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

Инструкции по проведению первичного сбора информации о подрядчике-индивидуальном поставщике услуг, работающем с клиентами HCS / AAA / DDA

HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake Instructions

Индивидуальный поставщик услуг (IP) это: Лицо, работающее по контракту с Департаментом социального обеспечения и здравоохранения (DSHS), которое действует по указанию клиента DSHS, проживающего в собственном доме, и предоставляет этому клиенту персональный уход и/или краткосрочный уход взамен помощи ухаживающего лица (respite care) по условиям DDA.

Эта форма предназначена для физических, а не юридических лиц. Если вы заполняете эту форму для коммерческой организации, пожалуйста, ОСТАНОВИТЕСЬ и запросите форму Первичного сбора информации о подрядчике (Contractor Intake) от человека, который послал вам эту форму.

Заполните форму полностью и отправьте ее в:

1. Управление по вопросам предоставления услуг на дому и по месту жительства (Home and Community Services, HCS), если вы будете работать с клиентом HCS или
2. Региональное агентство по делам пожилых лиц (Area Agency on Aging, AAA), если вы будете работать с клиентом AAA или
3. Администрацию по вопросам лиц с инвалидностью вследствие нарушения развития (Development Disabilities Administration, DDA), если вы будете работать с клиентом DDA.

Часть A — Информация об индивидуальном поставщике услуг (<u>обязательна</u> для всех подрядчиков)

1. Информация о подрядчике: Имя подрядчика — это **ваше имя**, как это указано на **вашей карте социального страхования**. Если у вас есть дополнительные адреса, вы можете предоставить их на отдельном листе бумаги. Для любых дополнительных адресов, пожалуйста, не забудьте указать тип адреса (например: домашний, почтовый и т. д.).
   Идентификация: В целях идентификации вы должны предоставить оригиналы следующих документов.
   Примечание: Имена на удостоверении личности с фото и на карте социального страхования должны в целом совпадать (например, Jane Smith и Jane Lynn Smith будет считаться приемлемым совпадением, но не Janelle Lynette Smith; или Linh T. Nguyen и Linh Trang Nguyen будет считаться приемлемым совпадением, но не L. Trang Lam).
   a. Удостоверение личности с фото с неистекшим сроком действия. Сюда относится любой (1) из следующих документов:
      - Водительское удостоверение, выданное в штате Вашингтон или в другом штате, в котором заявитель проживает или проживал до недавнего времени, или
      - Удостоверение личности (Identification card) с фото заявителя, выданное в штате Вашингтон или в другом штате, в котором заявитель проживает или проживал до недавнего времени, или
      - Заграничный паспорт (Passport), или
      - Удостоверение личности военнослужащего (Military ID) или удостоверение личности члена семьи военнослужащего (military dependent ID), или
      - Карта постоянного резидента (Permanent Resident Card), или
      - Разрешение на трудоустройство (Employment Authorization Card), или
      - Удостоверение личности члена племени коренной американской народности, с фотографией (Native American tribal photo ID card) и ваша
   b. Карта в системе социального страхования. Сюда относится любой из следующих документов:
      - Карта социального страхования с вашим именем и номером в системе социального страхования, или
      - Карта социального страхования с вашим именем и номером в системе социального страхования и пометками «VALID FOR WORK ONLY WITH DHS AUTHORIZATION» или «VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION» (DSHS не может принимать карты социального страхования с пометками «недействительна в целях трудоустройства — not valid for employment»), или
      - Недавнее письмо из офиса социального страхования, с информацией о том, что вы подали заявку на получение новой карты социального страхования. В письме должно быть указано ваше имя и номер в системе социального страхования, без пометок «недействительна в целях трудоустройства — not valid for employment». Это письмо должно быть заменено копией карты социального страхования при повторном заключении договора подряда. Если это письмо недоступно, то вы должны предоставить новую копию вашей карты социального страхования перед тем, как завершить заключение договора подряда.
2. Данные о конкретном клиенте: Если вы намереваетесь оказывать услуги конкретному лицу, укажите его/ее имя здесь. Если вы являетесь клиенту родственником, укажите здесь вашу степень родства с клиентом. Например, если клиент, на которого вы работаете, является вашей матерью, то ваша степень родства с клиентом — ДОЧЬ или СЫН или РЕБЕНОК.
3. Пригодность: Индивидуальные поставщики услуг **<u>обязаны</u>** заполнить поля и следовать инструкциям, содержащимся в данном разделе. Если вы были отстранены от оказания услуг в рамках программ Medicare, Medicaid, программ по разделу XIX (Title XIX) или разделу XX (Title XX), то вы уже должны были быть внесены в список исключений Федерального управления Генерального инспектора при Департаменте здравоохранения и социального обеспечения (federal Office of Inspector General, Health and Human Services). Вы можете провести поиск исключенных лиц на сайте http://exclusions.oig.hhs.gov/.aspx.
4. Информация о лицензии. Заполните этот раздел согласно указаниям и включите сюда информацию о вашем водительском удостоверении, если это применимо.

