

دستورالعمل نامنویسی ارائه‌دهندگان

افرادی که می‌خواهند ارائه‌دهنده خدمات حمایت در منزل (IHSS) شوند، می‌بایست:

- ✓ بسته نامنویسی ارائه‌دهنده IHSS را تکمیل نمایند؛
- ✓ در جلسه اجباری آشناسازی ارائه‌دهندگان جدید شرکت کنند؛
- ✓ انگشتنگاری کرده باشند و سوء پیشینه آنها بررسی شده باشد.

کلیه این ملزومات می‌بایست ظرف **90 روز** از تاریخ شروع مرحله نامنویسی ارائه‌دهنده تکمیل شوند. جهت دریافت حق‌الزحمه خود بعنوان ارائه‌دهنده برنامه IHSS، شما باید نامنویسی کرده و بعنوان یک ارائه‌دهنده مورد موافقت واقع شوید. اگر این ملزومات را ظرف مدت تعیین شده کامل ننمایید، شما واجد شرایط کار نخواهید بود و حق‌الزحمه‌ای توسط برنامه IHSS به شما پرداخت نخواهد شد.

اگر پیش از تکمیل ملزومات نامنویسی شروع به ارائه خدمات نمایید و سپس بعنوان ارائه‌دهنده واجد شرایط تعیین شوید، ممکن است واجد شرایط برای دریافت پرداختی‌های عقب مانده مربوط به خدماتی شوید که حداکثر تا 90 روز از تاریخ تکمیل ملزومات نامنویسی انجام داده‌اید.

اگر پیش از تکمیل ملزومات نامنویسی شروع به ارائه خدمات نمایید و سپس صلاحیت شما بعنوان ارائه‌دهنده تعیین نشود، دریافت‌کننده IHSS مسئول پرداخت خدماتی که شما ارائه داده‌اید می‌باشد.

ارائه‌دهندگان فعلی

اگر شما از ارائه‌دهندگان فعلی یا بازگشتی هستید که در جلسه آشناسازی ارائه‌دهندگان شرکت کرده‌اند و کمتر از یک (1) سال از روشن شدن عدم سوء پیشینه شما می‌گذرد، لطفاً موارد زیر را برای دفتر IHSS ایمیل، فکس و یا پست کرده و یا شخصاً آنها را به آن دفتر به آدرس ذکر شده در بالا تحویل دهید:

- ☐ بسته نامنویسی ارائه‌دهندگان بصورت تکمیل شده. به دستورالعمل ارائه شده در صفحه 2 مراجعه کنید.
- ☐ کپی از کارت تأمین اجتماعی امضا شده شما و اصل کارت اقامت اتباع بیگانه یا کارت مجوز اشتغال در صورتی که کارت تأمین اجتماعی‌تان دارای عبارت «مجوز مورد نیاز است» باشد.

اگر از کشور دیگری به اینجا مهاجرت کرده‌اید و اکنون یک ارائه‌دهنده هستید، یک کپی از کارت تطبیق عکس یا کارت تأمین اجتماعی خود ارائه دهید.

ارائه‌دهندگان جدید

اگر از ارائه‌دهندگان جدید هستید (قبلاً نامنویسی نکرده‌اید و یا 12 ماه یا بیشتر از زمان آخرین کار شما می‌گذرد)، لطفاً موارد زیر را تکمیل کرده/ تحویل دهید:

- ☐ بسته نامنویسی ارائه‌دهندگان بصورت تکمیل شده. به دستورالعمل ارائه شده در صفحه 2 مراجعه کنید.
- ☐ اصل کارت تأمین اجتماعی امضا شده شما. اصل کارت اقامت اتباع بیگانه یا کارت مجوز اشتغال در صورتی که کارت تأمین اجتماعی‌تان دارای عبارت «مجوز مورد نیاز است» باشد را نیز ضمیمه کنید. آن را شخصاً در جلسه آشناسازی ارائه‌دهنده تحویل دهید.
- ☐ اصل کارت تطبیق عکس که توسط دولت صادر شده و معتبر/منقضی نشده باشد (گواهینامه رانندگی کالیفرنیا یا کارت شناسایی، پاسپورت ایالات متحده یا کارت شناسایی نظامی). آن را شخصاً در جلسه آشناسازی ارائه‌دهنده تحویل دهید.

~ ادامه (پشت صفحه) ~

□ جلسه آشناسازی ارائه‌دهندگان جدید IHSS.

- برای شرکت و تکمیل جلسه آشناسازی از راه دور (آنلاین)، از ثبت‌نام ارائه‌دهنده IHSS (ihsspe.acgov.org) دیدن کنید.
- اطلاعات مربوط به تقویم آشناسازی ارائه‌دهندگان جدید در مکان‌های زیر در دسترس می‌باشد:

▪ در وبسایت IHSS:
https://alamedasocialservices.org/public/services/elders_and_disabled_adults/in_home_supportive_services.cfm

▪ در دفتر IHSS واقع در 6955 Foothill Blvd., 1st Floor Suite 143, Oakland, Ca 94605

- یا
- مرکز درخواست لیست حقوق به شماره 510.577.1877
- جلسات آشناسازی فقط برای ارائه‌دهندگان است – مهمانان از جمله دریافت‌کنندگان و کودکان اجازه ورود ندارند.

□ اطلاعات مربوط به سایت‌های انگشت‌نگاری اسکن زنده در اختیار شما قرار داده خواهد شد تا بتوانید بررسی عدم سوء پیشینه خود را تکمیل نمایید. شما مسئول پرداخت هزینه‌های مربوطه می‌باشید.

دستورالعمل تکمیل بسته نام‌نویسی ارائه‌دهندگان

ارائه‌دهندگان جدید و فعلی

1. اگر از ارائه‌دهندگان جدید یا فعلی هستید، فرم‌های زیر را تکمیل نمایید:
 - SOC 426A، تعیین ارائه‌دهنده توسط دریافت‌کننده IHSS (بخش ارائه‌دهنده الزامی است)
 - W-4، گواهینامه منع کمک هزینه کارمندان (اختیاری)
 - DE-4، گواهینامه منع کمک هزینه کارمندان ایالتی (اختیاری)
2. کلیه فرم‌های ثبت‌نام مورد نیاز (بسته) را به یکی از روشهای زیر ارسال کنید:
 - ایمیل: IHSSProviderEnrollment@acgov.org
 - فکس: 577-1803 (510)
 - پست: In-Home Supportive Services
6955 Foothill Blvd., Suite 300
Oakland, CA 94605
 - تحویل به: Office Lobby at Suite 143

3. فرم‌های زیر را برای سوابق خود نگهدارید:

- PUB 104، اطلاعات خدمات و مزایای ارائه‌دهندگان فردی IHSS
- SOC 426C، بخش‌های آئین‌نامه کالیفرنیا IHSS
- SOC 847، اطلاعات مهم برای ارائه‌دهندگان آینده در مورد فرآیند نام‌نویسی ارائه‌دهندگان IHSS
- حقایق مربوط به جبران خسارت کارگران
- 72-16، اعلامیه اقدامات احتیاطی همگانی

دریافت‌کنندگان IHSS

1. اگر از دریافت‌کنندگان هستید، فرم‌های زیر را تکمیل نمایید:
 - SOC 426A، تعیین ارائه‌دهنده توسط دریافت‌کننده IHSS (الزامی)
 - اگر دریافت خدمات از ارائه‌دهنده قبلی را خاتمه داده‌اید:
 - 70-19، مرخصی یا عدم ارائه کار ارائه‌دهنده (اختیاری)
- برای دریافت کمک، لطفاً به شماره تلفن 577-1877 (510) تماس بگیرید. متشکریم.

اطلاعاتی مهم برای ارائه‌دهندگان آتی درباره برنامه خدمات پشتیبانی خانگی (IHSS) روند ثبت‌نام ارائه دهنده

یک ارائه دهنده کسی است که بابت ارائه خدمات به شخص دریافت‌کننده خدمات پشتیبانی خانگی تحت برنامه IHSS، دستمزد دریافت می‌کند. اگر می‌خواهید یک ارائه دهنده IHSS شوید، باید تمامی مراحل ذیل ذکر را طی ۹۰ روز از تاریخ شروع روند تکمیل کنید تا بتوانید به عنوان یک ارائه دهنده ثبت‌نام کرده و بابت ارائه خدمات از برنامه IHSS دستمزد دریافت کنید. نیازی نیست این مراحل با ترتیبی خاص انجام شوند. اگر فکر می‌کنید که طی ده سال گذشته سابقه دستگیری جنایی و/یا محکومیت دارید، صرف‌نظر از اینکه آن محکومیت تا چه اندازه جزئی بوده است، باید این روند را از مرحله ۲ شروع کنید زیرا شما تنها ۹۰ روز فرصت دارید تمام مراحل را تکمیل کنید و ممکن است زمان بیشتری برای اداره دادگستری کالیفرنیا (DOJ) طول بکشد تا سابقه کیفری شما را بررسی و اطلاعات مربوط به سوءپیشینه شما را به کانتی ارائه کند.

مرحله ۱. فرم ثبت‌نام ارائه دهنده برنامه IHSS (SOC 426) را تکمیل نمایید و آن را شخصاً به اداره IHSS کانتی یا سازمان عمومی IHSS تحویل دهید.

- یک نسخه خام از فرم SOC 426 را از اداره IHSS کانتی یا سازمان عمومی دریافت کنید. قبل از تکمیل فرم این اطلاعات را به دقت بخوانید.
- فرم SOC 426 را تکمیل نمایید و به تمامی پرسش‌ها به‌طور کامل و صحیح پاسخ دهید. اگر به جرائمی محکوم شده‌اید که مانع شما برای ارائه خدمات می‌شوند، باید آن را گزارش کنید.
- یک کارت شناسایی عکس‌دار صادره از سوی سازمان دولتی فدرال ایالات‌متحده یا سازمان ایالتی یا سازمان بومی آمریکا مورد تأیید فدرال یا سازمان قبایل بومی آلاسکا و اصل کارت تأمین اجتماعی یا کارت جایگزین صادره از سوی اداره تأمین اجتماعی را با خود به همراه داشته باشید.
- اطلاعاتی که در فرم SOC 426 ارائه می‌کنید از نظر بررسی سوءپیشینه کیفری توسط DOJ مورد تأیید قرار می‌گیرند.

مرحله ۲. اثرانگشت خود را ثبت کنید و بررسی سوءپیشینه کیفری را توسط اداره دادگستری کالیفرنیا انجام دهید.

- اداره کانتی یا سازمان عمومی IHSS دستورالعمل‌های مربوط به روش ثبت اثرانگشت را در اختیار شما قرار می‌دهد. تا زمانی که دستورالعمل‌های ثبت اثرانگشت را از کانتی دریافت نکرده‌اید، اقدام به این کار نکنید.
- شما می‌توانید در بعضی سازمان‌های محلی اجرای قانون (اداره پلیس یا کلانتری) یا در محل کسب و کاری که خدمات اسکن دیجیتالی اثرانگشت (اسکن حضوری) ارائه می‌دهند، اثرانگشت خود را ثبت کنید. اداره کانتی یا سازمان عمومی IHSS می‌تواند فهرستی از مکان‌های نزدیک به شما را در اختیارتان قرار دهد.

