شماره ارائه دهنده

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM

هفته کار ارائه دهنده و قرار داد زمان سفر

(توسط ارائه دهنده ای تکمیل شود که او خدمات مجاز را به چندین گیرنده ارائه می دهد)

نام ارائه دهنده:	شماره ارائه دهنده:

بخش A. برنامه هفته کار

الزامات ارائه دهنده:

- قانون دولت (Welfare and Institutions Code بخش 12300.4) ارائه دهندگان را در برنامه های IHSS و Waiver Personal Care Services (WPCS) برای کار کردن حد اکثر ساعات مجاز هفتگی برای ارائه کار IHSS و WPCS را محدود می سازد.ارائه دهنده که برای چندین گیرنده کار می کند به ارائه 66 ساعت در هفته محدود شده است.
- چنان که در قسمت B از این فرم تشریح شده است حداکثر کاردر هر هفته کاری شامل زمان سفر نمی شود. هفته کار در 12:00 a.m (نیمه شب) در روز یکشنبه شروع می شود و در 11:59 p.m بعد از ظهر در شنبه بعد به پایان می رسد.
- خدمات دریافت کنندگان به صورت ماهانه مجاز می باشد و بر اساس قانون دولت، یک مقدار مجموعه ای از این خدمات به صورت هفتگی محدود شده ودریافت می شود. شما یک اعلانی را دریافت می کنید که در آن به شما می گوید چند ساعت خدمات مجاز هر یک از دریافت کنندگان خود هفتگی و ماهانه دریافت می کند. شما ممکن است که هرگز بیش از ساعات مجاز ماهانه گیرنده برای دریافت کننده کار نکنید. با این حال، شما ممکن است که بیش از ساعات مجاز گیرنده در شرایط خاص کار کنید. دریافت کننده ممکن است ساعت مجاز هفتگی خود را تنظیم کند، اما او باید از شهرستان تاییدیه بگیرد اگر تنظیم باعث شود که هر دو ارائه ساعات اضافه کاری بیشتر در ماه از ارائه دهنده به طور معمول کار کنند و یا کار بیش از 40 ساعت در هر هفته برای او (زمانی که، او مجاز به دریافت 40 ساعت یا کمتر در خدمات در یک هفته کاری می باشد).
- این مسئولیت شما به عنوان یک ارائه دهنده است که:

  مطمئن شوید که کل ساعت کار ترکیبی شما برای ارائه خدمات مجاز تمام دریافت کنندگان شما برای یک هفته کار بیش از 66 ساعت در یک هفته کاری نیست.

  مطمئن شوید ساعاتی را که شما کار می کنید برای ارائه خدمات به هر یک از دریافت کنندگان خود بیش از ساعات مجاز هفتگی دریافت کننده نیست، مگر اینکه ساعات به درستی تنظیم شود.

PROVIDER NUMBER

مطمئن شوید که اگر یکی از دریافت کنندگان شما ساعات مجاز هفتگی خود را برای شما تنظیم می کند بطوری که شما بیش از مقدار مجاز معمولی کار کنید چنانچه شما ساعات کمتری در هفته پیش یا هفته بعد کار کنید مطمئن شوید که شما بیش از ساعات مجاز ماهانه کار نکنید و یا معمولاً در ماهی که شما اضافه کاری بیشتری خواهید کرد.

- اگر شما یک برنامه زمانی را ارائه دادید و در برنامه هفته کار هر یک از روش های زیر را نقض کنید، شما یک نقض دریافت می کنید:

شما بیش از 40 ساعت در یک هفته بدون تایید شهرستان برای یک گیرنده اگر او به 40 ساعت و یا کمتر در یک هفته مجاز است کار کنید؛

بدون گرفتن تایید توسط شهرستان، شما بیش از ساعاتی که یک گیرنده مجاز به دریافت در یک هفته کار است کار کنید و این باعث می شود که شما به طور معمول در ماه ساعات اضافه کاری بیشتری را کار کنید؛

شما برای چندین گیرنده کار می کنید و بیش از 66 ساعت در یک هفته کار می کنید؛ یا

شما بیش از هفت ساعت زمان سفر در یک هفته را ادعا می کنید (بخش B از این موافقت نامه را مشاهده کنید)

- اگر شما برنامه هفته کار را در هر یک از روشهایی که در بالا توضیح داده شده نقض کنید، شما نکات زیر را دریافت می کنید:

