente, indique-o aqui. Por exemplo, se o cliente para o qual está trabalhando é sua mãe, seu vínculo é de FILHO(A).
3. Adequabilidade: **<u>Cabe</u>** aos Provedores individuais seguir e cumprir as orientações disponibilizadas nesta seção. Em caso de suspensão ou interdição dos serviços prestados ao abrigo dos programas Medicare, Medicaid, Título XIX ou XX, seu nome já constará na lista de exclusão da Corregedoria federal de Saúde Pública e Bem-estar Social. Para obter uma lista de nomes desclassificados, acesse http://exclusions.oig.hhs.gov/.aspx.
4. Informações de habilitação. Preencha esta seção, conforme indicado, e inclua as informações da sua carteira de habilitação, se necessário.

Seção B - Informações do funcionário público do Estado (obrigatório a todos os contratados). Um Provedor individual não é considerado um funcionário público do Estado.

1. Funcionários efetivos do estado de Washington: Se estiver submetido a um regime de contratação por um órgão estatal, universidade, faculdade ou faculdades comunitárias, marque a opção “sim”. Funcionários de instituições de ensino municipais, entretanto, não são considerados como funcionários públicos do estado de Washington.
2. Funcionários inativos do estado de Washington: Se já esteve submetido a um regime de contratação por um órgão estatal, universidade, faculdade ou faculdades comunitárias, marque a opção “sim”. Antigos funcionários de instituições de ensino municipais, entretanto, não devem ser considerados como funcionários públicos do estado de Washington.
3. Data da rescisão do contrato de trabalho do estado de Washington: indica a última data de contratação realizada pelo órgão.
4. Caso sua resposta seja “SIM” para as questões 1 OU 2 e a data indicada na questão 3 esteja dentro dos últimos dois (2) anos, a Seção C do formulário também deverá ser preenchida e enviada.
5. Certifique-se de que as informações fornecidas neste formulário (Seções A e B) são precisas e fidedignas à sua assinatura e data.

Seção C - Certificação de Ética para funcionários públicos efetivos e inativos do estado

Caso seja um funcionário público efetivo ou inativo do estado de Washington, preencha o formulário de Certificação de Ética (Seção C), assine e date o final do documento, e envie-o juntamente às Seções A e B do formulário devidamente preenchido de Admissão do provedor.

Admissão do provedor individual para prestação de serviços de HCS/AAA/DDA Seção A: Informações específicas do contratado

HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake
Part A: Contractor Specific Information

O presente NÃO é considerado um contrato. Na Seção A, são solicitadas informações gerais do contratado. Este formulário deve ser preenchido, assinado e enviado anteriormente à oferta de qualquer contrato.

1. Informações do contratado

NOME DO CONTRATATO (USE LETRA LEGÍVEL) SOBRENOME NOME NOME DO MEIO	SEXO ☐ Masculino ☐ Feminino	NÚMERO DE SEGURIDADE SOCIAL	DATA DE NASCIMENTO (MM/DD/AAAA)

IDENTIFICAÇÃO
☐ Carteira de habilitação vigente OU ☐ Identificação com foto vigente OU ☐ Outro (consulte o tópico 1.a.)

ENDEREÇO DOMICILIAR DO CONTRATADO	CIDADE	ESTADO	CEP
ENDEREÇO POSTAL DO CONTRATADO (NÚMERO DE CAIXA POSTAL OU OUTRO)	CIDADE	ESTADO	CEP

TELEFONE RESIDENCIAL DO CONTRATADO (COM CÓDIGO DE ÁREA)	TELEFONE CELULAR DO CONTRATADO (COM CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE FAX DO CONTRATADO (COM CÓDIGO DE ÁREA)
IDIOMA PRINCIPAL PREFERENCIAL	MEIOS DE CONTATO PREFERENCIAIS ☐ Correspondência ☐ E-mail	ENDEREÇO DE E-MAIL

2. Cliente específico

Caso o presente formulário seja preenchido para fins de prestação de serviços a um tomador específico, forneça as seguintes informações:

NOME	FAMILIAR ☐ Sim ☐ Não	VÍNCULO PARENTAL ENTRE AS PARTES

3. Adequabilidade (obrigatório)

	SIM	NÃO
a. Já esteve submetido ao regime de contrato com o estado de Washington para fins de prestação de serviços rescindidos por incumprimento?	☐	☐
b. Já possui alguma licença profissional/certificação/contrato emitido pelo estado de Washington o qual tenha sido revogado ou suspenso (o que não inclui carteira de habilitação)?	☐	☐
Se sim, especifique o tipo de licença/certificação/contrato: _____		
c. Já foram constatadas evidências substanciadas de abuso, negligência, abandono ou exploração de um menor ou adulto vulnerável?	☐	☐
d. Já foi condenado por pena de maior potencial ofensivo (delito ou contravenção) ou sujeito à suspensão ou interdição de atuar na prestação de serviços aos programas Medicare, Medicaid, ou programas arrolados no Título XX desde a fundação dos mesmos (conforme exigido pela 42 CFR 455.106)?	☐	☐
e. Há, no momento, alguma sentença pendente por crime de maior potencial ofensivo (delito ou contravenção)?	☐	☐

Se a resposta for "sim" para alguma das questões acima, anexe um rol de elucidação da situação na qual esteve envolvido(a), incluindo datas, tipo de evidências observadas ou crime, bem como a disposição final das sentenças).