- قانون ایالتی ملزم می‌دارد که شما هزینه ثبت اثر انگشت و بررسی سوء پیشینه کیفری را پرداخت کنید. نرخ این هزینه بسته به جایی که اثر انگشت خود را ثبت می‌کنید متفاوت است؛ هزینه از ۴۰ تا ۹۰ دلار متغیر است.
- اگر طی بررسی سوء پیشینه کیفری مشخص شود که برای جرائم رده ۱ یا رده ۲ **محکوم شده‌اید** لطفاً بخش‌های زیر و بخش‌های مندرج در صفحه بعد را بخوانید.

اگر طی ۱۰ سال گذشته به موجب جرم رده ۱ یا رده ۲ محکوم شده‌اید و یا پس از محکومیت به زندان رفته‌اید، واجد شرایط نام‌نویسی به عنوان ارائه دهنده خدمات IHSS یا دریافت دستمزد از برنامه IHSS بابت ارائه خدمات حمایتی نیستید.

اگر طی ۱۰ سال گذشته بابت جرائم رده ۱ محکومیت داشته‌اید، واجد شرایط عنوان ارائه‌دهنده خدمات نیستید. • حتی اگر مرتکب جرم رده ۱ شده‌اید که مدارک آن از سابقه شما برداشته شده است، باز هم واجد شرایط نیستید.	جرائم رده ۱ شامل موارد زیر می‌شود: • سوء استفاده معین از یک کودک (قانون کیفری (PC) بخش ۲۶۳۰۰۰۰(a)؛ • سوء استفاده از یک سالمند یا بالغ وابسته (PC) بخش - قسمت ۳۶۸؛ یا • کلاهبرداری از یکی از برنامه‌های مراقبتی بهداشتی یا خدمات حمایتی دولتی.
اگر طی ۱۰ سال گذشته بابت جرائم رده ۲ محکومیت داشته‌اید، ممکن است واجد شرایط عنوان ارائه دهنده خدمات باشید: • اگر جرم رده ۲ شما از سوابقتان برداشته شده است یا اینکه قابل برداشت باشد. • اگر یک دریافت‌کننده خدمات یک برگ معافیت فردی برای استخدام شما ارسال نماید. • اگر حکم معافیت عمومی شما تأیید شده باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر بخش‌های زیر را بخوانید.	جرائم رده ۲ شامل موارد زیر می‌شود: • جنایتی خشونت‌آمیز یا جدی برحسب آنچه در PC بخش ۲۶۶۷۰۰۰(c) و PC بخش ۲۶۱۹۲۰۷(c) مقرر شده است، • جنایت تب‌هکارانه‌ای که به موجب آن شخص ملزم است برحسب PC بخش ۲۹۰(c) نام خود را به عنوان مجرم جنسی ثبت نماید، و • جنایت تب‌هکارانه کلاهبرداری از برنامه خدمات اجتماعی عمومی، بنا به تعریف بخش‌های ۲۱۰۹۸۰(c) و ۲۱۰۹۸۰(g) قانون رفاه و سازمان‌ها (W&IC). شما می‌توانید از اداره کانتی یا سازمان عمومی IHSS فهرستی از جرائم رده ۲ را درخواست کنید.

حذف سوابق جرائم رده ۲:

- اگر شما گواهی اعاده اعتبار یا حذف سوابق جرم رده ۲ دارید، ممکن است واجد شرایط عنوان ارائه دهنده خدمات IHSS باشید. نسخه‌ای از گواهی اعاده اعتبار یا مدارک مربوط به حذف سوء پیشینه را با فرم تکمیل‌شده SOC 426 ارائه دهید.
- اگر در روند حذف سوابق جرائم هستید، باید قبل از ادامه بررسی سوء پیشینه، روند حذف سوابق را به انجام برسانید.

گواهی معافیت از محرومیت فردی برای جرم رده ۲:

یک گواهی معافیت فردی به شما امکان می‌دهد خدمات را **تنها** به دریافت‌کننده‌ای خاص ارائه دهید که تصمیم می‌گیرد شما را علی‌رغم داشتن محرومیت(های) کیفری استخدام نماید.

- یک دریافت‌کننده خدمات باید درخواست دهد و درخواست دریافت‌کننده برای معافیت ارائه دهنده (SOC 862) را به اداره کانتی یا سازمان عمومی IHSS تسلیم نماید تا به شما اجازه ارائه خدمات داده شود.
- محرومیت شما باید به دریافت‌کننده خدمات IHSS که می‌خواهد شما را استخدام نماید اطلاع داده شود؛ بااین‌حال از او خواسته می‌شود تا اطلاعات محرومیت شما را محرمانه نگاه دارد.
- اگر شما به عنوان ارائه‌دهنده، نماینده قانونی دریافت‌کننده خدمات نیز هستید، مجاز به امضای فرم معافیت از طرف دریافت‌کننده برای چشم‌پوشی از جرائم موضوع محرومیتتان **نیستید**. در این صورت، فرم معافیت باید مستقیماً توسط دریافت‌کننده، و یا در صورت عدم امکان، توسط فرد دیگری امضا شود که به عنوان نماینده قانونی وی برای امر امضای این معافیت تعیین شده است.

اگر دریافت‌کننده شما یک فرم معافیت فردی را امضا کند که به شما اجازه می‌دهد تنها برای او کار کنید، اگر او به کانتی دیگری نقل مکان کند یا تصمیم بگیرید برای دریافت‌کننده دیگری کار کنید که در یک کانتی دیگر زندگی می‌کند، شما باید روند بررسی سوءپیشینه کیفری دیگری را در کانتی جدید انجام دهید و دریافت‌کننده‌ای که برای او کار می‌کنید باید درخواست دیگری را برای معافیت فردی در کانتی جدید تکمیل و تسلیم نماید.

معافیت عمومی برای جرم رده ۲:

فردی که عدم صلاحیت او برای نام‌نویسی به عنوان ارائه دهنده خدمات به دلیل محرومیت برای جرم رده ۲ احراز شده است اما مایل است در فهرست ارائه‌دهندگان قرار گیرد می‌تواند برای اینکه رفع محرومیت شود درخواست معافیت عمومی بدهد.

- با تکمیل فرم درخواست ارائه دهنده متقاضی IHSS برای معافیت عمومی (SOC 863) تقاضای معافیت عمومی کنید.
- شما ملزم خواهید بود اسنادی (از جمله سابقه اشتغال، معرفی نامه کارکنان و غیره) را در حمایت از درخواست خود برای معافیت عمومی ارائه کنید.

اگر به موجب محرومیت جرائم رده ۱ یا ۲ عدم صلاحیت شما محرز گردیده است، می‌توانید از کانتی یک نسخه از فرم اطلاعات سوءپیشینه کیفری (CORI) خود را درخواست کنید. لطفاً مدنظر داشته باشید که از CORI تنها می‌توان برای این روند ثبت‌نام استفاده کرد.

اگر معتقدید که اطلاعات مندرج در پیشینه کیفری شما غلط است، می‌توانید آن اطلاعات را از طریق روند بازبینی سوابق DOJ تحت بررسی قرار دهید.

روند بازبینی سوابق DOJ شامل ارسال اثر انگشت‌ها، پرداخت هزینه بررسی، انجام دستورالعمل‌های مندرج در وبسایت DOJ به آدرس <http://ag.ca.gov/fingerprints/security.php> می‌باشد. اگر اطلاعات کیفری در سوابق شما ثبت شده است، دعوی عدم صحت یا ناقص بودن آن اطلاعات (فرم BCII 8706) همراه با پاسخ ارائه می‌شود.

مرحله ۳: در جلسه معارفه ارائه دهنده خدمات برنامه IHSS که از سوی کانتی برگزار می‌شود شرکت کنید.

- اداره کانتی یا سازمان عمومی IHSS زمان و مکانی که می‌توانید در جلسه معارفه شرکت کنید را به شما اطلاع می‌دهد.
- در جلسه معارفه اطلاعاتی مهم درباره برنامه IHSS، قوانین و الزاماتی ارائه می‌شوند که شما به عنوان ارائه دهنده خدمات باید از آن‌ها پیروی کنید.

مرحله ۴: در پایان جلسه معارفه ارائه دهنده خدمات، یک توافق‌نامه ثبت‌نام ارائه دهنده برنامه SOC 846 (IHSS) را امضا کنید.

- با امضای فرم SOC 846، اعلام می‌دارید که قوانین و الزامات کار به عنوان ارائه دهنده خدمات در برنامه IHSS را درک کرده و با آن‌ها موافق هستید.

شما باید نسخه‌ای از تمامی مدارک ارسالی و مدارک دریافتی از کانتی را نزد خود نگه دارید.

زمانی که با موفقیت این چهار (۴) مرحله را انجام دادید و توسط کانتی یا سازمان عمومی برای کار به عنوان ارائه دهنده خدمات IHSS مورد تأیید قرار گرفتید، تا زمانی که ارائه دهنده‌ای فعال باشید و سوءپیشینه نداشته باشید، همچنان صلاحیت ارائه خدمات به هر دریافت‌کننده IHSS را خواهید داشت.

اگر این چهار (۴) مرحله را طی ۹۰ روز بعد از شروع روند ثبت‌نام ارائه دهنده خدمات تکمیل نکنید، عدم صلاحیت شما برای کار و دریافت دستمزد به عنوان ارائه دهنده IHSS محرز می‌گردد و باید این روند را از ابتدا شروع کنید تا به عنوان ارائه دهنده IHSS ثبت‌نام شوید.

اگر هرگونه پرسشی درباره الزامات ثبت‌نام ارائه دهنده خدمات دارید با دفتر کانتی IHSS یا سازمان عمومی IHSS تماس بگیرید.

برنامه خدمات پشتیبانی خانگی (IHSS) انتصاب ارائه‌دهنده خدمات از سوی دریافت‌کننده

دستورالعمل‌ها:

- از خودکار مشکی یا آبی استفاده کنید. اطلاعات را خوانا بنویسید.
- شما (یا نماینده قانونی شما) باید بخش الف این فرم را تکمیل کنید تا به کانتی اطلاع دهید چه کسی را برای ارائه خدمات مجاز خود انتخاب کرده‌اید.
- اگر چند ارائه‌دهنده خدمات دارید، باید برای هر کدام از افرادی که خدمات مجاز را به شما ارائه می‌دهند، فرم جداگانه‌ای تکمیل نمایید.
- شما باید تصدیق‌نامه مندرج در بخش پ این فرم را امضا کنید.
- لطفاً فرم تکمیل و امضا شده را به کانتی تحویل دهید. کانتی نسخه اصلی فرم را نزد خود نگه می‌دارد و یک کپی از آن را به شما می‌دهد.

