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

# Hướng Dẫn Tiếp Nhận Thông Tin Nhân Viên Hợp Đồng Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân HCS / AAA / DDA

## HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake Instructions

Một **Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân (IP)** là: Một người làm việc theo hợp đồng với Bộ Y Tế và Xã Hội (DSHS), họ làm theo hướng dẫn của một thân chủ DSHS đang sống trong nhà của riêng mình và cung cấp cho thân chủ đó dịch vụ chăm sóc cá nhân và/hoặc chăm sóc thay thế DDA.

Mẫu đơn này dành cho các cá nhân và không phải cho các đơn vị kinh doanh. Nếu quý vị đang hoàn tất mẫu đơn này dành cho một đơn vị kinh doanh, xin NGƯNG LẠI và yêu cầu một mẫu đơn Thu Nhận Nhân Viên Hợp Đồng từ người đã gởi cho quý vị mẫu đơn này.

Hoàn tất toàn bộ mẫu đơn và gởi lại cho:

1. Sở Dịch Vụ Gia Đình và Cộng Đồng (HCS) nếu quý vị sẽ làm việc cho một thân chủ của HCS, hoặc
2. Cơ Quan Phụ Trách Người Cao Tuổi Trong Khu Vực (AAA) nếu quý vị sẽ làm việc cho một thân chủ của AAA, hoặc
3. Phòng Hành Chánh Trợ Giúp Phát Triển Cho Người Tàn Tật (DDA) nếu quý vị sẽ làm việc cho một thân chủ của DDA.

**Phần A – Thông Tin Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân (<u>Bắt buộc</u> đối với tất cả Nhân Viên Hợp Đồng)**

1. Thông Tin Nhân Viên Hợp Đồng: Tên Nhân Viên Hợp Đồng là **tên quý vị** khi nó xuất hiện trên **thẻ An Sinh Xã Hội của quý vị.** Nếu quý vị có thêm địa chỉ, quý vị có thể trình nộp các địa chỉ này trên một tờ giấy riêng. Đối với bất kỳ địa chỉ bổ sung nào, xin bảo đảm quý vị phải dán nhãn loại địa chỉ (ví dụ: nhà, gởi thư, v.v.).

   Nhận Dạng: Quý vị phải cung cấp các bản gốc của giấy tờ sau đây vì mục đích nhận dạng.

   Lưu ý: Tên trên ID có hình và thẻ SS phải trùng khớp hợp lý (nghĩa là Jane Smith và Jane Lynn Smith là trùng khớp có thể chấp nhận nhưng không phải là Janelle Lynette Smith; hoặc Linh T. Nguyen và Linh Trang Nguyen là trùng khớp hợp lý có thể chấp nhận nhưng không phải là L. Trang Lam).

   a. ID có hình chưa hết hạn. Bao gồm bất kỳ một (1) trong số các giấy tờ sau đây:
      - Bằng lái xe được cấp bởi tiểu bang Washington hoặc một tiểu bang khác mà người nộp đơn cư trú hay cư trú mới đây; hoặc
      - Thẻ căn cước, bao gồm hình của người nộp đơn, được cấp bởi tiểu bang Washington hoặc một tiểu bang khác mà người nộp đơn cư trú hay cư trú mới đây; hoặc
      - Hộ chiếu; hoặc
      - ID quân nhân hay ID người phụ thuộc của quân nhân; hoặc
      - Thẻ Thường Trú Nhân; hoặc
      - Giấy Phép Lao Động; hoặc
      - Thẻ Căn Cước có hình của bộ lạc Thổ Dân Da Đỏ; và

