

成人和老龄化服务部

家庭支援服务

办公地址: 6955 Foothill Blvd., Suite 143 Oakland, CA 94605

邮寄地址: 6955 Foothill Blvd., Suite 300

Oakland, CA 94605

提供者注册说明

要成为家庭支持服务(IHSS)提供者,您必须:

- ✓ 完成IHSS提供者注册包:
- ✓ 参加强制性的新提供者介绍会; **并且**
- ✔ 取指纹,并完成犯罪背景调查。

所有这些要求必须在您的提供者注册过程开始之日起的 <u>90天</u> 之内完成。为了获得IHSS计划给提供者的薪水,您必须注册,并获准成为提供者。如果您未能在时间范围内完成这些要求,那么您将不符合工作资格,并不能获得IHSS计划的薪水。

如果您在完成注册要求<u>之前</u>开始提供服务,并且最终被确定为 符合条件 的提供者,那么,您可能有资格获得从您完成提供者注册要求之日期起最多90个日历日内所提供服务的追溯付款。

如果您在完成注册要求<u>之前</u>开始提供服务,但最终确定不是合格的提供者,那么,IHSS接受者将负责支付您的服务。

现有的提供者

如果您是已参加了提供者介绍会的现有的或返回的提供者, **并且**,您通过背景调查的时间短于一(1)年,请将以下材料电邮、传真、邮寄或亲自提交至位于上述地址的 IHSS 办公室:

- □ 完成的 IHSS 提供者注册包;请参阅第 2 页上的说明。
- □ 如果您的社会保障卡规定"需要授权"(Authorization Needed),提交您的社会保障卡复印件,以及您的居住外国人卡或工作许可证(Resident Alien or Employment Authorization Card)的原件。

如果您从另一县搬到这里,并且当前是提供者,请提供您有效的照片身份证件和社会保障卡的复印件。

新提供者

如果您是 <u>新的</u> 提供者(以前未注册过,或距离您上次工作已经有 12 个月或更长时间),请 **亲自** 到位于上述地址的 IHSS 办公室提交/完成如下材料:

- □ 完成的 IHSS 提供者注册包;请参阅第 2 页上的说明。
- □ 签名的社会保障卡原件。如果您的社会保障卡规定"需要授权",那么,包括提交您的居住外国人卡或工作许可证的原件。**请在提供者介绍会上亲自提交。**
- □ 您的有效/未到期的政府签发的照片证件(加州驾照或身份证、美国护照或军人身份证) 的 原件。**请在提供者介绍会上亲自提交。**
- □ IHSS 新提供者情况介绍会
 - o 欲参加完成远程=介绍会(线上进行),请访问<u>IHSS提供者注册页面</u> (ihsspe.acgov.org/)

~下页续(请翻页)~

- o 新提供者介绍会日期可从如下渠道获得:
 - IHSS 网站:_ https://alamedasocialservices.org/public/services/elders_and_disa bled_adults/in_home_Supportive_services.cfm;
 - IHSS 办公室, 地址: 6955 Foothill Blvd., 1st Floor Suite 143, Oakland, Ca 94605; 或
 - IHSS 工资表呼叫中心, 电话 510.577.1877
 - 介绍会仅针对提供者——不接纳接受者和儿童等访客
- □ 将提供有关实时扫描取指纹站点的信息,以便您完成犯罪背景调查。**您需要负担此费** 用。

完成提供者注册包的说明

新的和现有的提供者

- 1. 如果您是新的或现有的提供者,请填写以下表格:
 - SOC 426A, IHSS 接受者指定提供者表格 (提供者部分为必填项)
 - W-4, 员工预扣税证明表格 (选填)
 - DE-4, 州府员工预扣税证明表格 (选填)
- 2. 用以下方式之一提交所有的必填注册表格(注册包):
 - 电邮: IHSSProviderEnrollment@acgov.org
 - 传真: (510) 577-1803
 - 邮寄: In-Home Supportive Services 6955 Foothill Blvd., Suite 300 Oakland, CA 94605
 - 亲自提交: Office Lobby at Suite 143
- 3. 保留以下表格,作为您的记录:
 - PUB 104, IHSS 个人提供者福利和服务信息表格
 - SOC 426C, IHSS 加州法案条款表格
 - SOC 847, 给潜在提供者的、关于 IHSS 提供者注册流程的重要信息表格
 - 工伤赔偿的事实表格
 - 72-16, 普遍注意事项通知表格

IHSS 接受者

- 1. 如果您是接受者,请填写以下表格:
 - SOC 426A, IHSS 接受者指定提供者表格 (必填)
 - 如果您要终止之前的提供者:
 - 70-19,提供者离开或中止表格(选填)

如需协助,请致电(510)577-1877。谢谢。