بخش الف. انتصاب ارائه‌دهنده خدمات از سوی دریافت‌کننده	
۱. نام دریافت‌کننده:	
۲. شماره پرونده IHSS کانتی:	
۳. نام ارائه‌دهنده:	
۴. آدرس ارائه‌دهنده:	
شهر، ایالت، کد پستی:	
۵. شماره تلفن ارائه‌دهنده:	
۶. تاریخ تولد ارائه‌دهنده:	
۷. شماره تأمین اجتماعی ارائه‌دهنده*:	
۸. جنسیت ارائه‌دهنده (گزینه را تیک بزنید):	☐ مرد ☐ زن
۹. نسبت ارائه‌دهنده با دریافت‌کننده (در صورت وجود):	☐ ولی ☐ فرزند ☐ همسر/شریک زندگی ☐ قیم ☐ سرپرست ☐ سایر موارد
۱۰. تاریخ شروع کار ارائه‌دهنده:	

*توجه: دریافت شماره تأمین اجتماعی به‌موجب قانون اصلاح و کنترل مهاجرت مصوب سال ۱۹۸۶، قانون عمومی ۹۹-۶۰۳ (USC 1324a 8) به‌منظور تأیید هویت فرد و مجوز کار در ایالات‌متحده آمریکا الزامی است.

من فرد فوق‌الذکر را به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمات IHSS خودم انتخاب می‌کنم. این شخص بعضی یا تمام خدمات مجاز از سوی کانتی را به من ارائه خواهد کرد.

بخش ب. توافق نامه دریافت کننده

اینجانب درک کرده و توافق می کنم که:

- شخصی که به عنوان ارائه دهنده خدمات خود انتخاب کرده ام تا زمانی که تمامی الزامات ثبت نام به عنوان ارائه دهنده را تکمیل نکند نمی تواند از سوی فدرال/ایالت بابت ارائه خدمات به من، دستمزد دریافت کند. این الزامات شامل تکمیل، امضا و تحویل (حضور) فرم ثبت نام ارائه دهنده (SOC 426)، ثبت اثر انگشت و نداشتن سابقه کیفری از طریق بررسی عدم سوء پیشینه، انجام معارفه ارائه دهنده و تحویل توافق نامه ثبت نام ارائه دهنده (SOC 846) می باشد.
- اگر شخصی که من به عنوان ارائه دهنده انتخاب کرده ام الزامات ثبت نام ارائه دهنده را تکمیل نکند یا واجد شرایط کار به عنوان ارائه دهنده IHSS نباشد، کانتی اطلاعیه ای به من ارسال خواهد کرد.
- اگر تصمیم بگیرم که این شخص خدمات را به من ارائه دهد، قبل از اینکه به عنوان ارائه دهنده IHSS ثبت نام شود، و کانتی اطلاعیه ای را مبنی بر عدم صلاحیت او به عنوان ارائه دهنده IHSS به من ارسال نماید، باید شخصاً از جیب خود هزینه خدمات ارائه شده از سوی او قبل از تعیین صلاحیت و نیز خدمات ارائه شده بعد از اعلام عدم صلاحیت وی از سوی کانتی را بپردازم.
- کانتی و ایالت هیچ کدام مسئولیتی در قبال هرگونه دعوی و/یا خسارات احتمالی از سوی فرد فوق الذکر که می خواهم به عنوان ارائه دهنده خدمات IHSS خود استخدام کنم، نخواهند داشت. اینجانب توافق می کنم که ایالت و کانتی، کارکنان، نمایندگان و کارمندان آنها را از هرگونه مسئولیت مبری ندارم و مسئولیت هرگونه و تمامی دعاوی و/یا خسارات احتمالی به هر شخصی از سوی فرد مذکور که می خواهم به عنوان ارائه دهنده IHSS خود استخدام کنم را بر عهده بگیرم.
- کانتی می تواند اطلاعاتی را درباره خدمات مجاز من و ساعات کاری را در اختیار فردی قرار دهد که به عنوان ارائه دهنده خدمات خود انتخاب کرده ام. کانتی اطلاعیه ارائه دهنده IHSS از ساعات و خدمات مجاز دریافت کننده (SOC 2271) را برای ارائه دهنده من ارسال خواهد کرد.
- تعداد کل ساعات ماهانه مجاز من بر ۴ تقسیم می شود تا حداکثر تعداد ساعات کاری هفتگی من تعیین شود. حداکثر تعداد ساعات کاری، خط مبنایی است که بالاترین تعداد ساعتی را به من می گوید که ارائه دهنده (ارائه دهنده) من قادرند در طول یک هفته کاری برای من کار کنند. با این حال به این دلیل که همه ماه ها کمی بیشتر از ۴ هفته هستند، با ارائه دهنده (ارائه دهنده) خود هماهنگ می کنم تا ساعات کاری خود را در تمام طول هفته تقسیم کنند تا حتماً از تمام ساعات کاری مورد نیاز من برای آن ماه بهره مند شوم.
- گاهی اوقات ممکن است نیاز داشته باشم که ارائه دهنده بیشتر از حداکثر تعداد ساعات کاری هفتگی کار کند. تنها زمانی باید از کانتی برای تنظیم حداکثر ساعات کاری هفتگی تأییدیه درخواست کنم که آن تغییر ارائه دهنده من را ملزم می کند:

۱. بیشتر از ساعات کاری ماهانه معمول کار کند.

۲. بیشتر از ۴۰ ساعت برای من در یک هفته کاری کار کند، اگر حداکثر ساعت کاری هفتگی ۴۰ ساعت یا کمتر در یک هفته کاری باشد.

- اگر تأییدیه استثناء دریافت نکنم، ارائه‌دهنده من به خاطر کار کردن بیش از حداکثر ساعت مجاز هفتگی، هشدار نقض قوانین را دریافت می‌کند.
- من **هرگز** نمی‌توانم به ارائه‌دهنده خود اجازه دهم بیشتر از کل تعداد ساعت کاری ماهانه من کار کند. در نتیجه زمانی که به ارائه‌دهنده خود اجازه کار بیشتر در یک هفته را می‌دهم، باید از ارائه‌دهنده بخواهم در دیگر هفته(های) آن ماه ساعات کمتری را کار کند.
- اگر ارائه‌دهنده من برای دریافت‌کننده دیگری کار می‌کند، حداکثر تعداد ساعتی که می‌تواند در یک هفته کاری به‌طور ترکیبی برای دریافت‌کنندگان خود ثبت کند ۶۶ ساعت است. من باید یک برنامه زمانی کاری برای ارائه‌دهنده خود تهیه کنم تا مشخص شود چند ساعت در هفته کار می‌کند و مطمئن باشم بیشتر از ۶۶ ساعت در هفته کار نمی‌کند. من یک اطلاعیه دریافت‌کننده از حداکثر ساعت هفتگی (SOC 2271A) دریافت خواهم کرد که در آن اطلاعات مربوط به حداکثر ساعت کاری هفتگی درج خواهد شد، بنابراین از آن می‌توانم برای ایجاد برنامه زمانی کاری ارائه‌دهنده (ارائه‌دهندگان) خود استفاده کنم. برای تهیه برنامه زمانی، ارائه‌دهنده خدمات باید تعداد ساعاتی که می‌تواند در هر هفته برای من کار کند را به من اطلاع دهد. اگر ارائه‌دهنده من نتواند تمام ساعات مجاز من را کار کند باید یک ارائه‌دهنده (ارائه‌دهندگان) دیگری نیز استخدام کنم. اگر برای پیدا کردن و استخدام ارائه‌دهنده (ارائه‌دهندگان) دیگری به کمک نیاز داشته باشم، می‌توانم با سازمان عمومی IHSS کانتی جهت دریافت مشخصات ارائه‌دهنده از فهرست یا با اداره IHSS کانتی خود تماس بگیرم.
- هر بار که ارائه‌دهنده من اعلان تخلف از قوانین دریافت کند، کانتی به من اطلاع می‌دهد. اگر ارائه‌دهنده خدمات من سه اعلان تخلف دریافت کند، از ارائه خدمات IHSS به مدت سه ماه تعلیق می‌شود. اگر پس از بازگشت به کار بعد از تعلیق سه‌ماهه، یکبار دیگر اعلان تخلف دریافت کند، مشمول انفصال از خدمت به‌عنوان ارائه‌دهنده به مدت یک سال خواهد شد.

بخش پ. تصدیق‌نامه دریافت‌کننده

اینجانب درک و توافق می‌کنم که تمامی الزامات مندرج در این فرم را رعایت کنم.

امضای دریافت‌کننده:

تاریخ:

نام با حروف کتابی و بزرگ:

امضای نماینده قانونی:

تاریخ:

نام با حروف کتابی و بزرگ:

تنها توسط کانتی تکمیل گردد

تاریخ:

نام مددکار:

Department of Adult, Aging and Medi-Cal Services

سازمان بزرگسالان و خدمات مدی-کل

In-Home Supportive Services

خدمات حمایتی داخل خانه

6955 Foothill Blvd., Suite 300

Oakland, CA 94605

PROVIDER LEAVE OR DISCONTINUANCE

خاتمه به کار و یا ختم ادامه کار ارایه دهنده خدمات

نام ارایه دهنده خدمات (فامیلی، نام)	
شهر، ایالت و کد پستی	آدرس
شماره سکیوریتی	شماره تلفن

این فرم به عنوان تقاضای کتبی برای موارد زیر میباشد:

شغل ارایه دهنده خدمات را با دریافت کننده زیر فسخ نمایید: ☐ ارایه دهنده را درموقعیت مرخصی بدون حقوق قرار دهید (شغل من را با دریافت کننده خدمات زیر را درموقعیت معلق قرار دهید): ☐	
اطلاعات دریافت کننده خدمات:	
نام (فامیلی، اسم)	
شماره تلفن	شماره پرونده یا شماره سوسیال سکیوریتی
جمع ساعات مجوز از اولین روز ماه تا آخرین روز کار.	آخرین روز کار ارایه دهنده خدمات
دلیل(ها) برای ختم ادامه یا تقاضای ترک کار:	
☐ دریافت کننده خدمات در بیمارستان است.	☐ ترک کار/فسخ کاری
☐ دریافت کننده خدمات فوت شده است.	☐ ناتوانی/ صدمه بدنی از کار
☐ دریافت کننده خدمات واجد شرایط دریافت خدمات نمیشود.	
☐ دریافت کننده در تعطیلات/ خارج از منطقه /ایالت/ کشور میباشد. تاریخ احتمالی بازگشت	
☐ دلایل دیگر	

شخصی که این فرم را پر میکند ☐ ارایه کننده خدمات ☐ دریافت کننده خدمات ☐ مجوز از طرف شخص دریافت کننده خدمات	
تاریخ	اسم با حروف جدا
امضا	

County Use Section بخش استفاده برای کانتی
--

کسر مالیات بر درآمد

شما می‌توانید در صورت تقاضا و اگر واجد شرایطی خاص باشید، مالیات بر درآمد ایالتی و فدرال خود را از حقوق ماهانگان کسر کنید. کسر مالیات بر درآمد برای ارائه‌دهندگان شخصی کاملاً داوطلبانه است. اگر می‌خواهید مالیات بر درآمد ایالتی و فدرال از حقوق ماهانگان کسر شود، لطفاً فرم کسر مالیات بر درآمد (W-4) را تکمیل کرده و به اداره رفاه کانتی خود ارسال نمایید. اگر مالیات بر درآمد ایالتی و/یا فدرال از حقوق ماهانه شما کسر نمی‌شود، همچنان ملزم هستید استرداد مالیات را در پایان سال ثبت نموده و احتمالاً مالیات بر درآمد خود را بپردازید. اگر به فرم اضافی W-4 نیاز دارید، می‌خواهید کسر مالیات خود را تغییر دهید یا باید وضعیت کسر مالیات خود را مشخص نمایید، با مددکار خدمات اجتماعی کانتی کارفرما/دریافت‌کننده خود تماس بگیرید.