4. Informações de habilitação

Possui licença, certificação ou registro emitido por qualquer órgão do estado de Washington, incluindo uma carteira de habilitação?
☐ Sim ☐ Não Se sim, preencha o seguinte:

TIPO DE LICENÇA	N.º DA LICENÇA	DATA DE VALIDADE

Certifico, sob pena de perjúrio, conforme indicado pelas leis do Estado de Washington, que as informações apresentadas no formulário de Admissão do contratado são verdadeiras e corretas, e que o DSHS será notificado quanto a quaisquer alterações.

ASSINATURA DO CONTRATADO	DATA	NOME IMPRESSO DO CONTRATADO

Admissão do provedor individual para prestação de serviços de HCS/AAA/DDA Seção B: Informações do funcionário público do estado

HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake
Part B: State Employee Information

O presente NÃO é considerado um contrato.

Na Seção B são solicitadas informações específicas do requerente contratado.

É necessário marcar "Sim" ou "Não" como resposta às seguintes questões.

É vedada a expedição do contrato sem que sejam fornecidas tais informações.

1. Trabalha atualmente como funcionário público do estado de Washington ou de uma Universidade Estadual ou Faculdade Comunitária?
   - Funcionários de Universidades Estaduais e Faculdades Comunitárias são considerados como funcionários públicos do estado de Washington.
   - Funcionários de instituições de ensino municipais NÃO são considerados como funcionários públicos do estado nesse contexto.
   - **Provedores individuais NÃO são considerados como funcionários públicos do estado.**

   ☐ Sim ☐ Não
2. Já esteve submetido ao regime de contratação pelo estado de Washington?

   ☐ Sim ☐ Não
3. Se sim, indique o ano de rescisão do contrato empregatício com o estado de Washington.

   Data _____
4. Caso sua resposta seja "Sim" para as questões 1 ou 2 e a data indicada na questão 3 esteja dentro dos últimos dois anos, a Seção C deverá ser preenchida e enviada junto às Seções A e B desse formulário.

Certifico, sob pena de perjúrio, conforme indicado pelas leis do Estado de Washington, que declarações supracitadas são verdadeiras e corretas, e que o DSHS será notificado quanto a quaisquer alterações em qualquer declaração.

ASSINATURA DO CONTRATADO	DATA

NOME IMPRESSO DO CONTRATADO	CARGO DO CONTRATADO

Admissão do provedor individual para prestação de serviços de HCS/AAA/DDA Seção C: Certificação de Ética para funcionários públicos efetivos do estado

HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake
Part C: Ethics Certification for Current State Employees

O presente NÃO é considerado um contrato. Na Seção C são solicitadas informações para fins de refreamento de conflitos com RCW 42.52, Ética no serviço público. É vedada a expedição do contrato sem que sejam fornecidas tais informações.

É vedado aos funcionários do DSHS submeter-se ao regime de contratação como Provedor individual de serviços a clientes da ALTSA e DDA, salvo em caso de aprovação para acúmulo de cargos para funções designadas como permitidas (ex.: consultoria privada), em observância à Política administrativa nº 18.18, Acúmulo de funções. Caso o Contratado esteja de acordo com a contratação com o DSHS, o mesmo deverá notificar imediatamente o Contato do DSHS indicado na Página 1 do presente Contrato, bem como:

- A Diretoria da Divisão de HCS, caso os serviços sejam prestados a um cliente do HCS ou AAA; endereço P.O. Box 45600, Olympia WA 98504-5600; e/ou
- Subsecretário adjunto do DDA, caso os serviços sejam prestados a um cliente do DDA; endereço P.O. Box 45310, Olympia WA 98504-45310.

NOME DO CONTRATADO	NOME DO ATUAL FUNCIONÁRIO PÚBLICO / DIRIGENTE DO ESTADO
CARGO DA SUA FUNÇÃO NO ESTADO	ATUAL ENTIDADE PATRONAL ESTATAL

Certifico, pelo presente, que ambas as seguintes declarações são verdadeiras:

- Exerço atualmente o cargo de funcionário público do estado;
- Não há divergência entre meu cargo como provedor individual e o relevante cumprimento das minhas funções oficiais enquanto funcionário público do estado;

Também dou fé de uma das afirmações abaixo:

- Não receberei qualquer valor monetário ao abrigo do contrato, conforme definido em RCW 42.52.010 (20);

OU

- Estou em conformidade com RCW 42.52.030 (2);

OU

- Atendi todas as seguintes condições:
  - O contrato é legítimo e meu trabalho será desempenho em observância ao presente contrato.
  - A execução do contrato não se observa ao abrigo das minhas reais atribuições ou sob minha supervisão direta em minha função enquanto dirigente ou funcionário público do estado.
  - Não cabe a mim, à execução do contrato, divulgar informações confidenciais, bem como não serei levado a violar qualquer norma do órgão estatal relativa ao acúmulo de cargos.
  - O contrato não é executado nem reparado por qualquer pessoa da qual não possa aceitar qualquer oferta de presente (tais ofertantes de presentes desautorizados incluem todos aqueles regulados pelo DSHS).
  - O contrato não é expressamente criado ou autorizado por mim em minhas atribuições oficiais enquanto dirigente ou funcionário público do estado.

Certifico, sob pena de perjúrio, conforme indicado pelas leis do Estado de Washington, que as declarações realizadas na Certificação de Ética são verdadeiras e corretas, e que o DSHS será notificado quanto a quaisquer alterações.

ASSINATURA DO CONTRATADO	DATA
NOME IMPRESSO DO CONTRATADO	CARGO DO CONTRATADO