

សេចក្តីណែនាំអំពីការចុះឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា

ដើម្បីក្លាយជាអ្នកផ្តល់សេវាកាតាពរនៅផ្ទះ (IHSS) អ្នកត្រូវតែ៖

- ✓ បំពេញនូវកញ្ចប់ឯកសារចុះឈ្មោះជាអ្នកផ្តល់សេវា IHSS
- ✓ ចូលរួមវគ្គគ្រូបង្រៀនសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាជាភាគព្វកិច្ច និង
- ✓ ផ្គត់ផ្គង់ប្រាមប្រែ និងបំពេញការងារប្រតិបត្តិផ្ទាល់ទោស។

លក្ខខណ្ឌតម្រូវទាំងអស់នេះត្រូវតែបំពេញក្នុងរយៈពេល **90 ថ្ងៃ** គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកចាប់ផ្តើមការចុះឈ្មោះជាអ្នកផ្តល់សេវា។ ដើម្បីឱ្យកម្មវិធី IHSS បង់ប្រាក់កម្រៃដល់អ្នកក្នុងនាមជាអ្នកផ្តល់សេវា អ្នកត្រូវតែចុះឈ្មោះ និងបានការឯកភាពជាអ្នកផ្តល់សេវា។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវទាំងនេះនៅក្នុងរយៈពេលកំណត់ អ្នកនឹងត្រូវកំណត់ថា អ្នកគ្មានសិទ្ធិធ្វើការទេ ហើយអ្នកនឹងមិនទទួលបានប្រាក់កម្រៃពីកម្មវិធី IHSS ឡើយ។

ប្រសិនបើអ្នកចាប់ផ្តើមផ្តល់សេវា មុនពេល បំពេញលក្ខខណ្ឌតម្រូវក្នុងការចុះឈ្មោះ ហើយចុងក្រោយត្រូវបានកំណត់ថាជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានសិទ្ធិ អ្នកអាចមានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់កម្រៃចំពោះសេវាពីមុនៗដែលអ្នកបានផ្តល់ រហូតដល់រយៈពេលអតិបរមា **90 ថ្ងៃប្រតិទិន** គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលអ្នកបានបំពេញលក្ខខណ្ឌតម្រូវចុះឈ្មោះជាអ្នកផ្តល់សេវា។

ប្រសិនបើអ្នកចាប់ផ្តើមផ្តល់សេវា មុនពេល បំពេញលក្ខខណ្ឌតម្រូវក្នុងការចុះឈ្មោះ ហើយចុងក្រោយត្រូវបានកំណត់ថាអ្នកមិនមែនជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានសិទ្ធិ នោះអ្នកទទួល IHSS ទទួលខុសត្រូវបង់ប្រាក់កម្រៃរបស់អ្នក ចំពោះសេវាកម្មរបស់អ្នក។

អ្នកផ្តល់សេវាស្រាប់

ប្រសិនបើអ្នកគឺជាអ្នកផ្តល់សេវាស្រាប់ ឬក្រលំបំមកវិញដែលបានបញ្ចប់វគ្គគ្រូបង្រៀនសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាហើយមានរយៈពេលតិចជាង មួយ (1) ឆ្នាំចាប់តាំងពីអ្នកបានឆ្លងផុតការងារប្រតិបត្តិ សូមអ៊ីមែល ផ្ញើទូរសារ ឬដាក់ឯកសារខាងក្រោមដោយផ្ទាល់ នៅអាសយដ្ឋានខាងលើ៖

- ☐ កញ្ចប់ឯកសារចុះឈ្មោះជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានបំពេញរួច។ សូមមើលសេចក្តីណែនាំនៅទំព័រទី 2។
- ☐ ច្បាប់ចម្លងប័ណ្ណសន្តិសុខសង្គមដែលមានចុះហត្ថលេខា និងច្បាប់ដើមនៃប័ណ្ណចុះឈ្មោះស្នាក់នៅជាជនបរទេស ឬប័ណ្ណអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការ បើប័ណ្ណសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកសរសេរថា “ត្រូវការការអនុញ្ញាត” ។

ប្រសិនបើអ្នកផ្លាស់មកទីនេះពីស្រុកផ្សេង ហើយជាអ្នកផ្តល់សេវាបច្ចុប្បន្ន សូមផ្តល់ច្បាប់ចម្លងនៃអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានរូបថតរបស់អ្នកដែលមានសុពលភាព និងប័ណ្ណសន្តិសុខសង្គម។

អ្នកផ្តល់សេវាថ្មី

ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី (មិនធ្លាប់ចុះឈ្មោះទេពីមុន ឬមានរយៈពេល 12 ខែ ឬលើសពីនេះ តាំងពីពេលដែលអ្នកបានធ្វើការចុងក្រោយ) សូមដាក់/បំពេញ៖

- ☐ កញ្ចប់ឯកសារចុះឈ្មោះជាអ្នកផ្តល់សេវាដែលបានបំពេញរួច។ សូមមើលសេចក្តីណែនាំនៅទំព័រទី 2។
 - ☐ ច្បាប់ដើមនៃប័ណ្ណសន្តិសុខសង្គមដែលមានចុះហត្ថលេខា។ សូមដាក់បញ្ចូលច្បាប់ដើមនៃប័ណ្ណចុះឈ្មោះស្នាក់នៅជាជនបរទេស ឬប័ណ្ណអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើការ ប្រសិនបើប័ណ្ណសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកសរសេរថា “ត្រូវការការអនុញ្ញាត” ។
- សូមដាក់ឯកសារដោយផ្ទាល់នៅវគ្គគ្រូបង្រៀនសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា**
- ☐ ច្បាប់ដើមអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណមានរូបថត ដែលចេញដោយរដ្ឋាភិបាលដែលមានសុពលភាព/ផុតសុពលភាព (ប័ណ្ណបើកបរ CA ឬអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ លិខិតឆ្លងដែនអាមេរិក ឬអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណយោធិន) ។
- សូមដាក់ឯកសារដោយផ្ទាល់នៅវគ្គគ្រូបង្រៀនសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា**