برای کسب اطلاعات در مورد کسر مالیات بر درآمد ایالتی باید با هیئت محلی مالیات بر امتیاز (FTB) کالیفرنیا تماس بگیرید. شماره تلفن و آدرس این اداره در صفحات سفید دفترچه تلفن شما در زیر عنوان «California, State of, Franchise Tax Board» (هیئت مالیات بر امتیاز ایالت کالیفرنیا) درج شده است. برای کسب اطلاعات در مورد کسر مالیات بر درآمد فدرال باید با مرکز محلی خدمات درآمد داخلی (IRS) تماس بگیرید. شماره تلفن و آدرس این اداره در صفحات سفید دفترچه تلفن شما در زیر عنوان «United States Government, Internal Revenue Service» (دولت ایالات متحده آمریکا، مرکز خدمات درآمد داخلی) درج شده است.

اعتبار بر درآمد مکتسب (EIC)

ممکن است واجد شرایط دریافت اعتبار بر درآمد مکتسب (EIC) باشید. برای کسب اطلاعات در مورد EIC و اینکه واجد شرایط هستید یا خیر، دستورالعمل‌های تکمیل فرم W-5 (گواهی پیش‌پرداخت اعتبار بر درآمد مکتسب) را با دقت بخوانید. اگر واجد شرایط دریافت EIC باشید، می‌توانید به جای اینکه منتظر ثبت اظهارنامه مالیاتی خود باشید، اعتبار مالیاتی را از قبل همراه با حقوق خود دریافت کنید. برای کسب اطلاعات در مورد EIC باید با اداره محلی خدمات درآمد داخلی یا مشاور مالیاتی خود تماس بگیرید.

اگر شما ولی، همسر یا فرزند شخصی هستید که به او خدمات ارائه می‌کنید، می‌توانید تصمیم بگیرید با درخواست بیمه معلولیت ایالتی اختیاری، در برنامه SDI شرکت نمایید. فرم‌های پوشش SDI اختیاری را می‌توانید از مددکار خدمات اجتماعی کانتی تهیه کنید. اگر این پوشش اختیاری را می‌خواهید، هزینه آن از حقوق ماهانه شما کسر می‌شود. تمامی سایر ارائه دهندگان شخصی در صورتی که دستمزد فصلی IHSS بیش از ۷۵۰ دلار داشته باشند، به طور خودکار تحت پوشش SDI قرار می‌گیرند.

بیمه بیکاری (UI)

مزایای بیمه بیکاری (UI) تنها زمانی به شما ارائه می‌شود که ولی یا همسر کارفرما/دریافت‌کننده خدمات نباشید و بیکار شوید، قادر به کار کردن و در دسترس بوده و واجد شرایطی خاص باشید. بابت UI، مبلغی از حقوق ماهانه شما کسر نمی‌گردد. مزایای بیمه بیکاری حداکثر به مدت ۲۶ هفته ارائه می‌شود. شما باید با اداره توسعه اشتغال کالیفرنیا برای کسب اطلاعات و/یا درخواست بیمه بیکاری تماس بگیرید. شماره تلفن و آدرس این اداره در صفحات سفید دفترچه تلفن شما در زیر عنوان «California State of, Employment Development Department» (اداره توسعه اشتغال ایالت کالیفرنیا) درج شده است.

بیمه بیماری و ازکارافتادگی کارگران

مزایای بیمه بیماری و ازکارافتادگی کارگران تنها زمانی به شما ارائه می‌شود که در محل کار دچار جراحت شده باشید یا به موجب کار خود بیمار شده و واجد شرایط خاصی باشید. بابت بیماری و ازکارافتادگی کارگران، مبلغی از حقوق ماهانه شما کسر نمی‌گردد. اگر در محل کار دچار جراحت شوید، باید فوراً به پزشک مراجعه کرده و سپس به مددکار خدمات اجتماعی کانتی کارفرما/دریافت‌کننده خود اطلاع دهید. فرم‌های مطالبات برای درخواست بیمه بیماری و ازکارافتادگی کارگران را می‌توانید از مددکار خدمات اجتماعی کانتی تهیه کنید و باید پس از تکمیل به اداره رفاه کانتی تحویل داده شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره بیمه بیماری و ازکارافتادگی کارگران، می‌توانید با مسئول اطلاعات و راهنمایی به شماره ۸۰۰-۷۳۳۶-۷۴۰۱ تماس بگیرید.

تأمین اجتماعی

مزایای تأمین اجتماعی در دسترس ارائه‌دهندگان شخصی قرار دارد که ۱۸ سال یا بیشتر سن دارند و ولی کارفرما/دریافت‌کننده نباشند. اگر شما به طور کامل معلول یا بازنشسته شوید و واجد شرایط خاصی باشید، این مزایا به شما ارائه خواهد شد. بابت تأمین اجتماعی (FICA) مبلغی از حقوق ماهانه شما کسر می‌گردد. این مزایا شامل پرداخت‌های ماهانه بازنشستگی یا معلولیت به شما یا افراد تحت تکفل شما می‌باشد. شما باید با اداره محلی تأمین اجتماعی خود برای کسب اطلاعات و/یا درخواست مزایای تأمین اجتماعی تماس بگیرید. شماره تلفن و آدرس این اداره در صفحات سفید دفترچه تلفن شما در زیر عنوان «United States Government, Social Security Administration» (دولت ایالات متحده آمریکا، اداره تأمین اجتماعی) درج شده است.

مالیات MEDICARE

Medicare مزایای بهداشتی و پزشکی است که به عنوان بخشی از کل بسته مزایای تأمین اجتماعی دریافت می‌شود. در گذشته، کسر مالیات Medicare بخشی از کسر مالیات تأمین اجتماعی (FICA) بود. قانون فدرال اکنون ملزم می‌دارد که مالیات و مقدار کسر شده به طور جداگانه گزارش شوند. پرسش‌های مربوط به مالیات Medicare را با اداره تأمین اجتماعی مطرح کنید.

بیمه معلولیت ایالتی (SDI)

مزایای بیمه معلولیت ایالتی تنها زمانی به شما ارائه می‌شود که معلول شوید یا از انجام کارهای معمول خود بازداشته شده و واجد شرایط خاصی باشید. بابت SDI، مبلغی از حقوق ماهانه شما کسر می‌گردد. مزایای بیمه معلولیت ایالتی حداکثر به مدت ۵۲ هفته ارائه می‌شود. شما باید با اداره توسعه اشتغال (EDD) کالیفرنیا برای کسب اطلاعات و/یا درخواست بیمه معلولیت ایالتی تماس بگیرید. شماره تلفن و آدرس این اداره در صفحات سفید دفترچه تلفن شما در زیر عنوان «California State of, Employment Development Department» (اداره توسعه اشتغال ایالت کالیفرنیا) درج شده است.

خدمات پشتیبانی خانگی

به کار خود به عنوان ارائه‌دهنده شخصی
خدمات پشتیبانی خانگی (IHSS) خوش
آمدید

نام -

آدرس -

تلفن: -

کانتی:

اطلاعات مربوط به
مزایا و خدمات ارائه
دهنده شخصی

این اعلان به طور خلاصه مزایایی که ممکن است در دسترس شما باشد و تعهدات مالیات بر درآمد شما را شرح می‌دهد. لطفاً این بروشور را با دقت بخوانید. همچنین به خاطر داشته باشید که کارفرمای شما دریافت‌کننده IHSS است که شما را استخدام کرده است، نه ایالت کالیفرنیا و نه اداره رفاه کانتی (CWD). ایالت کالیفرنیا این بروشور و چک حقوق ماهیانه شما را از طرف کارفرما صادر می‌کند و CWD امور اداری و کاغذی را انجام می‌دهد.

لطفاً هرگاه درباره چک حقوق خود یا برگه ساعت کاری پرسشی داشتید با CWD تماس بگیرید. همیشه برگه ساعت کاری خود را پس از پایان دوره پرداخت (نه قبل از آن) با درج تاریخ امضا کنید و از کارفرمای خود بخواهید با درج تاریخ آن را امضا کند، سپس برگه ساعت کاری خود را به آدرس CWD ارسال نمایید که در گوشه پایین سمت راست برگه ساعت کاری درج شده است، تا از تأخیر در دریافت چک حقوقتان جلوگیری شود. به یاد داشته باشید که: همیشه هر گونه تغییر آدرس و/یا شماره تلفن خود را به CWD اطلاع دهید.

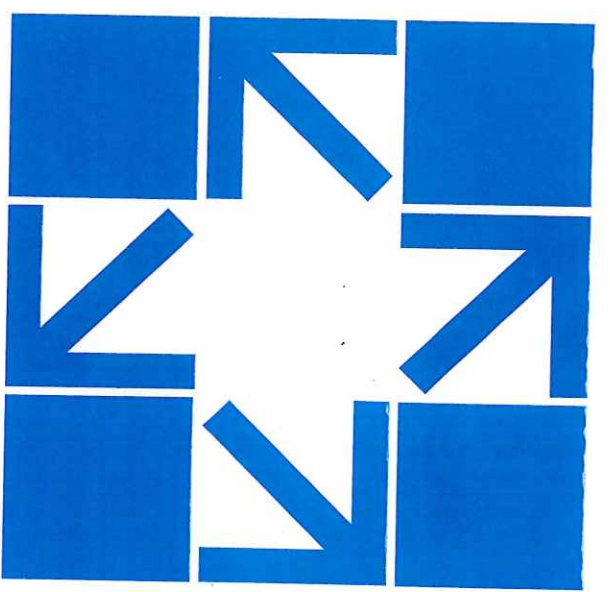
برای کسب اطلاعات در مورد
IHSS، با اداره رفاه کانتی تماس
بگیرید



ایالت کالیفرنیا

سازمان خدمات بهداشتی و انسانی، اداره خدمات اجتماعی





This pamphlet is available in Spanish. For a free copy, please write:
CWCI, 1333 Broadway, Suite 510, Oakland, CA 94612.

Este información está traducido al español. Para conseguir una copia, favor de escribir a: CWCI, 1333 Broadway, Suite 510, Oakland, CA 94612.