   b. Thẻ An Sinh Xã Hội. Bao gồm bất kỳ một trong số các giấy tờ sau đây:
      - Thẻ SS hiển thị tên và số An Sinh Xã Hội của quý vị, hoặc
      - Thẻ SS hiển thị tên và số An Sinh Xã Hội của quý vị và ghi chú "CHỈ ĐƯỢC QUYỀN LÀM VIỆC NẾU CÓ GIẤY PHÉP CỦA DHS" hoặc "CHỈ ĐƯỢC QUYỀN LÀM VIỆC NẾU CÓ GIẤY PHÉP CỦA INS" (DSHS không thể chấp nhận thẻ SS mà ghi chú "không có giá trị làm việc"), hoặc
      - Một thư báo gần đây của văn phòng SS cho biết rằng quý vị đã nộp đơn xin thẻ SS mới. Thư phải gồm có tên và số SS của quý vị và không thể ghi "không có giá trị làm việc". Thư này sẽ thay thế một bản sao của thẻ SS lúc ký hợp đồng lại. Nếu thư này không sẵn có, quý vị phải cung cấp bản sao mới của thẻ SS của quý vị trước khi có thể hoàn tất việc ký hợp đồng.

2. Thông Tin Thân Chủ Cụ Thể: Nếu quý vị dự định cung cấp các dịch vụ cho một cá nhân cụ thể, hãy nêu rõ tên của họ ở đây. Nếu quý vị có liên quan với Thân Chủ, hãy nêu rõ mối quan hệ của quý vị với Thân Chủ ở đây. Ví dụ: nếu thân chủ mà quý vị đang phục vụ là mẹ của mình, mối quan hệ của quý vị với thân chủ là CON GÁI hoặc CON TRAI hay CON.
3. Sự phù hợp: Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân **<u>phải</u>** hoàn tất và thực hiện theo các hướng dẫn có trong mục này. Nếu quý vị đã bị đình chỉ hoặc ngăn cấm cung cấp các dịch vụ theo chương trình Medicare, Medicaid, Tiêu Đề XIX hoặc Tiêu Đề XX thì đáng lẽ quý vị phải bị đưa vào danh sách loại trừ của Văn Phòng Tổng Thanh Tra liên bang, Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh. Quý vị có thể tìm kiếm các cá nhân bị loại trừ tại http://exclusions.oig.hhs.gov/.aspx.
4. Thông Tin Giấy Phép. Hoàn tất mục này như được hướng dẫn và bao gồm thông tin bằng lái xe của quý vị nếu có.

**Phần B – Thông Tin Nhân Viên Tiểu Bang (Bắt buộc đối với tất cả Nhân Viên Hợp Đồng). Một Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân không phải là một Nhân Viên Tiểu Bang.**

1. Nhân Viên Tiểu Bang Washington Hiện Tại: Nếu quý vị được cơ quan tiểu bang, trường đại học, trường cao đẳng hoặc cao đẳng cộng đồng thuê mướn, hãy đánh dấu có. Nhân viên khu học chánh, tuy nhiên, không được xem là một nhân viên Tiểu Bang Washington.
2. Nhân Viên Tiểu Bang Washington Trước Đây: Nếu quý vị đã được cơ quan tiểu bang, trường đại học, trường cao đẳng hoặc cao đẳng cộng đồng thuê mướn, hãy đánh dấu có. Nhân viên khu học chánh trước đây, tuy nhiên, không được xem là một nhân viên Tiểu Bang Washington.
3. Ngày Chấm Dứt Việc Làm Của Tiểu Bang Washington: Liệt kê ngày sau cùng được thuê bởi cơ quan.
4. Nếu quý vị đã trả lời CÓ cho Câu Hỏi 1 HOẶC trả lời của quý vị cho Câu Hỏi 2 là CÓ và ngày cho Câu Hỏi 3 là trong vòng hai (2) năm qua, quý vị phải hoàn tất cũng như trình nộp Phần C của Mẫu Đơn Thu Nhận Nhân Viên Hợp Đồng.
5. Chứng thực thông tin được cung cấp trong mẫu đơn này (cả Phần A và B) là chính xác cùng với chữ ký và ngày của quý vị.