نقض اول	• شما و گیرنده (ها)ی شما یک اطلاع از نقض حقوق با اطلاعات درخواست تجدید نظر را دریافت خواهید کرد.
نقض دوم	• گیرنده(ها)ی شما و شما یک اطلاع از نقض حقوق با اطلاعات درخواست تجدید نظررا دریافت خواهید کرد.، و شما برای اتمام آموزش یک بار- در مورد هفته کار و محدودیت زمان سفر این انتخاب را دارید. اگر تکمیل این آموزش را انتخاب کنید نقض دوم را دریافت نخواهید کرد. • با این حال اگر در مدت 14 روز از تاریخ اطلاع شما انتخاب تکمیل این آموزش را نکنید، به شما یک اطلاع از نقض دوم با اطلاعات درخواست تجدید نظر فرستاده خواهد شد.
نقض سوم	• شما و گیرنده(ها)ی شما یک اطلاع از نقض سوم با اطلاعات حق درخواست تجدید نظر دریافت خواهید کرد. • شما به عنوان یک ارائه دهنده IHSS با برنامه IHSS به مدت سه ماه تعلیق خواهد شد.
نقض جهارم	• شما و گیرنده (ها)ی شما یک اطلاع از نقض چهارم با اطلاعات حق درخواست تجدید نظر دریافت خواهید کرد. • شما به عنوان ارائه دهنده IHSS با برنامه IHSS به مدت یک سال قطع خواهید شد.

PROVIDER NUMBER

دستورالعمل ها: شما باید جدول زیر را تکمیل کنید که شما را برای برنامه ریزی هفته کار خود کمک کند. برنامه شما باید شامل خدماتی باشد که شما برای همه گیرندگان کار کردید و نباید در یک هفته کاری بیش از 66 ساعت باشد. به شما اطلاع داده خواهد شد برای هر یک از کل حداکثر ساعات در هفته دریافت کنندگان خود که در اطلاع رسانی ارائه دهنده از گیرنده ساعات و خدمات مجاز ، (فرم SOC 2271) اعلام شده است.

1. در ستون A، **نام** هر دریافت کننده که شما خدمات مجاز IHSS را برای او ارائه می دهید بنویسید .
2. در ستون B، **شماره مورد** هر دریافت کننده ای که در ستون A ذکر شده است را بنویسید.
3. در ستون C، **نشانی** هر یک از دریافت کننده ای که در ستون A ذکر شده است را بنویسید.
4. در ستون D، تعداد کل ساعات در روز (برای هر روز از هفته) که شما کار می کنید یا برنامه ریزی برای کار ارائه خدمات مجاز IHSS برای هر گیرنده که در ستون A ذکر شده است را بنویسید.
5. برای ستون E، تعداد کل ساعات از هر روز را در ستون D که شما کار یا برنامه ریزی برای کار ارائه خدمات IHSS مجاز برای هر گیرنده که در ستون A ذکر شده است را جمع کنید و تعداد کل ساعات در هفته برای هر گیرنده را در ستون E بنویسید.
6. در پایین ستون E، تعداد کل ساعاتی را که کار می کنید و یا برنامه ریزی به کار ارائه مجاز IHSS در هر هفته را برای همه دریافت کنندگان خود جمع کنید.

A	B	C			D							E
نام دریافت کننده	**# مورد دریافت کننده**	**نشانی دریافت کننده**			**تعداد کل ساعاتی که کار می کنم یا قصد دارم کار کنم**							**کل ساعات**
		نشانی خیابان	**شهر**	**کد پستی**	یک شنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهار شنبه	پنج شنبه	جمعه	شنبه	
												0
												0
کل ساعاتی را که برای ارائه خدمات مجاز برای همه دریافت کنندگان کار می کنم و یا قصد دارم کار کنم:												

PROVIDER NUMBER

بخش B زمان سفر

الزامات ارائه دهنده:

- اگر شما در همان روز کاری از مکان یک گیرنده به محل دریافت کننده دیگری به منظور ارائه خدمات IHSS به هر دو گیرنده سفر می کنید ، شما می توانید برای زمان سفر پرداخت شوید، اما این زمان نمی تواند بیش از هفت ساعت در هفته باشد. این هفت ساعت علاوه بر این 66 ساعت می باشد.
- برای پرداخت زمان سفر به شما ، شما باید به طور مستقیم از محل یک گیرنده به محل دریافت کننده دیگر بدون توقف سفر کنید. اگر شما فقط یک توقف کوتاهی در راه خود به محل دریافت کننده دوم، مانند پر کردن بنزین در ایستگاه پمپ بنزین کنید، شما هنوز هم به عنوان سفر به طور مستقیم در نظر گرفته می شوید. در هر حال، اگر شما برای انجام کسب و کار شخصی و یا اگر شما به خانه خود برگردید، شما تنها می توانید برای زمانی پرداخت شوید که مابین آن دو مکان بدون توقف های شخصی برای ارائه خدمات سفر کردید.
- اگر کل برآورد زمان سفر خود در هفته بیش از هفت ساعت خواهد بود ، شما نیاز به تنظیم برنامه کار خود را دارید به طوری که زمان سفر خود کمتر از هفت ساعت باشد.

آیا شما در همان روز قصد دارید از یک محل که خدمات مجاز ارائه می دهید به محل دیگری که بایستی برای دریافت کننده دیگری خدمات مجاز ارائه دهید سفر کنید؟

بله **خیر**

اگر پاسخ شما خیر است ، شما لازم نیست که قسمت B را تکمیل کنید، به طور مستقیم به بخش C بروید.

