

到府支援服務提供者協議

以到府支援服務(IHSS)提供者的身分, 本人確認、理解、並同意以下條款:

[請在閱讀每一條款後在線上簽姓名字首]

_____ 若本人之地址、電話號碼、或姓名有任何更改, 本人將於 **10 天內**通知 IHSS 薪資處。

_____ 若本人在 IHSS 的工作結束, 本人將於 **10 天內**通知 IHSS 薪資處。

_____ 本人了解, 當 IHSS 接受服務者**不在家時**, IHSS 的工作時數**不能支付工資**。這方面的例子包括: 當接受服務者**住在醫院, 或在專業護理機構, 或在住宿看護院;或在監獄/牢裏;或是離州出外旅遊**(除非行程是經接受服務者的社會工作人員之許可)。

_____ 本人了解, 當接受服務者死亡時, IHSS 服務工作**立刻中止**。

- 當接受服務者不在家或是死亡時, 在工作時數表上申報時數屬於**詐欺**申報。涉嫌詐欺的案例將被立刻通報於檢察官辦公室以進行刑事調查並可能被起訴。

_____ 在填寫工作時數表與簽名之前, 本人將與接受服務者核實工作日期與時數。本人了解只有**實際工作時數**可申報於工作時數表, 並且申報超過實際工作時數屬於**詐欺**, 而此行為被發現後將被通告於檢察官。

- IHSS 接受服務者屬雇主身分, 因此他/她在接受服務**之後**必須在工作時數表上簽名。唆使接受服務者之外之任何人在工作時數表上簽名屬**詐欺**。如果因特殊情況(例如:死亡或殘疾)導致接受服務者無法於工作時數表上簽名, 提供者應聯繫 IHSS 薪資處。並且, 提供者若申報工作截止日**之後**的時數, 則屬**詐欺**行為。

_____ 本人了解服務時數乃**按月**分配給接受服務者, 而未使用之時數**不可**延續至下個月使用。

- 若提供者未被僱用一整個月(從該月第一天到最後一天), 他/她在該月的許可工作時數可能會**按比例調整**。IHSS 薪資處將作此調整。

_____ 本人了解本人**不應該**為接受服務者提供超過其每月**批准時數**之工作, 若有工作額外時數, IHSS **不會**為這些時數付款。

_____ 本人了解若接受服務者有「分攤費用」(SOC)之責任, 他/她可能有責任須給付本人部分之薪資。如果接受服務者不給付欠本人之薪資, IHSS 可能會終止分配給他/她服務。

- 郡政府**沒有**職責必須確保接受服務者給付他們所欠提供者之 SOC 薪資。

基於了解作偽證的刑罰下, 本人確認本人了解並同意以上條款。本人了解若本人違反一或多條協議之條款, IHSS 可能會終止本人之提供者工作, 並將案件移交檢察官以進行刑事調查與起訴。

IHSS 提供者簽名: _____ 日期: _____

IHSS 提供者姓名 (正體書寫): _____ 接受服務者姓名: _____