The information in this pamphlet has been approved by the Administrative Director of the Division of Workers' Compensation.

To reorder: This pamphlet, as well as state-approved workers' compensation posting notices, DWC-1 claim forms, and other information for injured workers and employers may be ordered from the online store at www.cwci.org, or you may request an order form by calling 510-251-9470.

Prepared and published as a community service by CWCI.
California Workers' Compensation Institute
1333 Broadway, Suite 510, Oakland, CA 94612
www.cwci.org

Notice of Copyright: This pamphlet is copyrighted by the California Workers' Compensation Institute (CWCI) and is intended solely for the use of Institute customers. The Institute retains all rights to its publication. Any duplication, reprinting, electronic posting, electronic redistribution, or resale of this pamphlet is a violation of copyright and is strictly prohibited.

Copyright © 2015, California Workers' Compensation Institute. All rights reserved.
Rev. 9/15



Facts About Workers' Compensation

The Way It Was

In the early 20th century, workers injured on the job had to sue their employer to recover medical expenses and lost wages. Lawsuits took months and sometimes years. Juries had to decide who was at fault and how much, if anything, would be paid. In most instances, the worker got nothing. It was costly, time consuming, and often unfair.

The Way It Is

Today, the California workers' compensation law provides a faster, fairer way to take care of injured workers... where fault doesn't have to be proved to recover medical expenses and lost wages. This job-injury insurance is paid for by your employer and supervised by the state. It pays your medical bills, and if you can't work due to a job-related injury or illness, it provides money to help replace lost wages until you can return to work.

Who's Covered?

Almost every employee in California is protected by workers' compensation, but there are a few exceptions. People in business for themselves and unpaid volunteers may not be covered. Maritime workers and federal employees are covered by similar laws. If you have a question about coverage, ask your employer.

What's Covered?

Any injury or illness is covered if it's due to your job. It can be caused by one event like a fall, or repeated exposures, such as repetitive motion over time. Everything from first-aid type injuries to serious accidents is covered. Workers' compensation even covers injuries – including physical or psychiatric injuries – resulting from a workplace crime. (Some injuries from voluntary, off-duty recreational, social or athletic activity – for example, the company bowling team – may not be covered. Check with your supervisor or the claims administrator listed at the end of this document if you have questions.)

Coverage is automatic and immediate. There is no qualifying period, no need to earn a certain amount in wages before you're covered... protection begins the first minute you're on the job.

What You Have To Do

If you have a work injury or illness, immediately notify your supervisor or call the phone number for the employer representative listed on the back of this pamphlet so you can get medical help right away. If it's more than a simple first-aid injury, your employer will give you a claim form so you can describe the injury and how, when and where it happened. To file a claim, complete the "Employee" section of the claim form. Keep one copy and return the rest to your employer. Your employer will then complete the "Employer" section, give you a signed and dated copy of the form, keep one copy and send one to the claims administrator, the company that is responsible for handling your claim and notifying you about your eligibility for benefits.

Benefits can't start until the claims administrator knows of the injury, so report the injury and file the claim form with your employer as soon as possible. State law requires that within one working day of receiving a claim form employers authorize medical care consistent with applicable treatment guidelines for the injury. Employers may be liable for as much as \$10,000 in treatment until a claim is accepted or rejected. Delays in reporting may delay workers' compensation benefits, and you could lose your right to benefits if your employer does not learn of your injury within 30 days of the date of injury. If your injury or illness develops over time, report it as soon as you learn it was caused by your job. To ensure your right to benefits, report every injury, no matter how slight, and request a claim form if it's more than a minor injury requiring only first aid.

Benefits

The California workers' compensation law guarantees you three kinds of benefits:

- All reasonable and necessary medical care for your injury or illness... with no deductibles. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, lab tests, x-rays, physical therapy, medicines, medical equipment and transportation costs to and from appointments. Workers' compensation medical services are subject to authorization for medical necessity and there are limits on the number of chiropractic, physical therapy and occupational therapy visits.
- Tax-free payments to help replace lost wages while you are temporarily disabled. Additional payments are made if the injury causes a permanent disability or death.
- If your injury or illness causes permanent disability that prevents you from returning to work and your employer doesn't offer appropriate modified or alternative work, you may be eligible for a supplemental job displacement benefit. This is a nontransferable voucher of up to \$6,000 for education-related training and/or skill enhancement at state-approved schools, and other services and resources to help you get back to work.

Benefit Payments

Medical Care: All medical bills for reasonable and necessary treatment will be paid directly by the claims administrator, so you should never receive a bill. The name and phone number of the claims administrator are at the end of this pamphlet and are posted at your workplace.

Temporary Disability: If you are unable to work for more than three days, including weekends, you are entitled to temporary disability (TD) payments to help replace your lost wages. About two weeks after reporting the injury, you'll get a check from the claims administrator. You will continue to receive TD checks every two weeks after that until the doctor says you can return to work, or that your medical condition is "permanent and stationary." (Payments won't be made for the first three days, however, unless you're hospitalized as an inpatient or unable to work more than 14 days.) The amount of these checks will be two-thirds of your average wage, subject to minimums and maximums set by the state legislature. It probably won't be the full amount of your regular paycheck, but there are no deductions and the payments are tax free. Under state law, TD payments for a single injury may not extend for more than 104 compensable weeks within five years from the date of injury, or for more than 240 weeks within five years from the date of injury for a few long-term injuries such as severe burns or chronic lung disease. If you reach the maximum TD payment period before you can return to work or before your medical condition becomes permanent and stationary, you may be able to obtain State Disability Benefits through the California Employment Development Department (EDD). You also may be able to get these benefits if your TD is delayed or denied. There are time restrictions, however, so contact EDD at (800) 480-3287 or www.edd.ca.gov for information on when and how to apply.

Permanent Disability: If your injury or illness results in a permanent loss of physical or mental function that a doctor can measure, you may receive permanent disability payments. The amount depends on the doctor's report, how much of the permanent disability was directly caused by your work, and factors such as your age, occupation, type of injury, and date of injury. The minimum and maximum amounts are set by state law, and vary by injury date, but if you have a permanent disability, your claims administrator will send you a letter explaining how the benefit was calculated. In general, the total amount is set at a weekly rate spread over a fixed number of weeks. The first payment is due within 14 days after the final temporary disability payment, or if you were not receiving temporary disability, 14 days after your doctor says your condition is permanent and stationary. After that, the benefit will be paid every 14 days until you reach the maximum or until you settle your case and receive a lump sum.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to individuals who were financially dependent on you. These benefits are set by state law and the amount depends on the number of dependents and the date of injury. Generally, the payments are made at the same rate as temporary disability payments, however, no payments will be less than \$224 per week. Workers' compensation also provides a burial allowance.

Supplemental Job Displacement Benefit: If the claims administrator receives a doctor's report that you have recovered as much as possible from your job injury, and that you have a permanent disability, within 60 days you may receive a form with an offer of regular, modified or alternative work from your employer. If 60 days after receiving the doctor's report your employer has not offered you regular, modified or alternative work, your claims administrator has 20 days to provide you a Supplemental Job Displacement Benefit. This is a voucher for up to \$6,000 that you can use for retraining or skill enhancement at a state accredited school, books, required tools, license or certification fees, or other resources that can help you find a new job. There are limits on how much you can spend for some items, but if you qualify, you'll receive a letter explaining what types of expenses are covered, the limits, documentation requirements, and deadlines for using this benefit.

Other Resources

Workers' compensation is sometimes confused with State Disability Insurance (SDI). They seem similar, but there are important differences. Workers' compensation insurance covers on-the-job injuries and illnesses and is paid for entirely by your employer. On the other hand, SDI covers off-the-job injuries or sickness, and is paid for by deductions from your paycheck. If you are not receiving workers' compensation benefits, you may be able to get State Disability benefits. For information, call the local office of the state Employment Development Department listed in the government pages of your phone book, or learn more at www.edd.ca.gov/disability.

If you receive a Supplemental Job Displacement Benefit voucher, you may qualify for additional money from the Return to Work Supplement Program. This program is administered by the California Department of Industrial Relations, so if you qualify, a check will be issued by the state, not the workers' compensation claims administrator, as this is not a workers' compensation benefit. For details on eligibility and how to apply, visit the Return to Work Supplement Program section of the Department of Industrial Relations web site at www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html or contact the local DWC Information and Assistance office listed in the back of this pamphlet.

If You Have Questions

... ask your supervisor or employer representative. Or contact the workers' compensation claims administrator (the name and phone number are listed at the end of this pamphlet and are posted at your workplace).

Information prepared by the state for injured workers also is posted on the DWC web site at www.dwc.ca.gov. In addition, you can contact an information and assistance officer at the State Division of Workers' Compensation (DWC). Information and assistance officers are available at no charge to answer questions, review problems and provide additional written information about workers' compensation. The local office is listed at the end of this pamphlet, posted at your workplace, and in the white pages of the phone book under State Government Offices/Industrial Relations/Workers' Compensation. For a list of all information and assistance offices throughout the state, or to hear recorded information, call (800) 736-7401.

More About Medical Care

Good medical care is important – to you, your family and your employer. Quality medical treatment is the quickest way to recovery.

- If emergency medical care is needed, immediately call 911 or go to the nearest hospital emergency room.
- For nonemergency medical care, notify your supervisor and go to the clinic/doctor's office listed on the back of this pamphlet or on the workers' compensation poster at your workplace. If only first-aid is needed and it is available at your workplace, seek it immediately. If it's more than a simple first-aid injury, ask your employer for a claim form.
- To make sure your medical bills get paid and you get all of your benefits, complete the "Employee" section of the claim form and return it to your employer as soon as possible. Employers must notify the claims administrator and authorize medical care within one working day of receiving a claim form, so get a signed and dated copy back from your employer and keep it with the other paperwork related to your claim.
- Your claims administrator will arrange medical care that meets the applicable treatment guidelines for the injury. The doctor, who may be a

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or medical group if:

- on the date of your injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work related;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses; that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

To: _____ (name of employer)

If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

(name of doctor) (M.D., D.O., or medical group)

(street address, city, state, ZIP)

(telephone number)

Employee Name: _____

(please print)

Employee's Address: _____

Name of Insurance Company, Plan or Fund providing health coverage for non-occupational injuries or illnesses: _____

Employee's Signature: _____

Date: _____

Signature: _____ Date: _____

(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician does not sign, other documentation of the physician's agreement to be redesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

(Optional DWC Form 9783, July 1, 2014)

Note to Employee: Unless an employee agrees, neither the employer nor the claims administrator shall contact your personal physician to confirm a predesignation [CCR 9780.1(f)]. If your physician did not sign above, other documentation that they agreed to be redesignated prior to the injury will be required. If you agree that after receiving this form your employer or claims administrator may contact your physician to confirm the predesignation, sign below:

Employee Signature: _____

Date: _____

Note to Physician: California workers' compensation medical services are subject to utilization review for medical necessity, reporting requirements, and the California Official Medical Fee Schedule. The following optional information may assist communication and facilitate the authorization, reporting, recordkeeping and payment processes:

Office Manager/Billing Contact: _____

Phone: _____

Mailing Address (if different from street address): _____

Fax: _____

Physician License #: _____

Physician Tax ID #: _____

specialist for your type of injury, will be familiar with workers' compensation requirements and will report promptly so your benefits can be paid. Your employer may have a Medical Provider Network (MPN), which is a network of health care providers who treat workers injured on the job. If so, MPN contact information can be found on the back of this pamphlet and on the workers' compensation poster at your worksite. You also can request information on how to use the MPN by asking your employer, or by visiting the MPN website or calling the MPN phone number listed in this pamphlet and on the workers' compensation poster.

