

## ПРОГРАММА ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS) ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ПОМОЩИ

### **ИНСТРУКЦИИ:**

- Пользуйтесь черными или синими чернилами. Пишите разборчиво.
- Вы (или ваш уполномоченный представитель) должны заполнить ЧАСТЬ А этой формы, чтобы известить округ, кого вы выбрали для предоставления вам разрешенной помощи.
- Если у вас несколько поставщиков услуг, вы должны заполнить отдельную форму на каждое лицо, оказывающее вам услуги по дому.
- Вы должны подписать раздел соглашения (ЧАСТЬ С) этой формы.
- Пожалуйста, верните округу заполненную и подписанную форму. Округ оставит себе оригинал формы и даст вам копию.

### ЧАСТЬ А. НАЗНАЧЕНИЕ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ПОМОЩИ

1. Имя получателя услуг:	
2. Номер дела IHSS в округе:	
3. Имя поставщика услуг:	
4. Адрес поставщика услуг:	
Город, Штат, почтовый индекс:	
5. Номер телефона поставщика услуг:	
6. Дата рождения поставщика услуг	
7. Номер SSI поставщика услуг*:	
8. Пол (отметьте квадрат):	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
9. Родственное отношение поставщика к получателю услуг(если есть):	<input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Супруг(а)/Сожитель(ница) <input type="checkbox"/> Представитель интересов <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Другое _____
10. Дата начала работы поставщика:	

\*ПРИМЕЧАНИЕ: Запрос номера социального страхования (Social Security Number) требуется по акту реформы иммиграции и контроля от 1986 года, Государственное право 99-603 (8 USC 1324a), для подтверждения идентификации личности и разрешения на работу в США.

Я выбрал лицо, указанное выше, предоставлять мне услуги программы IHSS. Это лицо будет предоставлять некоторые или все услуги, разрешенные округом.

**ЧАСТЬ В. СОГЛАШЕНИЕ ПОЛУЧАЮЩЕГО УСЛУГИ****Я ПОНИМАЮ И СОГЛАСЕН, ЧТО:**

- Лицо, которое я выбрал для предоставления мне услуг, не может получить оплату от Федерации и/или Штата, за предоставление мне услуг, пока он/она не выполнит все требования, необходимые для регистрации. Эти требования включают в себя заполнение, подпись и сдача (лично) форму регистрации поставщика услуг (SOC 426), снятие отпечатков пальцев и проверку криминального прошлого, завершения тренировки поставщика услуг и сдачи формы договора поставщика услуг (SOC 846).
- Округ пришлет мне извещение, сообщающее если лицо, которое я выбрал поставщиком услуг, не выполнит требования для регистрации поставщика услуг или если он/она не имеют право предоставлять услуги программы IHSS.
- Если я решу, чтобы это лицо предоставляло мне услуги до того, как он/она закончит регистрацию в программе IHSS и округ пришлет мне извещение о том, что он/она не имеют право на предоставление услуг программы IHSS, мне придется оплатить за услуги по уходу, предоставленные до того, как было определено, что это лицо не имеет право на предоставление услуг, из моих личных денег а также за услуги, предоставленные после того, как я получу извещение.
- Ни округ ни штат не могут быть ответственны за любые требования или потери вызванные выше-упомянутым лицом, которое я решаю нанять для предоставления услуг программы IHSS. Я обязуюсь оградить от ущерба штат и округ, их служащих, агентов и работников, и принять ответственность за все и любые требования и/или потери любому лицу, вызванные указанным лицом, которого я нанял для предоставления услуг IHSS.
- Округ может предоставить информацию о разрешенных мне услугах и количестве часов, отведенных на это лицу, предоставляющему мне услуги. Округ вышлет лицу, присматривающему за мной, извещение с указанием разрешенных мне услуг и времени, отведенному на это (SOC 2271).
- Общее количество разрешенных мне часов будет разделено на 4, чтобы определить максимальное количество рабочих часов в неделю. Максимальное количество часов в неделю является ориентиром рабочих часов, которое поставщик услуг может присматривать за мной в течение недели. Однако, с учетом того, что в большинстве месяцев немного больше, чем 4 недели, я вместе с поставщиком услуг буду распределять часы ухода за мной на весь месяц, чтобы я получал необходимые услуги в течение всего месяца.
- Иногда может потребоваться, чтобы присматривающий за мной работал больше, чем максимально разрешенное количество часов. Я должен запросить разрешение округа, чтобы изменить максимально разрешенное количество часов только, если изменение требует присматривающего за мной работать:
  1. Больше сверхурочных часов в месяц, чем он/она должны работать.

2. Больше, чем 40 часов для меня в течение рабочей недели, если разрешенные часы рабочей недели 40 часов или меньше.
- Если исключение для меня не будет утверждено, присматривающий за мной нарушит правила, работая больше часов, чем разрешено.
  - Я **никогда** не могу разрешить присматривающему за мной работать больше часов в месяц, чем это разрешено. Поэтому, если я разрешаю присматривающему за мной работать больше часов в одну неделю, я должен сократить его рабочие часы в другую неделю месяца.
  - Если присматривающий за мной, присматривает за кем-либо еще, максимальное количество часов, которое он/она может запросить за рабочую неделю, за все время, которое он/она предоставлял услуги по присмотру, всего может быть **66 часов**. Я **должен составить рабочее расписание для моего присматривающего, чтобы определить, сколько часов он/она будет ухаживать за мной в течение недели, чтобы удостовериться, что он/она не будут работать больше, чем 66 часов**. Я получу извещение о максимуме рабочих часов в неделю (SOC 2271A), в котором будет указана информация о максимальном количестве часов, чтобы я мог составить расписание работы. Для этого, присматривающий за мной сколько часов он/она может работать на меня в неделю. Если присматривающий за мной не может работать все предназначенные мне часы, я должен нанять дополнительного присматривающего. **Если мне нужна помощь найти и нанять другого присматривающего, я могу позвонить в IHSS, чтобы найти зарегистрированного присматривающего или позвонить в окружной отдел IHSS.**
  - Округ будет присылать мне извещение каждый раз, когда присматривающий за мной будет нарушать правила. Если присматривающий нарушит правила три раза, он/она будет отстранен от работы в IHSS на три месяца. Если он/она нарушит правила после трех-месячного отстранения от работы, ему/ей будет запрещено предоставлять услуги по присмотру в течение одного года.

### ЧАСТЬ С. ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ

**Я понимаю и согласен выполнять все требования, указанные в этой форме.**

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ:	ДАТА:
---------------------	-------

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:	ДАТА:
--	-------

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:

### FOR COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

WORKER NAME:	DATE:
--------------	-------