**Phần C – Chứng Nhận Đạo Đức đối với Nhân Viên Tiểu Bang Hiện Tại hoặc Trước Đây**

Nếu quý vị là một nhân viên Tiểu Bang Washington hiện tại hoặc trước đây, quý vị cũng phải hoàn tất mẫu đơn Chứng Nhận Đạo Đức (Phần C), ký và đề ngày ở dưới, và gởi lại mẫu đơn này cùng với Phần A và B của mẫu đơn Thu Nhận Nhân Viên Hợp Đồng đã hoàn tất.

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

# Tiếp Nhận Thông Tin Nhân Viên Hợp Đồng
# Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân HCS / AAA / DDA
# Phần A: Thông Tin Nhân Viên Hợp Đồng Cụ Thể

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

Đây KHÔNG phải là một hợp đồng. Phần A yêu cầu thông tin chung về nhân viên hợp đồng. Mẫu đơn này phải được hoàn tất, ký tên và trình nộp trước khi bất kỳ hợp đồng nào được cung cấp.

### 1. Thông Tin Nhân Viên Hợp Đồng

| TÊN NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG (XIN VIẾT IN RÕ RÀNG)<br>HỌ TÊN TÊN LÓT | GIỚI TÍNH<br>☐ Nam<br>☐ Nữ | SỐ AN SINH XÃ HỘI | NGÀY SINH (MM/DD/YYYY) |
|---|---|---|---|

NHẬN DẠNG
☐ Bằng Lái Xe Tiểu Bang Chưa Hết Hạn HOẶC ☐ Thẻ Căn Cước Có Hình Do Tiểu Bang Cấp Chưa Hết Hạn HOẶC ☐ Khác (xem 1.a.)

| ĐỊA CHỈ NHÀ CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ VÙNG |
|---|---|---|---|
| ĐỊA CHỈ GỞI THƯ CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG (PO BOX HOẶC KHÁC) | THÀNH PHỐ | TIỂU BANG | MÃ VÙNG |

| SỐ ĐIỆN THOẠI CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG (BAO GỒM MÃ VÙNG) | SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG (BAO GỒM MÃ VÙNG) | SỐ FAX CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG (BAO GỒM MÃ VÙNG) |
|---|---|---|
| NGÔN NGỮ CHÍNH THƯỜNG DÙNG | PHƯƠNG TIỆN LIÊN LẠC THƯỜNG DÙNG<br>☐ Thư ☐ Email | ĐỊA CHỈ E-MAIL |

### 2. Thân Chủ Cụ Thể

Nếu quý vị đang hoàn tất mẫu đơn này để cung cấp các dịch vụ cho một người cụ thể, xin cung cấp thông tin sau đây:

| TÊN | THÀNH VIÊN GIA ĐÌNH<br>☐ Có ☐ Không | MỐI QUAN HỆ CỦA QUÝ VỊ VỚI THÂN CHỦ |
|---|---|---|

### 3. Sự phù hợp (Bắt buộc)

| | CÓ | KHÔNG |
|---|---|---|
| a. Quý vị đã có bất kỳ hợp đồng Tiểu Bang Washington nào bị chấm dứt vì vắng mặt? | ☐ | ☐ |
| b. Quý vị đã có bất kỳ giấy phép / chứng nhận / hợp đồng chuyên môn được cấp phát bởi Tiểu Bang Washington bị thu hồi hoặc đình chỉ (không bao gồm bằng lái xe)? | ☐ | ☐ |
| Nếu có, loại giấy phép / chứng nhận / hợp đồng: _____ | | |
| c. Quý vị đã bao giờ có một sự việc được xác nhận về ngược đãi, bỏ bê, ruồng bỏ hoặc khai thác một trẻ nhỏ hoặc người lớn yếu thế? | ☐ | ☐ |
| d. Quý vị đã bao giờ bị kết án về bất kỳ tội nào nghiêm trọng hay hình sự (trọng tội hoặc khinh tội) hoặc đã bị đình chỉ hoặc ngăn cấm là một nhân viên phục vụ cho chương trình dịch vụ Medicare, Medicaid hoặc Tiêu Đề XX kể từ khi bắt đầu các chương trình đó (được quy định theo 42 CFR 455.106)? | ☐ | ☐ |
| e. Quý vị hiện có bất kỳ cáo buộc nào chưa xử về bất kỳ tội nào nghiêm trọng hay hình sự (trọng tội hoặc khinh tội)? | ☐ | ☐ |

Nếu quý vị đã trả lời "Có" cho bất kỳ câu hỏi nào trên đây, xin kèm theo một danh sách có giải thích về tình huống liên quan (bao gồm ngày, loại sự việc được xác nhận hoặc tội phạm và quyết định xử lý cuối cùng về cáo buộc).