The doctor responsible for developing your treatment plan and managing your care is your "primary treating physician" (PTP). Your PTP also will coordinate any care you receive from other medical providers. Workers' compensation medical services are subject to authorization, and must meet the state's treatment guidelines for the type of injury. If a medical service requested by your PTP or another provider is determined not medically necessary, you will receive information on how to appeal that decision, but if you choose to appeal you must do so within 30 days of receiving the decision.

The PTP also will decide when you can return to work and may review your job description with you and your employer to define any limitations or restrictions that you may have when you go back to work. For a serious injury, the PTP will write reports about any permanent disability or need for future medical care.

You can be treated by your personal doctor immediately if you have health care coverage for nonwork injuries and illnesses; the doctor has treated you before, has your medical records, and has agreed in advance to treat you for work injuries or illnesses; and you gave your employer the doctor's name and address in writing before the injury. This is called "pre-designating a personal physician." If you decide to predesignate, the doctor must be someone who has limited his or her practice of medicine to general practice or be a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, or you can predesignate a multispecialty group of licensed doctors of medicine or osteopathy (M.D.s or D.O.s) that provides comprehensive medical services primarily for nonoccupational injuries and illnesses. You can use the Predesignation of Personal Physician form (Optional DWC Form 9783) included in this pamphlet to give your employer the necessary information. You can use the optional DWC Form 9783.1 to name a personal chiropractor or acupuncturist, but different rules apply, and you need to see an employer-selected doctor first.

If your employer has an MPN, but you predesignated a personal physician prior to the injury, you may receive treatment immediately from that doctor. If your employer has an MPN but you did not predesignate a personal physician, a network doctor will generally be your PTP for the duration of treatment. For treatment other than emergency care, your claims administrator should direct you to an MPN doctor for your first medical visit, though you may choose to be treated by another doctor in the network anytime after your first visit. If you want to switch to a chiropractor or acupuncturist, including a personal chiropractor or personal acupuncturist named prior to the injury, he or she must be in the network. Different rules apply if you are in a workers' compensation Health Care Organization (HCO). If your employer offers an MPN or if you are in an HCO, your employer will provide additional information about the network and your rights under your plan.

Generally, if you are not covered by an MPN and did not predesignate a personal physician, you can switch to your own doctor 30 days after the injury is reported. If you want to switch doctors before that, your claims administrator will give you a list of doctors to choose from. (Different rules apply if you are in an HCO, so check with your claims administrator if that's the case.) If you want to change doctors for any reason, choose carefully, and if you want advice on specialists, talk to the claims adjuster who works for your claims administrator. They're as interested as you are in your prompt recovery and return to work and will help you get a different doctor. In any event, report your choice to the claims adjuster as soon as you make it so the bills will be paid for you. Even minor injuries may need expert care. Prompt, quality medical care is the best investment you and your employer can make.

Optional Form

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal chiropractor or acupuncturist in writing prior to the injury or illness. Your claims administrator generally has the right to select your treating physician within the first 30 days after your employer knows of your injury or illness. After your claims administrator has initiated your treatment with another doctor during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal chiropractor or acupuncturist.

NOTE: If your date of injury is January 1, 2004 or later, a chiropractor cannot be your treating physician after you have received 24 chiropractic visits unless your employer has authorized additional visits in writing. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for post-surgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule.

You may use this form to notify your employer of your personal chiropractor or acupuncturist.

Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:

(name of chiropractor or acupuncturist)

(street address, city, state, zip code)

(telephone number)

Employee Name (please print):

Employee's Address:

Employee's Signature:

Date:

Title 8, California Code of Regulations, Section 9783.1
(Optional DWC Form 9783.1, Effective Date July 1, 2014)

Note to employee: A personal chiropractor must be your regular, licensed chiropractor (D.C.) who previously directed your treatment and retains your chiropractic treatment records, including your chiropractic history. A personal acupuncturist must be your regular, licensed acupuncturist (L.Ac.) who previously directed your treatment and who retains your acupuncture treatment records, including your acupuncture history.

If your employer has a workers' compensation Medical Provider Network (MPN), you may only switch to a personal chiropractor or acupuncturist within the MPN. If you are a member of a workers' compensation Health Care Organization (HCO) different rules apply, so check with your employer or claims administrator if that is the case.

When a work injury or illness occurs...

1. If emergency medical care is needed, call 911 or go to the nearest emergency room.

2. Report injuries immediately to your supervisor or employer representative at (telephone). For non-emergency medical care go to the clinic or doctor's office that is listed below or on the workers' compensation poster at your worksite, or your employer may advise you on where to go for treatment. Your employer also is required to provide you with a claim form within one working day of learning of your injury, so ensure your rights to benefits by reporting every injury, no matter how slight, and request a claim form if it's more than a simple first-aid injury.

Your employer must notify the claims administrator and authorize medical treatment within one working day of receiving your claim form. Any delay in reporting an injury may delay workers' compensation benefits and you could lose your right to benefits if your employer does not learn of your injury within 30 days of the injury date. If your injury or illness develops over time, report it as soon as you learn it was caused by your job. If a requested medical service is determined not medically necessary, you will receive information on how to appeal that decision, but if you choose to appeal you must do so within 30 days of receiving the decision. If your claim or other benefits are denied, you have a right to challenge the decision at the Workers' Compensation Appeals Board (WCAB), but there are deadlines for filing the necessary papers, so don't delay.

3. Call your claims administrator or employer representative if you have questions or problems. It is illegal for an employer to fire or discriminate against you just because you file, intend to file, or settle a workers' compensation claim, or because you testify for a co-worker who was injured. If you prove this kind of discrimination, you will be entitled to job reinstatement, lost wages and increased benefits, plus costs and expenses up to a maximum set by the state legislature.

Emergency Telephone Number: Call 911. For nonemergency medical care, contact your employer and go to the following doctor/clinic:

Workers' Compensation Insurer:

☐ Check if company is self-insured

Claims Administrator:

Name

Telephone

If your employer has an MPN, you can use the information below to get more details:

MPN website:

MPN effective date:

MPN identification number:

For help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at:

For questions or other MPN issues, call the MPN contact person at:

Employee's Withholding Certificate

OMB No. 1545-0074

- **Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay.**
► **Give Form W-4 to your employer.**
► **Your withholding is subject to review by the IRS.**

2022

Step 1: Enter Personal Information	(a) First name and middle initial	Last name	(b) Social security number
	Address		► Does your name match the name on your social security card? If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to www.ssa.gov .
	City or town, state, and ZIP code		
	(c) ☐ Single or Married filing separately ☐ Married filing jointly or Qualifying widow(er) ☐ Head of household (Check only if you're unmarried and pay more than half the costs of keeping up a home for yourself and a qualifying individual.)		

Complete Steps 2–4 ONLY if they apply to you; otherwise, skip to Step 5. See page 2 for more information on each step, who can claim exemption from withholding, when to use the estimator at www.irs.gov/W4App, and privacy.

Step 2:
Multiple Jobs or Spouse Works

Complete this step if you (1) hold more than one job at a time, or (2) are married filing jointly and your spouse also works. The correct amount of withholding depends on income earned from all of these jobs.

Do **only one** of the following.

(a) Use the estimator at www.irs.gov/W4App for most accurate withholding for this step (and Steps 3–4); **or**

(b) Use the Multiple Jobs Worksheet on page 3 and enter the result in Step 4(c) below for roughly accurate withholding; **or**

(c) If there are only two jobs total, you may check this box. Do the same on Form W-4 for the other job. This option is accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld ☐

TIP: To be accurate, submit a 2022 Form W-4 for all other jobs. If you (or your spouse) have self-employment income, including as an independent contractor, use the estimator.

Complete Steps 3–4(b) on Form W-4 for only ONE of these jobs. Leave those steps blank for the other jobs. (Your withholding will be most accurate if you complete Steps 3–4(b) on the Form W-4 for the highest paying job.)

Step 3: Claim Dependents	If your total income will be \$200,000 or less (\$400,000 or less if married filing jointly): Multiply the number of qualifying children under age 17 by \$2,000 ► \$ _____ Multiply the number of other dependents by \$500..... ► \$ _____ Add the amounts above and enter the total here	3	\$
Step 4 (optional): Other Adjustments	(a) Other income (not from jobs). If you want tax withheld for other income you expect this year that won't have withholding, enter the amount of other income here. This may include interest, dividends, and retirement income	4(a)	\$
	(b) Deductions. If you expect to claim deductions other than the standard deduction and want to reduce your withholding, use the Deductions Worksheet on page 3 and enter the result here	4(b)	\$
	(c) Extra withholding. Enter any additional tax you want withheld each pay period . .	4(c)	\$

Step 5: Sign Here	Under penalties of perjury, I declare that this certificate, to the best of my knowledge and belief, is true, correct, and complete.		
	► Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.)		► Date
Employers Only	Employer's name and address	First date of employment	Employer identification number (EIN) 94-2629822

General Instructions

Section references are to the Internal Revenue Code.

Future Developments

For the latest information about developments related to Form W-4, such as legislation enacted after it was published, go to www.irs.gov/FormW4.

Purpose of Form

Complete Form W-4 so that your employer can withhold the correct federal income tax from your pay. If too little is withheld, you will generally owe tax when you file your tax return and may owe a penalty. If too much is withheld, you will generally be due a refund. Complete a new Form W-4 when changes to your personal or financial situation would change the entries on the form. For more information on withholding and when you must furnish a new Form W-4, see Pub. 505, Tax Withholding and Estimated Tax.

Exemption from withholding. You may claim exemption from withholding for 2022 if you meet both of the following conditions: you had no federal income tax liability in 2021 **and** you expect to have no federal income tax liability in 2022. You had no federal income tax liability in 2021 if (1) your total tax on line 24 on your 2021 Form 1040 or 1040-SR is zero (or less than the sum of lines 27a, 28, 29, and 30), or (2) you were not required to file a return because your income was below the filing threshold for your correct filing status. If you claim exemption, you will have no income tax withheld from your paycheck and may owe taxes and penalties when you file your 2022 tax return. To claim exemption from withholding, certify that you meet both of the conditions above by writing "Exempt" on Form W-4 in the space below Step 4(c). Then, complete Steps 1(a), 1(b), and 5. Do not complete any other steps. You will need to submit a new Form W-4 by February 15, 2023.