~ ត (ត្រូវបំពេញទៅ) ~

- វគ្គគម្រោងទិសសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវា IHSS ថ្មីៗ
 - ដើម្បីចូលរួម និងបំពេញវគ្គគម្រោងទិសពិចម្ងាយ (តាមប្រព័ន្ធអនឡាញ) សូមចូលទៅកាន់ [IHSS Provider Enrollment \(ihsspe.acgov.org\)](https://ihsspe.acgov.org)
 - ព័ត៌មានស្តីពីប្រតិទិននៃវគ្គគម្រោងទិសសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថ្មី មានដូចជា៖
 - លើវេបសាយ IHSS: https://alamedasocialservices.org/public/services/elders_and_disabled_adults/in_home_supportive_services.cfm;
 - នៅការិយាល័យ IHSS អាសយដ្ឋាននៅ 6955 Foothill Blvd., 1st Floor Suite 143, Oakland, Ca 94605។ ឬ
 - IHSS Payroll Call Center តាមរយៈលេខ 510.577.1877
 - គម្រោងទិសមានដូចសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាតែប៉ុណ្ណោះ - ភ្ញៀវរួមទាំងអ្នកទទួលសេវា និងកូនៗមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតឡើយ។
- ព័ត៌មានស្តីពីវេបសាយកម្មវិធីស្នាមមាមដៃ Live Scan នឹងត្រូវផ្តល់ជូនអ្នក ដើម្បីបំពេញការងារកម្រិតថ្នាក់ខ្ពស់។ អ្នកទទួលខុសត្រូវក្នុងការបង់ប្រាក់។

សេចក្តីណែនាំស្តីពីការបំពេញកញ្ចប់ចុះឈ្មោះជាអ្នកផ្តល់សេវា

អ្នកផ្តល់សេវាថ្មី និងអ្នកផ្តល់សេវាស្រាប់

1. **ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកផ្តល់សេវាថ្មី ឬអ្នកផ្តល់សេវាស្រាប់ សូមបំពេញនូវទម្រង់ដូចខាងក្រោម៖ អេសអូ**
 - SOC 426A, ទម្រង់សំណើរបស់អ្នកទទួលសេវា IHSS ដែលស្នើសុំកំណត់អ្នកផ្តល់សេវា (ត្រូវមានផ្នែកអ្នកផ្តល់សេវា)
 - W-4, វិញ្ញាបនបត្រឱ្យកាត់ទុករបស់និយោជិត (Employee's Withholding Allowance Certificate) (មានក៏បាន អត់ក៏បាន)
 - DE-4 វិញ្ញាបនបត្រឱ្យកាត់ទុករបស់និយោជិត DE-4 State (មានក៏បាន អត់ក៏បាន)
2. **សូមដាក់នូវទម្រង់ចុះឈ្មោះត្រូវការចាំបាច់ទាំងអស់ដូចខាងក្រោម (កញ្ចប់) តាមរបៀបណាមួយដូចខាងក្រោម៖**
 - អ៊ីមែលទៅ៖ IHSSProviderEnrollment@acgov.org
 - ផ្ញើទូរសារទៅ៖ (510) 577-1803
 - អ៊ីមែលទៅ៖ ផ្នែកសេវាគាំពារនៅផ្ទះ (In-Home Supportive Services) 6955 Foothill Blvd., Suite 300 Oakland, CA 94605
 - ដាក់នៅ៖ ឡប៊ីការិយាល័យ នៅ Suite 143
3. **សូមរក្សាទុកជាឯកសារនូវទម្រង់ដូចខាងក្រោម៖**
 - PUB 104 ព័ត៌មានស្តីពីសេវា និងអត្ថប្រយោជន៍របស់អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ៗ
 - SOC 426C ផ្នែកនៃក្រម IHSS California Code
 - SOC 847 ព័ត៌មានសំខាន់សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាអំពីដំណើរការចុះឈ្មោះជាអ្នកផ្តល់សេវា IHSS
 - ព័ត៌មានអំពីសំណងបុគ្គលិក
 - 72-16 សេចក្តីជូនដំណឹងឱ្យប្រុងប្រយ័ត្នជាសកល

អ្នកទទួលសេវា IHSS

1. **ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកទទួលសេវា សូមបំពេញនូវទម្រង់ដូចខាងក្រោម៖**
 - SOC 426A ទម្រង់សំណើរបស់អ្នកទទួលសេវា IHSS ដែលស្នើសុំកំណត់អ្នកផ្តល់សេវា (ចាំបាច់ត្រូវមាន)
 - **ប្រសិនបើអ្នកបញ្ចប់សេវារបស់អ្នកផ្តល់សេវាមុន៖**
 - 70-19 ទម្រង់ស្នើសុំចាកចេញអ្នកផ្តល់សេវា ឬបញ្ឈប់សេវារបស់អ្នកផ្តល់សេវា (មានក៏បាន អត់ក៏បាន)

Department of Adult and Aging Services
In-Home Supportive Services
Office Address: 6955 Foothill Blvd., Suite 143
Oakland, CA 94605
Mailing Address: 6955 Foothill Blvd., Suite 300
Oakland, CA 94605

ដើម្បីទទួលបានជំនួយ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ (510) 577-1877។ សូមអរគុណ។