Часть B — Информация о государственном служащем штата (обязательна для всех подрядчиков) Индивидуальный поставщик услуг не является государственным служащим штата.

1. Действующие государственные служащие штата Вашингтон: Если вашим работодателем является одно из ведомств штата, университет, колледж или муниципальный колледж (community college), ответьте «да». Служащие школьных округов, напротив, не считаются государственными служащими штата Вашингтон.
2. Бывшие государственные служащие штата Вашингтон: Если вашим работодателем было одно из ведомств штата, университет, колледж или муниципальный колледж (community college), ответьте «да». Бывшие служащие школьных округов, напротив, не считаются государственными служащими штата Вашингтон.
3. Время окончания трудоустройства в качестве государственного служащего штата Вашингтон: Укажите последнюю дату вашего трудоустройства в ведомстве штата.
4. Если вы ответили ДА на Вопрос 1 ИЛИ ваш ответ на Вопрос 2 был ДА и дата в Вопросе 3 отстоит от сегодняшнего дня менее чем на два (2) года, то вы должны заполнить и отправить также и Часть C Формы сбора первичных данных о подрядчике (Contractor Intake Form).
5. Заверьте правильность предоставленной в этой форме информации (как в Части A, так и в Части B) своей подписью и поставьте дату.

Часть C — Этическая сертификация для действующего или бывшего государственного служащего штата

Если вы являетесь действующим или бывшим государственным служащим штата Вашингтон, то вы также обязаны заполнить форму Этической сертификации (Ethics Certification), Часть C, поставить свою подпись и дату внизу и отправить форму вместе Частью A и Частью B заполненной формы сбора первичной информации о подрядчике (Contractor Intake form).

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Первичный сбор информации о подрядчике-индивидуальном поставщике услуг, работающем с клиентами HCS / AAA / DDA
Часть A: Информация о подрядчике
HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake
Part A: Contractor Specific Information

Это НЕ контракт. Часть A требует предоставления общей информации о подрядчике. Эту форму необходимо заполнить, подписать и отправить перед тем, как получить какое-либо предложение о контракте.

1. Информация о подрядчике

ПОЛНОЕ ИМЯ ПОДРЯДЧИКА (ПЕЧАТАЙТЕ ИЛИ ПИШИТЕ РАЗБОРЧИВО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) ФАМИЛИЯ ИМЯ СРЕДНИЙ ИНИЦИАЛ	ПОЛ ☐ Мужской ☐ Женский	НОМЕР В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ (ММ/ДД/ГГГГ)

УДОСТОВЕРЕНИЕ
☐ Водительское удостоверение с неистекшим сроком действия, выданное властями штата ИЛИ
☐ Удостоверение личности с фото с неистекшим сроком действия, выданное властями штата ИЛИ ☐ Другое (см 1.a.)