Your privacy. If you prefer to limit information provided in Steps 2 through 4, use the online estimator, which will also increase accuracy.

As an alternative to the estimator: if you have concerns with Step 2(c), you may choose Step 2(b); if you have concerns with Step 4(a), you may enter an additional amount you want withheld per pay period in Step 4(c). If this is the only job in your household, you may instead check the box in Step 2(c), which will increase your withholding and significantly reduce your paycheck (often by thousands of dollars over the year).

When to use the estimator. Consider using the estimator at www.irs.gov/W4App if you:

1. Expect to work only part of the year;
2. Have dividend or capital gain income, or are subject to additional taxes, such as Additional Medicare Tax;
3. Have self-employment income (see below); or
4. Prefer the most accurate withholding for multiple job situations.

Self-employment. Generally, you will owe both income and self-employment taxes on any self-employment income you receive separate from the wages you receive as an employee. If you want to pay these taxes through withholding from your wages, use the estimator at www.irs.gov/W4App to figure the amount to have withheld.

Nonresident alien. If you're a nonresident alien, see Notice 1392, Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens, before completing this form.

Specific Instructions

Step 1(c). Check your anticipated filing status. This will determine the standard deduction and tax rates used to compute your withholding.

Step 2. Use this step if you (1) have more than one job at the same time, or (2) are married filing jointly and you and your spouse both work.

Option **(a)** most accurately calculates the additional tax you need to have withheld, while option **(b)** does so with a little less accuracy.

If you (and your spouse) have a total of only two jobs, you may instead check the box in option **(c)**. The box must also be checked on the Form W-4 for the other job. If the box is checked, the standard deduction and tax brackets will be cut in half for each job to calculate withholding. This option is roughly accurate for jobs with similar pay; otherwise, more tax than necessary may be withheld, and this extra amount will be larger the greater the difference in pay is between the two jobs.



Multiple jobs. Complete Steps 3 through 4(b) on only one Form W-4. Withholding will be most accurate if you do this on the Form W-4 for the highest paying job.

Step 3. This step provides instructions for determining the amount of the child tax credit and the credit for other dependents that you may be able to claim when you file your tax return. To qualify for the child tax credit, the child must be under age 17 as of December 31, must be your dependent who generally lives with you for more than half the year, and must have the required social security number. You may be able to claim a credit for other dependents for whom a child tax credit can't be claimed, such as an older child or a qualifying relative. For additional eligibility requirements for these credits, see Pub. 501, Dependents, Standard Deduction, and Filing Information. You can also include **other tax credits** for which you are eligible in this step, such as the foreign tax credit and the education tax credits. To do so, add an estimate of the amount for the year to your credits for dependents and enter the total amount in Step 3. Including these credits will increase your paycheck and reduce the amount of any refund you may receive when you file your tax return.

Step 4 (optional).

Step 4(a). Enter in this step the total of your other estimated income for the year, if any. You shouldn't include income from any jobs or self-employment. If you complete Step 4(a), you likely won't have to make estimated tax payments for that income. If you prefer to pay estimated tax rather than having tax on other income withheld from your paycheck, see Form 1040-ES, Estimated Tax for Individuals.

Step 4(b). Enter in this step the amount from the Deductions Worksheet, line 5, if you expect to claim deductions other than the basic standard deduction on your 2022 tax return and want to reduce your withholding to account for these deductions. This includes both itemized deductions and other deductions such as for student loan interest and IRAs.

Step 4(c). Enter in this step any additional tax you want withheld from your pay **each pay period**, including any amounts from the Multiple Jobs Worksheet, line 4. Entering an amount here will reduce your paycheck and will either increase your refund or reduce any amount of tax that you owe.

Step 2(b)—Multiple Jobs Worksheet (Keep for your records.)

If you choose the option in Step 2(b) on Form W-4, complete this worksheet (which calculates the total extra tax for all jobs) on **only ONE** Form W-4. Withholding will be most accurate if you complete the worksheet and enter the result on the Form W-4 for the highest paying job.

Note: If more than one job has annual wages of more than \$120,000 or there are more than three jobs, see Pub. 505 for additional tables; or, you can use the online withholding estimator at www.irs.gov/W4App.

- 1 Two jobs.** If you have two jobs or you're married filing jointly and you and your spouse each have one job, find the amount from the appropriate table on page 4. Using the "Higher Paying Job" row and the "Lower Paying Job" column, find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 1. Then, **skip** to line 3 **1** \$ _____
- 2 Three jobs.** If you and/or your spouse have three jobs at the same time, complete lines 2a, 2b, and 2c below. Otherwise, skip to line 3.
 - a** Find the amount from the appropriate table on page 4 using the annual wages from the highest paying job in the "Higher Paying Job" row and the annual wages for your next highest paying job in the "Lower Paying Job" column. Find the value at the intersection of the two household salaries and enter that value on line 2a **2a** \$ _____
 - b** Add the annual wages of the two highest paying jobs from line 2a together and use the total as the wages in the "Higher Paying Job" row and use the annual wages for your third job in the "Lower Paying Job" column to find the amount from the appropriate table on page 4 and enter this amount on line 2b **2b** \$ _____
 - c** Add the amounts from lines 2a and 2b and enter the result on line 2c **2c** \$ _____
- 3** Enter the number of pay periods per year for the highest paying job. For example, if that job pays weekly, enter 52; if it pays every other week, enter 26; if it pays monthly, enter 12, etc. **3** _____
- 4 Divide** the annual amount on line 1 or line 2c by the number of pay periods on line 3. Enter this amount here and in **Step 4(c)** of Form W-4 for the highest paying job (along with any other additional amount you want withheld) **4** \$ _____

Step 4(b)—Deductions Worksheet (Keep for your records.)

- 1** Enter an estimate of your 2022 itemized deductions (from Schedule A (Form 1040)). Such deductions may include qualifying home mortgage interest, charitable contributions, state and local taxes (up to \$10,000), and medical expenses in excess of 7.5% of your income **1** \$ _____
- 2** Enter: $\int$ \$19,400 if you're head of household
 • \$25,900 if you're married filing jointly or qualifying widow(er)
 • \$12,950 if you're single or married filing separately } **2** \$ _____
- 3** If line 1 is greater than line 2, subtract line 2 from line 1 and enter the result here. If line 2 is greater than line 1, enter "-0-" **3** \$ _____
- 4** Enter an estimate of your student loan interest, deductible IRA contributions, and certain other adjustments (from Part II of Schedule 1 (Form 1040)). See Pub. 505 for more information **4** \$ _____
- 5 Add** lines 3 and 4. Enter the result here and in **Step 4(b)** of Form W-4 **5** \$ _____

Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice. We ask for the information on this form to carry out the Internal Revenue laws of the United States. Internal Revenue Code sections 3402(f)(2) and 6109 and their regulations require you to provide this information; your employer uses it to determine your federal income tax withholding. Failure to provide a properly completed form will result in your being treated as a single person with no other entries on the form; providing fraudulent information may subject you to penalties. Routine uses of this information include giving it to the Department of Justice for civil and criminal litigation; to cities, states, the District of Columbia, and U.S. commonwealths and possessions for use in administering their tax laws; and to the Department of Health and Human Services for use in the National Directory of New Hires. We may also disclose this information to other countries under a tax treaty, to federal and state agencies to enforce federal nontax criminal laws, or to federal law enforcement and intelligence agencies to combat terrorism.

You are not required to provide the information requested on a form that is subject to the Paperwork Reduction Act unless the form displays a valid OMB control number. Books or records relating to a form or its instructions must be retained as long as their contents may become material in the administration of any Internal Revenue law. Generally, tax returns and return information are confidential, as required by Code section 6103.

The average time and expenses required to complete and file this form will vary depending on individual circumstances. For estimated averages, see the instructions for your income tax return.

If you have suggestions for making this form simpler, we would be happy to hear from you. See the instructions for your income tax return.

Married Filing Jointly or Qualifying Widow(er)

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$110	\$850	\$860	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,770	\$1,870
\$10,000 - 19,999	110	1,110	1,860	2,060	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,970	3,970	4,070
\$20,000 - 29,999	850	1,860	2,800	3,000	3,160	3,160	3,160	3,160	3,910	4,910	5,910	6,010
\$30,000 - 39,999	860	2,060	3,000	3,200	3,360	3,360	3,360	4,110	5,110	6,110	7,110	7,210
\$40,000 - 49,999	1,020	2,220	3,160	3,360	3,520	3,520	4,270	5,270	6,270	7,270	8,270	8,370
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,160	3,360	3,520	4,270	5,270	6,270	7,270	8,270	9,270	9,370
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,160	3,360	4,270	5,270	6,270	7,270	8,270	9,270	10,270	10,370
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,160	4,110	5,270	6,270	7,270	8,270	9,270	10,270	11,270	11,370
\$80,000 - 99,999	1,020	2,820	4,760	5,960	7,120	8,120	9,120	10,120	11,120	12,120	13,150	13,450
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,010	7,210	8,370	9,370	10,510	11,710	12,910	14,110	15,310	15,600
\$150,000 - 239,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	12,940	14,140	15,340	16,540	16,830
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	12,940	14,140	15,340	16,540	17,590
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	12,940	14,140	16,100	18,100	19,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	10,540	11,740	13,700	15,700	17,700	19,700	20,790
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,580	7,980	9,340	11,300	13,300	15,300	17,300	19,300	21,300	22,390
\$320,000 - 364,999	2,100	5,300	8,240	10,440	12,600	14,600	16,600	18,600	20,600	22,600	24,870	26,260
\$365,000 - 524,999	2,970	6,470	9,710	12,210	14,670	16,970	19,270	21,570	23,870	26,170	28,470	29,870
\$525,000 and over	3,140	6,840	10,280	12,980	15,640	18,140	20,640	23,140	25,640	28,140	30,640	32,240

Single or Married Filing Separately

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$400	\$930	\$1,020	\$1,020	\$1,250	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,970	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	930	1,570	1,660	1,890	2,890	3,510	3,510	3,510	3,610	3,810	3,880	3,880
\$20,000 - 29,999	1,020	1,660	1,990	2,990	3,990	4,610	4,610	4,710	4,910	5,110	5,180	5,180
\$30,000 - 39,999	1,020	1,890	2,990	3,990	4,990	5,610	5,710	5,910	6,110	6,310	6,380	6,380
\$40,000 - 59,999	1,870	3,510	4,610	5,610	6,680	7,500	7,700	7,900	8,100	8,300	8,370	8,370
\$60,000 - 79,999	1,870	3,510	4,680	5,880	7,080	7,900	8,100	8,300	8,500	8,700	8,970	9,770
\$80,000 - 99,999	1,940	3,780	5,080	6,280	7,480	8,300	8,500	8,700	9,100	10,100	10,970	11,770
\$100,000 - 124,999	2,040	3,880	5,180	6,380	7,580	8,400	9,140	10,140	11,140	12,140	13,040	14,140
\$125,000 - 149,999	2,040	3,880	5,180	6,520	8,520	10,140	11,140	12,140	13,320	14,620	15,790	16,890
\$150,000 - 174,999	2,040	4,420	6,520	8,520	10,520	12,170	13,470	14,770	16,070	17,370	18,540	19,640
\$175,000 - 199,999	2,720	5,360	7,460	9,630	11,930	13,860	15,160	16,460	17,760	19,060	20,230	21,330
\$200,000 - 249,999	2,970	5,920	8,310	10,610	12,910	14,840	16,140	17,440	18,740	20,040	21,210	22,310
\$250,000 - 399,999	2,970	5,920	8,310	10,610	12,910	14,840	16,140	17,440	18,740	20,040	21,210	22,310
\$400,000 - 449,999	2,970	5,920	8,310	10,610	12,910	14,840	16,140	17,440	18,740	20,040	21,210	22,470
\$450,000 and over	3,140	6,290	8,880	11,380	13,880	16,010	17,510	19,010	20,510	22,010	23,380	24,680

