

PROGRAMA NG MGA SERBISYO NG SUPORTA SA BAHAY (IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES PROGRAM, IHSS) PAGPILI NG PROVIDER NG TUMATANGGAP

MGA INSTRUKSIYON:

- Gumamit ng itim o asul na bolpen. I-print ang impormasyon nang malinaw.
- Kailangan mo (o ng iyong awtorisadong kumakatawan) na kumpletuhin ang PART A ng form na ito upang ipaalam sa county kung sino ang iyong pinili upang magbigay ng iyong mga awtorisadong serbisyo.
- Kung mayroon kang maraming mga provider, kailangan mong punan ang isang hiwalay na form para sa bawat tao na magbibigay ng mga awtorisadong serbisyo sa iyo.
- Kailangan mong pirmahan ang pahintulot sa PART C ng form na ito.
- Mangyaring ibalik ang nakumpleto at pinirmahang form na ito sa county. Itatabi ng county ang orihinal at bibigyan ka ng isang kopya.

PART A. PAGPILI NG PROVIDER NG TUMATANGGAP

1.	Pangalan ng Tumatanggap:	
2.	County IHSS Case #:	
3.	Pangalan ng Provider:	
4.	Address ng Provider:	
	Lungsod, Estado, Zip Code:	
5.	Telepono ng Provider:	
6.	Petsa ng Kapanganakan Provider	
7.	Social Security #* ng Provider:	
8.	Kasarian ng Provider (i-check ang kahon):	<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae
9.	Relasyon ng Provider sa Tumatanggap (kung mayroon man):	<input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Asawa/Domestic Partner <input type="checkbox"/> Konserbador <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Iba Pa
10.	Petsa ng Pagsisimula ng Provider:	

*TANDAAN: ** Ang pagkuha ng Social Security Number ay iniaatas alinsunod sa Immigration Reform and Control Act of 1986, Public Law 99-603 (8 USC 1324a), para sa mga layunin ng pagpapatunay ng identidad ng indibidwal at pahintulot na magtrabaho sa Estados Unidos.

Pinili ko ang taong nakalista sa itaas upang maging aking provider ng IHSS. Ang taong ito ay magbibigay ng ilan o lahat ng mga serbisyong pinahintulutan ng county.

PART B. PANGSANGY AYON NG TUMATANGGAP**NAUUNAWAAN AT SUMASANG-AYON AKO NA:**

- Ang taong pinili ko upang maging aking provider ay hindi maaaring bayaran ng perang pederal at/o ng estado para sa pagbibigay ng mga serbisyo sa akin hanggang makumpleto niya ang ang lahat ng mga kinakailangan sa pagpapatala. Kasama sa mga inaatas na ito ang pagkumpleto, pag-sign, at pagbabalik (nang harapan) ng Provider Enrollment Form (SOC 426), pagsusumite ng mga bakas ng daliri o fingerprint at ang pagbalik ng mga malinis na resulta ng isang kriminal na background check, pagkumpleto ng isang oryentasyon ng provider, at ang pagbabalik ng isang pinirmahang Provider Enrollment Agreement (SOC 846).
- Aabisuhan ako ng county kung ang taong pinili ko bilang aking provider ay hindi nakumpleto ang mga kinakailangan sa enrollment at kung hindi siya karapat-dapat na maging isang provider ng IHSS.
- Kung pinili kong bigyan ako ng mga serbisyo ng taong ito bago siya maitala bilang isang provider ng IHSS, at pinadalhan ako ng county ng isang abiso na nagsasabi sa aking hindi siya karapat-dapat na maging isang provider ng IHSS, ako mismo ang magbabayad sa kanya mula sa aking sariling pera para sa mga serbisyong ibinigay niya bago napag-alamang hindi siya karapat-dapat na maging isang provider at para sa anumang mga serbisyo na ibinigay niya sa akin pagkatapos akong abisuhan ng county na hindi siya karapat-dapat.
- Hindi pananagutan ng county o ng Estado ang anumang mga paghahabol at/o mga kawalang sanhi ng taong naka-pangalan sa itaas na pinili kong maging aking provider ng IHSS. Sumasang-ayon akong hindi panagutin ang Estado at ang county, ang kanilang mga opisyal, mga ahente, at mga empleyado, at na ako ang may responsibilidad para sa anuman at sa lahat ng mga paghahabol at/o kawalan sa sinumang tao na sanhi ng taong naka-pangalan sa itaas na pinili kong maging aking provider ng IHSS.
- Maaaring magbigay ng impormasyon ang county tungkol sa aking mga awtorisadong serbisyo at mga oras ng serbisyo sa taong aking pinili bilang maging aking provider. Padadalhan ng county ang aking provider ng Abiso ng Provider ng Mga Awtorisadong Oras at Serbisyon ng Tumatanggap (IHSS Provider Notice of Recipient Authorized Hours and Services) (SOC 2271).
- Ang kabuuang buwanang awtorisadong oras ay hinati sa 4 upang matukoy ang aking pinakamaraming lingguhang oras. Ang pinakamaraming lingguhang oras ay isang guideline na nagsasabi sa akin ng pinakamataas na bilang ng mga oras na ang aking provider ay maaaring magtrabaho para sa akin sa panahon ng isang linggo ng trabaho. Gayunpaman, dahil ang karamihan ng buwan ay bahagyang mas mahaba kaysa sa 4 na linggo, aayusin ko kasama ng aking provider na maikalat ang kanyang oras sa buong buwan upang matiyak na makuha ko ang lahat ng oras ng serbisyo na kailangan ko sa isang buwan.
- Minsan maaaring kailanganin kong magtrabaho ang aking provider ng higit sa aking pinakamaraming lingguhang oras. Dapat akong humingi ng pag-apruba sa county upang ayusin ang aking pinakamaraming lingguhang oras kung sakali lang na kakailanganin ng aking provider na magtrabaho ng:
 1. Mas maraming overtime na oras sa buwan kaysa sa normal niyang trabaho.
 2. Higit sa 40 oras para sa akin sa isang linggo ng trabaho kung ang aking pinakamaraming lingguhang oras ay 40 oras o mas mababa sa isang linggo ng trabaho.