ДОМАШНИЙ АДРЕС ПОДРЯДЧИКА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС ПОДРЯДЧИКА (ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК (PO BOX) ИЛИ ДРУГОЕ)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

НОМЕР ТЕЛЕФОНА ПОДРЯДЧИКА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)	НОМЕР МОБИЛЬНОГО ТЕЛЕФОНА ПОДРЯДЧИКА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)	НОМЕР ФАКСА ПОДРЯДЧИКА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)

ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ ОСНОВНОЙ ЯЗЫК	ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ СПОСОБ СВЯЗИ ☐ Почта ☐ Электронная почта	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

2. Конкретный клиент

Если вы заполняете эту форму, чтобы предоставить услуги конкретному лицу, то предоставьте следующую информацию:

ПОЛНОЕ ИМЯ	ЧЛЕН СЕМЬИ ☐ Да ☐ Нет	КЕМ ВЫ ПРИХОДИТЕСЬ КЛИЕНТУ

3. Пригодность (Обязательно)

	ДА	НЕТ
a. Имелся ли какой-либо между вами и штатом Вашингтон контракт на предоставление услуг, который был расторгнут в результате невыполнения вами обязательств?	☐	☐
b. Был (-а) ли какой (-ая) либо профессиональная лицензия / сертификация / контракт, выданный (-ая) вам штатом Вашингтон отозван (-а) или временно приостановлен (-а) (сюда не относится водительское удостоверение)?	☐	☐
Если да, укажите тип лицензии / сертификата / контракта: _____		
c. Совершали ли вы когда-либо доказанные действия в плане жестокого обращения, пренебрежительного отношения, оставления без присмотра или эксплуатации в отношении несовершеннолетних или уязвимых взрослых?	☐	☐
d. Были ли вы когда-либо признаны виновным в любом тяжком преступлении или уголовном правонарушении (тяжкое преступление (felony) или судебно-наказуемый проступок (misdemeanor)) или лишены права/временно приостановлены в праве являться поставщиком услуг в рамках Medicare, Medicaid или программ обслуживания согласно Разделу XX (Title XX service programs) с начала действия этих программ (как это требуется согласно 42 CFR 455.106)?	☐	☐
e. Рассматривается ли в настоящий момент в суде какое-либо дело по обвинению вас в совершении тяжкого преступления или уголовного правонарушения (тяжкое преступление (felony) или судебно-наказуемый проступок (misdemeanor))?	☐	☐

Если вы ответили «Да» на любой из вопросов выше, приложите список с объяснением ситуации (включая даты, тип установленных фактов или преступления и окончательное решение по судебному делу).

4. Информация о лицензии

Имеете ли вы лицензию, сертификат или регистрацию от какого-либо ведомства штата Вашингтон, включая водительское удостоверение? ☐ Да ☐ НетЕсли да, заполните следующие поля:

ТИП ЛИЦЕНЗИИ	НОМЕР ЛИЦЕНЗИИ	ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ

Я заявляю, под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что вышеизложенные в форме Сбора первичной информации о подрядчике данные являются правдивыми и точными, при этом я обязуюсь уведомлять DSHS о любых изменениях.

ПОДПИСЬ ПОДРЯДЧИКА	ДАТА	ФАМИЛИЯ/ИМЯ ПОДРЯДЧИКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Первичный сбор информации о подрядчике-индивидуальном поставщике услуг, работающем с клиентами HCS / AAA / DDA
Часть B Информация о государственном служащем штата
HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake
Part B: State Employee Information

Это НЕ контракт.

В Части B требуется указать информацию, касающуюся контракта, который вы хотите заключить.

Вы должны выбрать «Да» или «Нет», чтобы ответить на следующие вопросы.

Контракт не может быть составлен без этой информации.

1. Являетесь ли вы действующим государственным служащим штата Вашингтон или служащим в университете штата или в муниципальном колледже (Community College)?
   - Служащие университета штата или муниципальных колледжей (Community College) считаются государственными служащими штата Вашингтон.
   - Служащие школьных округов НЕ считаются государственными служащими штата Вашингтон в контексте данной формы.
   - **Индивидуальные подрядчики НЕ считаются государственными служащими штата.**

   ☐ Да ☐ Нет
2. Были ли вы когда-либо трудоустроены в качестве государственного служащего штата Вашингтон?

   ☐ Да ☐ Нет
3. Если да, в каком году было завершено ваше трудоустройство в качестве служащего штата Вашингтон?