دستورالعمل قسمت B: شما باید این بخش را تکمیل کنید تا شما را کمک کند که برنامه زمان سفر خود را طوری تنظیم کنید که به شما پرداخت شود بنابر این کل ساعات سفر شما نباید بیشتر از 7 ساعت در هفته باشد. بخاطر اینکه شما سفر می کنید، ممکن است لازم باشد که شما مدرک زمان و رقم مایلها را ارائه دهید.

1.در ستون A در زیر، نام (ها) ی گیرنده (ها) یی را که شما سفر خواهید کرد را بنویسید.

2. در ستون B در زیر، نام (ها) ی گیرنده (ها) یی را که شما سفر خواهید کرد را بنویسید.

PROVIDER NUMBER

3. در ستون C در زیر، چه حد (مایل) لازم است که به طور مستقیم از محل یک گیرنده به محل دریافت کننده بعدی سفر کرد.
4. در ستون D در زیر، چه مدت (در دقیقه) شما برآورد می کنید طول می کشد که به طور مستقیم از محل یک گیرنده به محل دریافت کننده بعدی سفر کنید.
5. در ستون E در زیر، چند روز هر هفته شما قصد دارید که ازمحل یک گیرنده به محل دریافت کننده دیگری در همان روز سفر کنید.
6. در ستون F، مقدار زمانی که شما تخمین می زنید که لازم برای سفر به طور مستقیم از محل یک گیرنده به محل دریافت کننده دیگر طول می کشد ضرب در (ستون D) توسط تعدادی روز ها یی که شما بین نقاط گیرندگان در هفته سفر می کنید (ستون E) کل زمان سفر خود را بین نقاط از دو دریافت کننده نشان می دهد (ستون A و B).
7. همه زمان های ذکر شده در خطوط ستون F را جمع کنید و کل را در پایین ستون F بنویسید.

شماره ارائه دهنده

بخش B زمان سفر

A	B	C	D	E	F
نام های گیرند گانی که شما بین آنها سفر خواهید کرد		**مسافت بین محل های گیرندگان (در مایل)**	**برآورد زمان سفر بین محل های گیرند گان (در دقیقه)**	**تعداد روز هایی که شما بین گیرند گان در هفته سفر می کنید**	**کل برآورد زمان سفر بین محل های گیرند گان در هفته (ستون D ضرب در ستون E)**
از	**به**				
					0
					0
					0
					0
				کل برآورد زمان سفر در هر هفته:	0

چگونه بین محل های گیرندگان سفر می کنید؟

اتومبیل* حمل و نقل عمومی دیگر ذکر کنید:_

اگرشما بین دریافت کنندگان رانندگی می کنید، شما باید گواهینامه رانندگی معتبر کالیفرنیا و مدرک بیمه، و وسیله نقلیه خود باید ثبت نام معتبر داشته باشد. اگر شما گواهینامه رانندگی معتبر کالیفرنیا، اثبات بیمه، و یا ثبت نام خودرو معتبر را ندارید، شما به طور قانونی مجاز به رانندگی وسیله نقلیه خود برای هدف از ارائه IHSS نیستید. شما باید یک فرم های مختلف حمل و نقل، از جمله حمل و نقل عمومی را انتخاب نمایید. اگر شما انتخاب کرده اید که خودتان رانندگی کنید و یک تغییر منفی در وضعیت حق قانونی خود برای رانندگی وسیله نقلیه خود (به عنوان مثال، گواهینامه رانندگی کالیفرنیا California خود ، بیمه خودرو، و یا ثبت نام خودرو به پایان رسیده است و یا دیگر معتبر نیست) وجود دارد، شما باید به شهرستان اطلاع دهید و فرم های مختلف حمل و نقل را انتخاب کنید. اگر شما از این تغییر در وضعیت به شهرستان اطلاع ندهید ،این عمل شما در برنامه های مورد نیاز IHSS نقض در نظر گرفته شده و ممکن است منجر به اتمام-خدمات شما شود.

PROVIDER NUMBER

بخش C. توافقنامه ارائه دهنده

من اعلام می کنم الزاماتی که در این سند اظهار شده است خوانده و درک کرده ام و من موافقت می کنم که این الزامات را اجابت کنم. بعلاوه اعلام می کنم که تمام اطلاعات داده شده در این فرم به بهترین دانش من درست و صحیح است. من موافقت می کنم که در ظرف 10 روز اگر هر یک از اطلاعاتی که در ایام کار در هفته ارائه دهنده و زمان سفر تغییرات توافقنامه ارائه شده ، و بر اساس اطلاعاتی که تغییر کرده است به شهرستان اطلاع دهم، من ممکن است لازم باشد که یک فرم جدید SOC 2255 را تکمیل کنم.

امضا ارائه دهنده:	تاریخ:

نام ارائه دهنده با حروف چاپی:

FOR COUNTY USE ONLY

WORKER NAME:	DATE:
ESTIMATED TRAVEL TIME REVIEWED: YES NO	SOURCE USED TO VERIFY TRAVEL TIME:

NOTES: