Washington State Department of Social & Health Services

AGING AND LONG-TERM SUPPORT ADMINISTRATION (ALTSA)
DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

Potvrda mojih odgovornosti kao poslodavca mojih individualnih pružalaca usluga

Acknowledgement of My Responsibilities As The Employer of My Individual Providers

Kad odaberem da primim usluge individualnog pružatelja usluga (Individual Provider, IP) kojeg plaća Ministarstvo za socijalne i zdravstvene usluge (Department of Social and Health Services, DSHS) moje odgovornosti kao poslodavca individualnog pružatelja usluga su sljedeće:

- Odabir i zapošljavanje kvalificiranog IP-a.
- Kontrola svakodnevnog rada i aktivnosti mog IP-a. Iako moj IP ima ugovor sa DSHS-om, DSHS ne može nadgledati svakodnevni rad i aktivnosti mog IP-a.
- Obezbjeđivanje zaštitnih rukavica za mog IP-a koji će ih koristiti kada prilikom pružanja osobne njege koristi ruke.
  - Imate pravo dobiti 200 pari rukavica mjesečno na temelju beneficija od Apple Health (Medicaid). Ako je medicinski neophodno, možete imati pravo na dobijanje i više od 200 pari rukavica mjesečno.
    - Ako ste klijent iz mreže upravljane njege Apple Health-a (Medicaid), i imate jedan od sljedećih planova zdravstvene zaštite: Amerigroup, Community Health Plan of Washington, Coordinated Care Corporation, Molina Healthcare of Washington, Inc. i United Healthcare Community Plan, obratite se službeniku iz svog plana zdravstvene zaštite kako bi vam naručio rukavice. Pogledajte brošuru „How To Obtain Non-Sterile Gloves for Your Personal Caregivers“ (Kako dobiti rukavice za svog osobnog njegovatelja) kako biste pronašli informacije za kontakt u svom planu zdravstvene zaštite.
    - Ako niste klijent iz mreže upravljane njege Apple Health-a (Medicaid), pozovite dobavljača DME (Durable medical equipment – trajna medicinska oprema) sa spiska na web stranici Uprave zdravstvene zaštite (Health Care Authority) na http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Documents/ffs_providers_non_sterile_gloves.pdf ILI pozovite svog liječnika opšte prakse ILI pozovite Centar zdravstvene službe na 1-800-562-3022. Ovaj broj se nalazi na poleđini vaše plave kartice za zdravstvenu zaštitu. Za više informacija o dobijanju rukavica posjetite web stranicu Uprave zdravstvene zaštite na http://www.hca.wa.gov/medicaid/dme/Pages/default.aspx.
- Dobijanje informacija o podobnosti mog IP-a za rad u Sjedinjenim Državama putem:
  - Uzimanja obrasca I-9 i čuvanja istog u mojoj arhivi.
    - Za više informacija pogledajte web stranu Homeland Security USCISI-1 ili pozovite 1-888-464-4218.
- Verificiranje sati jer moj individualni pružatelj usluga šalje obračun DSHS-u potpisujući vremenske tabele svakog mjeseca. Moj IP je odgovoran da mi obezbijedi kopije vremenskih tabela, a moj rukovoditelj slučaja (Case manager) može zatražiti uvid u primjerke tih vremenskih tabela.
- Prestanak primanja usluga od mog IP-a i biranje drugog pružatelja usluga po potrebi.
- Ugovaranje radnog rasporeda, pronalazak rezervnog IP-a po potrebi i zamjena IP-a koji napušta radno mjesto.
- Obavještavanje državnih i saveznih poreskih agencija o uplatama participacije za osobnu njegu ako sam:
  - primio/la uslugu putem usluga za domove i zajednice (Home and Community Services) ili od svoje lokalne agencije za stara lica (Area Agency on Aging, AAA), i
  - zaposlio/la sam IP-a, i
  - platio/la participaciju za usluge osobne njege.
    - Za informacije o porezu, kontaktirajte poresku službu (IRS) na telefon 1-800-829-1040 ili odjel za sigurnost zaposlenosti države Washington (Department of Employment Security) na telefon 1-888-836-1900.

- Kontaktiraću sa svojim rukovoditeljem slučaja ako:
  - Imam bilo kakvih nedoumica o svom individualnom programu usluga ili o kvalitetu njege koju dobijam od svog IP-a.
  - Ne dobijam usluge koje za koje moj IP šalje račune.
  - Ne primam usluge potvrđene u mom programu usluge.
  - Odlučim promijeniti ili dodati pružatelja usluga.

DSHS nije odgovoran za zadržavanje uplata ili plaćanje poreza na dohodak za mog IP-a, osim u slučaju da je tako odredio moj IP. Kao izvor plaćanja, DSHS je odgovoran za zadržavanje uplata i uplate poreza socijalnog osiguranja i Medicare-a (FICA) kao i za plaćanje saveznih i državnih poreza za nezaposlenost (FUTA/SUTA) osim u slučaju da je IP moj roditelj ili moje dijete starosne dobi od 18 do 21 godine.

Ja imam pravo na administrativno saslušanje (Administrative Hearing) ako DSHS okonča ugovor s mojim individualnim pružateljem usluga.

Ja mogu koristiti usluge Registra za upućivanje na kućnu njegu (Home Care Referral Registry, HCRR) radi pomoći za pronalaženje već provjerenih i kvalificiranih IP-a i radi pomoći za unajmljivanje i zadržavanje individualnih pružatelja usluga. Ova usluga je dostupna u većini oblasti ove države. HCRR mogu kontaktirati putem telefona na 1-800-970-5456 ili mu mogu pristupiti na: http://www.hcrr.wa.gov/.

Moj pružatelj usluga mora proći i provjeru biografskih podataka i od strane Washington State Patrol i provjeru putem otisaka prsta čime FBI vrši provjeru.

Kao poslodavac svog individualnog pružatelja usluga imam dvije mogućnosti:

1) **Mogu zaposliti svoj pružatelja usluga nakon inicijalne provjere kandidata od strane države Washington.** Inicijalni državni pregled provjerava (1) kaznene evidencije o kažnjavanju uz pomoć Washington State Patrol, (2) evidencije u bazi podataka suda države Washington i (3) rezultate u registrima koje vode državne agencije Washingtona. Svog IP-ja mogu zaposliti na do 120 dana dok čekam na rezultate provjere kandidata na osnovu otiska prsta.

   (ILI)

2) **Umjesto toga mogu sačekati na završetak provjere kandidata na temelju otiska prsta prije unajmljivanja svog pružatelja usluga.** Provjera kandidata na osnovu otiska prsta od strane FBI-ja uključuje provjeru kaznenih evidencija u drugim državama.

Prije nego što zaposlim individualnog pružatelja usluga, o svom izboru da ga privremeno zaposlim ću obavijestiti svog voditelja slučaja ili ću sačekati na završetak provjere na temelju otiska prsta. Ako zaposlim svog pružatelja prije nego što stignu rezultati o otisku prsta, a ispostavi se da je moj pružatelj diskvalificiran zbog rezultata provjere otiska, prihvatam da će ugovor s mojim pružateljem biti poništen i da neće biti narednih isplata.

POTPIS KLIJENTA / PRAVNOG ZASTUPNIKA*	DATUM	IDENTIF. BROJ KLIJENTA

ŠTAMPANO IME KLIJENTA / PRAVNOG ZASTUPNIKA