### 4. Thông Tin Giấy Phép

Quý vị có được cấp phép, chứng nhận hoặc đăng ký bởi bất kỳ cơ quan nào của Tiểu Bang Washington, bao gồm bằng lái xe?
☐ Có ☐ Không Nếu có, xin hoàn tất các mục sau đây:

| LOẠI GIẤY PHÉP | SỐ GIẤY PHÉP | NGÀY HẾT HẠN |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**Tôi cam kết, dưới mọi hình phạt khai man, theo luật lệ của Tiểu Bang Washington, rằng tất cả thông tin trong mẫu đơn Thu Nhận Nhân Viên Hợp Đồng là đúng sự thật và tôi sẽ thông báo cho DSHS về bất kỳ thay đổi nào.**

| CHỮ KÝ CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG NGÀY | TÊN VIẾT IN CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG |
|---|---|

# Tiếp Nhận Thông Tin Nhân Viên Hợp Đồng
# Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân HCS / AAA / DDA
# Phần B: Thông Tin Nhân Viên Tiểu Bang
## HCS / AAA / DDA Individual Provider Contractor Intake
## Part B: State Employee Information

Đây KHÔNG phải là một hợp đồng.

**Phần B yêu cầu thông tin cụ thể về hợp đồng mà quý vị muốn ký kết.**

Quý vị phải đánh dấu "Có" hoặc "Không" để trả lời các câu hỏi sau đây.

Một hợp đồng không thể được đưa ra mà không thông tin này.

1. Quý vị có là một nhân viên Tiểu Bang Washington hiện tại hoặc một nhân viên của Trường Đại Học Công Lập hay Cao Đẳng Cộng Đồng?
   - Nhân viên của Đại Học Công Lập và Cao Đẳng Cộng Đồng được xem như là nhân viên Tiểu Bang Washington.
   - Nhân Viên Khu Học Chánh KHÔNG được xem là một nhân viên Tiểu Bang Washington trong ngữ cảnh này.
   - **Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân KHÔNG được xem là Nhân Viên Tiểu Bang**.

   ☐ Có ☐ Không
2. Quý vị đã bao giờ được thuê mướn bởi Tiểu Bang Washington?

   ☐ Có ☐ Không
3. Nếu có, việc làm của chúng tôi đã chấm dứt với Tiểu Bang Washington vào năm nào?

   Ngày _____
4. Nếu trả lời của quý vị cho Câu Hỏi 1 trên đây là "Có" hoặc trả lời của quý vị cho Câu Hỏi 2 là "Có" và ngày trong Câu Hỏi 3 là trong vòng hai năm qua, quý vị phải điền vào Phần C và gởi lại cùng với Phần A và B của mẫu đơn thu nhận này.

**Tôi cam kết, dưới mọi hình phạt khai man, theo luật lệ của Tiểu Bang Washington, rằng tất cả lời khai đã nói ở trên là đúng sự thật và tôi sẽ thông báo cho DSHS về mọi thay đổi trong bất kỳ báo cáo nào.**

| CHỮ KÝ CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG | NGÀY |
|---|---|
| | |

| TÊN VIẾT IN CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG | CHỨC DANH CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG |
|---|---|
| | |

# Tiếp Nhận Thông Tin Nhân Viên Hợp Đồng
# Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân HCS / AAA / DDA
# Phần C: Chứng Nhận Đạo Đức đối với Nhân Viên Tiểu Bang Hiện Tại

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

Đây KHÔNG phải là một hợp đồng. Phần C yêu cầu thông tin để tránh mâu thuẫn với 42.52 RCW, Đạo Đức Trong Dịch Vụ Công Cộng. Một hợp đồng không thể được đưa ra mà không thông tin này.