   Дата _____
4. Если ваш ответ на Вопрос 1 был «Да» ИЛИ ваш ответ на Вопрос 2 был «Да» и дата в Вопросе 3 отстоит от сегодняшнего дня менее чем на два года, то вы должны заполнить и отправить также и Часть C и отправить ее вместе с Частью A и Частью B данной формы первичного сбора данных.

Я заявляю, под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что все вышеизложенные заявления являются правдивыми и точными, при этом я обязуюсь уведомлять DSHS о любых изменениях в каждом из этих заявлений.

ПОДПИСЬ ПОДРЯДЧИКА	ДАТА

ФАМИЛИЯ/ИМЯ ПОДРЯДЧИКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ДОЛЖНОСТЬ ПОДРЯДЧИКА

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Первичный сбор информации о подрядчике-индивидуальном поставщике услуг, работающем с клиентами HCS / AAA / DDA Часть C: Этическая сертификация для действующего или бывшего государственного служащего штата

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

Это НЕ контракт. В Части C требуется указать информацию, которая позволит избежать конфликта с разделом 42.52 RCW, «Этика на государственной службе». Контракт не может быть составлен без этой информации.

Служащим DSHS запрещено выступать в роли Индивидуального Подрядчика услуг для клиентов ALTSA и DDA, кроме тех случаев, когда ими было получено одобрение на работу по совместительству, согласно Административной политике № 18.18, «Работа по совместительству» (Administrative Policy No. 18.18, Outside Employment). В случае, если Подрядчик согласится на трудоустройство в DSHS, то Подрядчик обязан немедленно уведомить контактное лицо в DSHS, указанное на 1 странице настоящего Контракта, а также следующих лиц:

- Директора Отдела HCS, если вы предоставляете услуги клиенту HCS или AAA, по адресу: P.O. Box 45600, Olympia WA 98504-5600 и/или
- Заместителя помощника Секретаря DDA, если вы предоставляете услуги клиенту DDA, по адресу: P.O. Box 45310, Olympia WA 98504-45310.

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОДРЯДЧИКА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА / ГОСУДАРСТВЕННОГО СЛУЖАЩЕГО
НАЗВАНИЕ ВАШЕЙ ДОЛЖНОСТИ НА СЛУЖБЕ ШТАТА	НАИМЕНОВАНИЕ ТЕКУЩЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ ИЗ ЧИСЛА ВЕДОМСТВ ШТАТА

Настоящим я удостоверяю, что следующие заявления являются правдивыми:

- Я являюсь действующим государственным служащим штата,
- Моя роль в качестве индивидуального поставщика услуг не вступает в конфликт с надлежащим исполнением моих должностных обязанностей в качестве государственного служащего штата,

При этом одно из перечисленного ниже является истинным:

- Я не буду получать какого бы то ни было материального вознаграждения по условиям контракта, как это определено в разделе RCW 42.52.010 (20),

ИЛИ

- Я соблюдаю положения раздела RCW 42.52.030 (2),

ИЛИ

- Я удовлетворяю всем указанным ниже условиям:
  - Данный контракт является подлинным и я действительно буду выполнять работу по условиям данного контракта.
  - Выполнение контракта не входит в мои текущие должностные обязанности или не находится под моим прямым руководством в качестве должностного лица или государственного служащего штата.
  - Выполнение этого контракта не потребует от меня раскрывать какую бы то ни было конфиденциальную информацию или нарушать любые правила государственных ведомств, касающиеся работы по совместительству.
  - Контракт не выполняется в отношении кого-либо, от кого мне запрещено принимать подарки (в число запрещенных дарителей входят все лица, которые регулируются DSHS) и я также не получаю какой-либо компенсации от таких лиц.
  - Контракт не был специально создан или утвержден мной в качестве официального должностного лица или государственного служащего штата.

Я заявляю, под страхом наказания за лжесвидетельство по законам штата Вашингтон, что все заявления, сделанные в этой Этической сертификации, являются правдивыми и точными, при этом я обязуюсь уведомлять DSHS о любых изменениях.

ПОДПИСЬ ПОДРЯДЧИКА	ДАТА
ФАМИЛИЯ/ИМЯ ПОДРЯДЧИКА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ДОЛЖНОСТЬ ПОДРЯДЧИКА