- Kung hindi ako makuha sa isang aprubadong eksepsiyon, ang aking provider ay makakakuha ng paglabag para sa pagtatrabaho ng higit sa aking pinakamaraming lingguhang oras.
- **Hindi** ko mapapahintulutan ang aking provider na magtrabaho ng higit sa aking kabuuang pinahihintulutang buwanang oras ng mga serbisyo. Samakatuwid, kapag pinapahintulutan ko ang aking provider na magtrabaho ng mga dagdag na oras sa isang linggo, dapat na bawasan ko ang kanyang oras ng trabaho sa iba pang mga linggo ng buwan.
- Kung ang aking provider ay nagtatrabaho para sa iba pang tumatanggap, ang pinakamaraming bilang ng mga oras na maaaring niyang ilagay sa isang linggo ng trabaho para sa lahat ng mga oras na nagtatrabaho siya para sa lahat ng kanyang mga inaalagaan ay 66 na oras. **Dapat akong gumawa ng isang iskedyul ng trabaho para sa aking provider upang matukoy kung gaano karaming oras siya magtatrabaho para sa akin sa bawat linggo upang matiyak na hindi siya nagtatrabaho ng higit sa 66 oras sa bawat linggo ng trabaho.** Makakakuha ako ng isang Abiso ng Pinakamaraming Lingguhang Oras ng Tumatanggap (Recipient Notification of Maximum Weekly Hours) (SOC 2271A) na kasama ang impormasyon ng aking pinakamaraming lingguhang oras kaya maaari kong gamitin ito upang gawin ang iskedyul ng trabaho para sa aking mga provider. Upang gawin ang iskedyul, dapat sabihin sa akin ng aking provider kung gaano karaming oras siya makakapagtrabaho para sa akin bawat linggo ng trabaho. Kung hindi makakapagtrabaho ang aking provider para sa lahat sa aking mga pinahintulutang oras, kailangan kong kumuha ng mga karagdagang provider. **Kung kailangan ko ng tulong sa paghahanap at pagkuha ng iba pang provider, maaari akong tumawag sa IHSS Public Authority ng aking county upang makakuha ng isang provider sa registry o sa aking county IHSS office.**
- Padadalhan ako ng county ng isang abiso bawat beses na gumawa ng paglabag ang aking provider. Kung ang makakuha ang aking provider ng tatlong mga paglabag, sususpendihin siya mula sa pagbibigay ng IHSS nang tatlong buwan. Kung makakuha siya ng isa pang paglabag matapos ng tatlong buwang suspensyon, tatanggalin siya bilang provider nang isang taon.

PART C. PANGSANG-AYON NG TUMATANGGAP

Nauunawaan ko at sumasang-ayon akong sundin ang lahat ng mga kinakailangang nakalista sa form na ito.

PIRMA NG TUMATANGGAP:	PETSA:
-----------------------	--------

ILAGAY ANG PANGALAN:

PIRMA NG AWTORISADONG SIGNATURE KUMAKATAWAN:	PETSA:
--	--------

ILAGAY ANG PANGALAN:

PARA SA PAGGAMIT LANG NG COUNTY

PANGALAN NG WORKER:	PETSA:
---------------------	--------