Nghiêm cấm nhân viên DSHS ký hợp đồng là một Nhân Viên Phục Vụ Chăm Sóc Cá Nhân đối với các dịch vụ dành cho thân chủ ALTSA và DDA, trừ khi có sự chấp thuận về việc thuê lao động ngoài đã được cho phép, theo Chính Sách Hành Chánh Số 18.18, Thuê Lao Động Ngoài. Trong trường hợp mà Nhân Viên Hợp Đồng chấp nhận việc làm với DSHS, Nhân Viên Hợp Đồng phải thông báo ngay lập tức cho người liên hệ của DSHS được liệt kê ở Trang 1 của Hợp Đồng này, cũng như sau đây:

- Giám Đốc của HCS, nếu quý vị đang cung cấp các dịch vụ cho một thân chủ của HCS hoặc AAA; địa chỉ là P.O. Box 45600, Olympia WA 98504-5600; và/hoặc
- Phó Trợ Lý Thư Ký của DDA, nếu quý vị đang cung cấp các dịch vụ cho một thân chủ của DDA; địa chỉ là P.O. Box 45310, Olympia WA 98504-45310.

| TÊN CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG | TÊN VIÊN CHỨC TIỂU BANG / NHÂN VIÊN TIỂU BANG HIỆN TẠI |
|---|---|
| CHỨC VỤ VIỆC LÀM TIỂU BANG CỦA QUÝ VỊ | SỞ LÀM TIỂU BANG HIỆN TẠI |

Do đó, tôi chứng thực rằng cả hai nhận định sau đây là sự thật:

- Tôi là một nhân viên tiểu bang hiện tại;
- Vai trò của tôi là một nhân viên phục vụ chăm sóc cá nhân không khác với việc thực hiện phù hợp các nhiệm vụ chính thức của tôi là một nhân viên tiểu bang;

**Và một trong số các mục sau đây cũng là sự thật:**

- Tôi sẽ không nhận bất kỳ thứ nào có giá trị kinh tế theo hợp đồng được quy định trong RCW 42.52.010 (20);

**HOẶC**

- Tôi đã tuân thủ theo RCW 42.52.030 (2)**;**

**HOẶC**

- Tôi đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây:
  - Hợp đồng là thật và tôi sẽ thực sự thực hiện công việc theo hợp đồng.
  - Việc thực hiện hợp đồng không nằm trong quá trình thực hiện nhiệm vụ của tôi hoặc dưới sự giám sát trực tiếp của tôi trong khả năng là một viên chức hoặc nhân viên tiểu bang của tôi.
  - Việc thực hiện hợp đồng sẽ không yêu cầu tôi tiết lộ bất kỳ thông tin mật nào hoặc làm cho tôi vi phạm bất kỳ luật lệ nào của cơ quan tiểu bang liên quan đến việc thuê lao động ngoài.
  - Hợp đồng này không được thực hiện mà cũng không được bồi thường bởi người nào đó mà tôi bị nghiêm cấm nhận quà từ họ (những người cho tặng quà cấm này bao gồm tất cả những người được quy định bởi DSHS).
  - Hợp đồng này không phải là một hợp đồng do tôi lập ra hoặc cho phép tuyệt đối trong khả năng chính thức của tôi là một viên chức hoặc nhân viên tiểu bang.

**Tôi cam kết, dưới mọi hình phạt khai man, theo luật lệ của Tiểu Bang Washington, rằng tất cả lời khai trong Chứng Nhận Đạo Đức này là đúng sự thật và tôi sẽ thông báo cho DSHS về bất kỳ thay đổi nào.**

| CHỮ KÝ CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG | NGÀY |
|---|---|
| TÊN VIẾT IN CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG | CHỨC DANH CỦA NHÂN VIÊN HỢP ĐỒNG |