

PROVIDER NUMBER _____

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM THỎA THUẬN CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC VỀ TUẦN LÀM VIỆC VÀ THỜI GIAN DI CHUYỂN

(sẽ được hoàn thành bởi một người chăm sóc cho nhiều người nhận dịch vụ)

Tên người chăm sóc:

PROVIDER NUMBER:

PHẦN A. THỜI KHÓA BIỂU CHO TUẦN LÀM VIỆC

SỰ YÊU CẦU CHO NGƯỜI CHĂM SÓC:

- Pháp luật (Welfare and Institutions Code 12300.4) có giới hạn cho các người chăm sóc trong chương trình IHSS và chương trình Chăm Sóc Cá Nhân (WPCS) làm một số giờ tối đa hàng tuần để cung cấp dịch vụ IHSS và WPCS. Một người chăm sóc làm việc cho nhiều người nhận dịch vụ được giới hạn cung cấp 66 tiếng cho mỗi tuần.
- Tuần làm việc tối đa của hàng tuần sẽ bao gồm thời gian di chuyển như được mô tả trong Phần B của mẫu này. Tuần làm việc bắt đầu vào ngày chủ nhật lúc 12:00 sáng (nửa đêm) và kết thúc vào 11:59 chiều ngày thứ Bảy.
- Dịch vụ ủy quyền cho người nhận căn cứ trên hàng tháng và theo pháp luật, sẽ được giới hạn nhận một số dịch vụ trên hàng tuần. Quý vị sẽ nhận được một thông báo cho biết có bao nhiêu giờ mỗi người nhận của quý vị được ủy quyền trong hàng tuần và tháng. Quý vị sẽ không bao giờ được làm việc nhiều hơn giờ hàng tháng của người nhận được ủy quyền. Tuy nhiên, theo những tình trạng nhất định, quý vị có thể làm nhiều hơn giờ của người nhận được ủy quyền trong hàng tuần. Một người nhận có thể điều chỉnh số giờ ủy quyền hàng tuần của họ nhưng họ cần phải được quận chấp thuận nếu sự điều chỉnh này sẽ ảnh hưởng đến người chăm sóc phải làm thêm giờ trong tháng mà họ thường làm hoặc người chăm sóc làm hơn 40 tiếng trong bất kỳ tuần làm việc cho người nhận (khi họ chỉ được ủy quyền 40 tiếng hoặc ít hơn trong tuần làm việc).
- Đó là trách nhiệm của quý vị như là một người chăm sóc hãy:
 - Chắc chắn rằng tổng số giờ làm việc kết hợp cho tất cả những người nhận quý vị làm việc cho không toàn bộ hơn 66 tiếng trong một tuần.
 - Chắc chắn rằng giờ quý vị làm cho bất kỳ một trong những người nhận không qua giờ ủy quyền hàng tuần của họ, trừ khi các giờ được điều chỉnh chính xác.

PROVIDER NUMBER _____

• Hãy chắc chắn rằng nếu một trong những người nhận của quý vị điều chỉnh giờ hàng tuần của họ được ủy quyền để quý vị làm nhiều giờ hơn quý vị thường làm, điều đó quý vị phải làm ít giờ hơn trong tuần trước hoặc tuần sau để đảm bảo quý vị không làm qua giờ của người nhận được ủy quyền hàng tháng hoặc làm thêm giờ trong tháng mà quý vị thường sẽ làm.

• Nếu quý vị nộp một phiếu chấm giờ mà quý vị vi phạm các tuần làm việc trong bất kỳ cách nào sau đây, quý vị sẽ nhận được một sự vi phạm:

Quý vị làm hơn 40 tiếng trong một tuần làm việc mà người nhận dịch vụ không có sự chấp thuận từ quận nếu giờ của họ được ủy quyền cho 40 tiếng và ít hơn trong một tuần làm;

Quý vị làm hơn giờ của người nhận được ủy quyền trong một tuần làm, mà không được quận chấp thuận và nó gây ra đến quý vị làm thêm giờ trong tháng so với giờ thường làm;

Quý vị làm cho nhiều người nhận dịch vụ và làm nhiều hơn 66 tiếng trong một tuần làm

Quý vị báo thời gian di chuyển hơn 7 tiếng (xem Phần B của thỏa thuận này).

• Nếu quý vị vi phạm thời khóa biểu của tuần làm việc trong bất kỳ cách được mô tả ở trên, quý vị sẽ nhận được những điều sau đây:

Vi phạm lần đầu	Quý vị và người nhận dịch vụ sẽ nhận được một thông báo về sự vi phạm với thông tin kháng cáo.
Vi phạm lần thứ hai	<ul style="list-style-type: none"> • Người nhận dịch vụ và quý vị sẽ nhận được một thông báo về việc vi phạm, và quý vị sẽ được lựa chọn hoàn thành huấn luyện một lần về các giới hạn tuần làm việc và thời gian di chuyển. Nếu quý vị chọn để hoàn thành các huấn luyện quý vị sẽ được tránh nhận những vi phạm thứ hai. • Nếu quý vị chọn không hoàn thành huấn luyện trong vòng 14 ngày kể từ ngày được thông báo, quý vị sẽ nhận được một thông báo vi phạm thứ hai với thông tin quyền kháng cáo.
Vi phạm lần thứ ba	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị và người nhận dịch vụ sẽ nhận được một thông báo về việc vi phạm thứ 3 với thông tin quyền kháng cáo . • Quý vị sẽ bị đình chỉ làm người chăm sóc với chương trình dịch vụ IHSS trong ba tháng
Vi Phạm lần thứ tư	<ul style="list-style-type: none"> • Quý vị và người nhận dịch vụ sẽ nhận được một thông báo về việc vi phạm thứ tư với thông tin quyền kháng cáo. • Quý vị sẽ kết thúc làm người chăm sóc với chương trình dịch vụ IHSS trong năm.

PROVIDER NUMBER: _____

Sự chỉ dẫn: Quý vị phải hoàn thành các biểu đồ dưới đây để giúp quý vị kế hoạch thời khóa biểu cho tuần làm việc của quý vị. Thời khóa biểu của quý vị phải bao gồm các dịch được cung cấp cho tất cả người nhận mà quý vị làm việc cho và không được qua 66 tiếng trong một tuần làm việc. Quý vị sẽ báo cho biết về tổng số giờ tối đa hàng tuần của mỗi người nhận trong "thông báo cho người chăm sóc về dịch vụ và giờ ủy quyền cho người nhận" (mẫu SOC 2271).

1. Ở Cột A, ghi tên của mỗi người nhận mà quý vị cung cấp dịch vụ IHSS cho.
2. Ở Cột B, ghi số hồ sơ của mỗi người nhận được liệt trong cột A.
3. Ở Cột C, ghi địa chỉ của mỗi người nhận được liệt trong cột A.
4. Ở Cột D, ghi tổng số giờ cho mỗi ngày (mỗi ngày trong một tuần) quý vị làm việc hoặc kế hoạch sẽ làm cho mỗi người nhận liệt trong cột A.
5. Trong Cột E, cộng lại tổng số giờ từ mỗi ngày trong cột D mà quý vị làm hoặc kế hoạch sẽ làm cho mỗi người nhận được liệt trong cột A và ghi tổng số giờ trong tuần cho mỗi người nhận ở cột E
6. Ở dưới hàng Cột E, cộng lại tổng số giờ làm việc hoặc kế hoạch sẽ cung cấp dịch vụ IHSS cho tất cả các người nhận trong mỗi tuần.

A	B	C			D							E
Tên Người Nhận	Số hồ sơ của người nhận	Địa chỉ của người nhận			Tổng số giờ tôi làm việc hoặc kế hoạch sẽ làm							Tổng số giờ
		Street Address	City	Zip Code	Chủ nhật	Thứ Hai	Thứ Ba	Thứ Tư	Thứ Năm	Thứ Sáu	Thứ Bảy	

Tổng số giờ tôi làm hoặc kế hoạch sẽ làm để cung cấp dịch vụ cho mỗi người nhận : _____

PROVIDER NUMBER _____

PHẦN B. THỜI GIAN DI CHUYỂN**SỰ YÊU CẦU NGƯỜI CHĂM SÓC:**

• Nếu quý vị di chuyển từ địa điểm của một người nhận đến địa điểm của một người nhận khác trong cùng một ngày làm để cung cấp dịch vụ IHSS cho cả hai người nhận, quý vị được trả tiền cho thời gian di chuyển, nhưng thời gian đó không thể nhiều hơn 7 tiếng trong một tuần. 7 tiếng này được cộng thêm trên 66 tiếng.

• Để được trả tiền cho thời gian di chuyển, quý vị phải đi trực tiếp từ nhà một người nhận đến nhà của người nhận khác mà không dừng lại. Nếu quý vị chỉ dừng lại ngắn gọn trên đường đến nhà người nhận thứ hai, chẳng hạn như đổ xăng tại trạm, quý vị vẫn được xem như là di chuyển trực tiếp. Tuy nhiên, nếu quý vị dừng lại để tiến hành công việc của mình hoặc quay về nhà của mình, quý vị chỉ có thể được trả tiền cho thời gian di chuyển giữa hai địa điểm mà dịch vụ được cung cấp và không dừng làm chuyển của mình.

• Nếu tổng thời gian di chuyển của quý vị sẽ định nhiều hơn 7 tiếng, quý vị cần phải điều chỉnh thời khóa biểu làm của mình để thời gian di chuyển ít hơn 7 tiếng.

Quý vị có kế hoạch di chuyển từ một địa điểm của một người nhận đến địa điểm của người nhận khác mà bạn cung cấp dịch vụ trong cùng một ngày không?

YES (có) **NO** (không)

Nếu quý vị trả lời KHÔNG, quý vị không cần hoàn thành PHẦN B, hãy đi trực tiếp hoàn thành PHẦN C

CHỈ DẪN PHẦN B : Quý vị phải hoàn thành phần này để giúp quý vị kế hoạch thời gian di chuyển mà quý vị có thể được trả tiền cho tổng số giờ di chuyển hàng tuần mà không qua 7 tiếng. Vì quý vị phải di chuyển, quý vị cần phải chứng minh những thời gian và khoảng đường dặm.

1. Ở dưới Cột A, ghi tên của những người nhận quý vị sẽ di chuyển từ.
2. Ở dưới Cột B, ghi tên của những người nhận quý vị sẽ di chuyển đến.

PROVIDER NUMBER _____

3. Ở dưới Cột C, ghi bao xa (trong đường dặm) quý vị cần phải di chuyển trực tiếp từ địa điểm của một người nhận đến địa điểm của một người nhận khác.
4. Ở dưới Cột D, ghi khoảng bao lâu (tính bằng phút) quý vị ước định cần phải di chuyển từ địa điểm của một người nhận đến địa điểm của người nhận khác.
5. Ở dưới Cột E, ghi có bao nhiêu ngày trong một tuần làm quý vị kế hoạch sẽ di chuyển từ địa điểm một người nhận đến địa điểm của người nhận khác trong cùng một ngày?.
6. Ở Cột F, nhân lại tổng số giờ quý vị ước định di chuyển từ địa điểm của một người nhận đến địa điểm của một người nhận khác (trong Cột D) bằng số ngày quý vị sẽ di chuyển giữa các địa điểm mỗi tuần làm (trong cột E) để chỉ ra tổng số giờ quý vị di chuyển giữa các hai địa điểm của người nhận (trong cột A và B).
7. Cộng lại tất cả tổng số giờ liệt trên hàng Cột F và ghi tổng số ở dưới cột F.

PROVIDER NUMBER _____

PHẦN B. THỜI GIAN DI CHUYỂN

A	B	C	D	E	F
Tên người nhận dịch vụ quý vị sẽ di chuyển từ và đến		Bao xa giữa địa điểm những người nhận (bằng đường dặm)	Ước tính thời gian quý vị di chuyển giữa những người nhận (bằng phút)	Số ngày quý vị sẽ di chuyển giữa địa điểm của những người nhận trong mỗi tuần làm việc	Tổng số giờ ước tính di chuyển giữa địa điểm của những người nhận trong mỗi tuần làm việc (cột D nhân cho cột E)
Từ	Đến				
TỔNG SỐ GIỜ ƯỚC TÍNH DI CHUYỂN CHO MỖI TUẦN LÀM VIỆC:					

Quý vị sẽ di chuyển bằng cách nào giữa các địa điểm của người nhận?

Xe* giao thông công cộng Khác (xin định rõ): _____

* Nếu quý vị sẽ lái xe để di chuyển giữa những người nhận, quý vị phải có bằng lái xe hợp lệ của California và bằng chứng về bảo hiểm, và chiếc xe của quý vị phải có đăng ký hiện hành. Nếu bằng lái xe của quý vị không có hiệu lực của California, bằng chứng bảo hiểm, hoặc đăng ký xe hiện hành, quý vị không được hợp pháp lái xe của mình cho mục đích cung cấp dịch vụ IHSS. Quý vị phải chọn một hình thức vận chuyển khác, chẳng hạn như giao thông công cộng. Nếu quý vị đã chọn tự mình lái xe và có sự tiêu cực đến tình trạng mất quyền hợp pháp lái xe của mình (ví dụ, bằng lái xe California của quý vị, bảo hiểm xe, hay giấy đăng ký xe đã hết hạn hoặc không còn hiệu lực), quý vị phải thông báo cho quận và phải chọn một hình thức vận chuyển khác. Nếu quý vị không thông báo cho quận về sự thay đổi trong tình trạng này, quý vị sẽ bị xem như là vi phạm của chương trình IHSS và có thể được chấm dứt.

PROVIDER NUMBER _____

PHẦN C. THỎA THUẬN CỦA NGƯỜI CHĂM SÓC

Tôi xác nhận rằng tôi đã đọc và hiểu các yêu cầu đã nêu trong tài liệu này và tôi đồng ý tuân thủ với các yêu cầu này. Tôi cũng xác nhận rằng tất cả các thông tin mà tôi được cung cấp trong đơn này là đúng sự thật và chính xác. Tôi đồng ý phải thông báo cho các quận trong vòng 10 ngày nếu có bất kỳ các thông tin tôi báo trên lời Thỏa thuận tuần làm việc và thời gian di chuyển của người chăm sóc được thay đổi và phụ thuộc vào những thông tin nào được thay đổi, tôi phải yêu cầu hoàn thành một đơn SOC 2255 mới.

Chữ ký người chăm sóc:	Ngày:
Viết Tên Người chăm sóc:	

FOR COUNTY USE ONLY

WORKER NAME:	DATE:
ESTIMATED TRAVEL TIME REVIEWED: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOURCE USED TO VERIFY TRAVEL TIME:
NOTES:	