Head of Household

Higher Paying Job Annual Taxable Wage & Salary	Lower Paying Job Annual Taxable Wage & Salary											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$760	\$910	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,190	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$2,040	\$2,040
\$10,000 - 19,999	760	1,820	2,110	2,220	2,220	2,390	3,390	4,070	4,070	4,240	4,440	4,440
\$20,000 - 29,999	910	2,110	2,400	2,510	2,680	3,680	4,680	5,360	5,530	5,730	5,930	5,930
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,510	2,790	3,790	4,790	5,790	6,640	6,840	7,040	7,240	7,240
\$40,000 - 59,999	1,020	2,240	3,530	4,640	5,640	6,780	7,980	8,860	9,060	9,260	9,460	9,460
\$60,000 - 79,999	1,870	4,070	5,360	6,610	7,810	9,010	10,210	11,090	11,290	11,490	11,690	12,170
\$80,000 - 99,999	1,870	4,210	5,700	7,010	8,210	9,410	10,610	11,490	11,690	12,380	13,370	14,170
\$100,000 - 124,999	2,040	4,440	5,930	7,240	8,440	9,640	10,860	12,540	13,540	14,540	15,540	16,480
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	5,930	7,240	8,860	10,860	12,860	14,540	15,540	16,830	18,130	19,230
\$150,000 - 174,999	2,040	4,460	6,750	8,860	10,860	12,860	15,000	16,980	18,280	19,580	20,880	21,980
\$175,000 - 199,999	2,720	5,920	8,210	10,320	12,600	14,900	17,200	19,180	20,480	21,780	23,080	24,180
\$200,000 - 449,999	2,970	6,470	9,060	11,480	13,780	16,080	18,380	20,360	21,660	22,960	24,250	25,360
\$450,000 and over	3,140	6,840	9,630	12,250	14,750	17,250	19,750	21,930	23,430	24,930	26,420	27,730

EMPLOYEE'S WITHHOLDING ALLOWANCE CERTIFICATE

Complete this form so that your employer can withhold the correct California state income tax from your paycheck.

Enter Personal Information	
First, Middle, Last Name	Social Security Number
Address City, State, and ZIP Code	Filing Status SINGLE or MARRIED (with two or more incomes) MARRIED (one income) HEAD OF HOUSEHOLD

- Total Number of Allowances you're claiming (Use Worksheet A for regular withholding allowances. Use other worksheets on the following pages as applicable, Worksheet A+B).
- Additional amount, if any, you want withheld each pay period (if employer agrees), (**Worksheet B and C**)
OR

Exemption from Withholding

- I claim exemption from withholding for 2020, and I certify I meet both of the conditions for exemption.
OR Write "Exempt" here
- I certify under penalty of perjury that I am **not subject** to California withholding. I meet the conditions set forth under the Service Member Civil Relief Act, as amended by the Military Spouses Residency Relief Act and the Veterans Benefits and Transition Act of 2018. (Check box here)

Under the penalties of perjury, I certify that the number of withholding allowances claimed on this certificate does not exceed the number to which I am entitled or, if claiming exemption from withholding, that I am entitled to claim the exempt status.

Employee's Signature _____ Date _____

Employer's Section: Employer's Name and Address	California Employer Payroll Tax Account Number
--	--

PURPOSE: This certificate, DE 4, is for **California Personal Income Tax (PIT) withholding** purposes only. The DE 4 is used to compute the amount of taxes to be withheld from your wages, by your employer, to accurately reflect your state tax withholding obligation.

Beginning January 1, 2020, *Employee's Withholding Allowance Certificate* (Form W-4) from the Internal Revenue Service (IRS) will be used for federal income tax withholding **only**. You must file the state form *Employee's Withholding Allowance Certificate* (DE 4) to determine the appropriate California Personal Income Tax (PIT) withholding.

If you do not provide your employer with a withholding certificate, the employer must use Single with Zero withholding allowance.

CHECK YOUR WITHHOLDING: After your DE 4 takes effect, compare the state income tax withheld with your estimated total annual tax. For state withholding, use the worksheets on this form.

EXEMPTION FROM WITHHOLDING: If you wish to claim exempt, complete the federal Form W-4 and the state DE 4. You may claim exempt from withholding California income tax if you meet both of the following conditions for exemption:

- You did not owe any federal/state income tax last year, and
- You do not expect to owe any federal/state income tax this year. The exemption is good for one year.

If you continue to qualify for the exempt filing status, a new DE 4 designating EXEMPT must be submitted by February 15 each year to continue your exemption. If you are not having federal/state income tax withheld this year but expect to have a tax liability next year, you are required to give your employer a new DE 4 by December 1.

Member Service Civil Relief Act: Under this act, as provided by the Military Spouses Residency Relief Act and the Veterans Benefits and Transition Act of 2018, you may be exempt from California income tax on your wages if

- your spouse is a member of the armed forces present in California in compliance with military orders;
- you are present in California solely to be with your spouse; and
- you maintain your domicile in another state.

If you claim exemption under **this** act, **check the box on Line 4**. You may be required to provide proof of exemption upon request.

The [California Employer's Guide \(DE 44\) \(PDF, 2.4 MB\)](http://edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) (edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) provides the income tax withholding tables. This publication may be found by visiting [Forms and Publications](http://edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm) (edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm). To assist you in calculating your tax liability, please visit the [Franchise Tax Board \(FTB\)](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

If you need information on your last California Resident Income Tax Return (FTB Form 540), visit the [Franchise Tax Board \(FTB\)](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

NOTIFICATION: The burden of proof rests with the employee to show the correct California income tax withholding. Pursuant to section 4340-1(e) of [Title 22, California Code of Regulations \(CCR\)](#), the FTB or the EDD may, by special direction in writing, require an employer to submit a Form W-4 or DE 4 when such forms are necessary for the administration of the withholding tax programs.

PENALTY: You may be fined \$500 if you file, with no reasonable basis, a DE 4 that results in less tax being withheld than is properly allowable. In addition, criminal penalties apply for willfully supplying false or fraudulent information or failing to supply information requiring an increase in withholding. This is provided by section 13101 of the [California Unemployment Insurance Code](#) and section 19176 of the [Revenue and Taxation Code](#).

WORKSHEETS

INSTRUCTIONS — 1 — ALLOWANCES*

When determining your withholding allowances, you must consider your personal situation:

- Do you claim allowances for dependents or blindness?
- Will you itemize your deductions?
- Do you have more than one income coming into the household?

TWO-EARNERS/MULTIPLE INCOMES: When earnings are derived from more than one source, under-withholding may occur. If you have a working spouse or more than one job, it is best to check the box "SINGLE or MARRIED (with two or more incomes)." Figure the total number of allowances you are entitled to claim on all jobs using only one DE 4 form. Claim allowances with **one** employer.

Do **not** claim the same allowances with more than one employer. Your withholding will usually be most accurate when all allowances are claimed on the DE 4 filed for the highest paying job and zero allowances are claimed for the others.

MARRIED BUT NOT LIVING WITH YOUR SPOUSE: You may check the "Head of Household" marital status box if you meet all of the following tests:

- (1) Your spouse will not live with you **at any time** during the year;
- (2) You will furnish over half of the cost of maintaining a home for the entire year for yourself and your child or stepchild who qualifies as your dependent; **and**
- (3) You will file a separate return for the year.

HEAD OF HOUSEHOLD: To qualify, you must be unmarried or legally separated from your spouse and pay more than 50% of the costs of maintaining a home for the **entire** year for yourself and your dependent(s) or other qualifying individuals. Cost of maintaining the home includes such items as rent, property insurance, property taxes, mortgage interest, repairs, utilities, and cost of food. It does not include the individual's personal expenses or any amount which represents value of services performed by a member of the household of the taxpayer.

WORKSHEET A

REGULAR WITHHOLDING ALLOWANCES

- | | |
|--|-----|
| (A) Allowance for yourself — enter 1 | (A) |
| (B) Allowance for your spouse (if not separately claimed by your spouse) — enter 1 | (B) |
| (C) Allowance for blindness — yourself — enter 1 | (C) |
| (D) Allowance for blindness — your spouse (if not separately claimed by your spouse) — enter 1 | (D) |
| (E) Allowance(s) for dependent(s) — do not include yourself or your spouse | (E) |
| (F) Total — add lines (A) through (E) above and enter on line 1 of the DE 4 | (F) |

INSTRUCTIONS — 2 — (OPTIONAL) ADDITIONAL WITHHOLDING ALLOWANCES

If you expect to itemize deductions on your California income tax return, you can claim additional withholding allowances. Use Worksheet B to determine whether your expected estimated deductions may entitle you to claim **one or more additional** withholding allowances. Use last year's FTB Form 540 as a model to calculate this year's withholding amounts.

Do not include deferred compensation, qualified pension payments, or flexible benefits, etc., that are deducted from your gross pay but are not taxed on this worksheet.

You may reduce the amount of tax withheld from your wages by claiming one additional withholding allowance for each \$1,000, or fraction of \$1,000, by which you expect your estimated deductions for the year to exceed your allowable standard deduction.

WORKSHEET B

ESTIMATED DEDUCTIONS

Use this worksheet **only** if you plan to itemize deductions, claim certain adjustments to income, or have a large amount of nonwage income not subject to withholding.

- | | |
|---|------|
| 1. Enter an estimate of your itemized deductions for California taxes for this tax year as listed in the schedules in the FTB Form 540 | 1. |
| 2. Enter \$9,074 if married filing joint with two or more allowances, unmarried head of household, or qualifying widow(er) with dependent(s) or \$4,537 if single or married filing separately, dual income married, or married with multiple employers | 2. |
| 3. Subtract line 2 from line 1, enter difference | = 3. |
| 4. Enter an estimate of your adjustments to income (alimony payments, IRA deposits) | + 4. |
| 5. Add line 4 to line 3, enter sum | = 5. |
| 6. Enter an estimate of your nonwage income (dividends, interest income, alimony receipts) | - 6. |
| 7. If line 5 is greater than line 6 (if less, see below [go to line 9]); Subtract line 6 from line 5, enter difference | = 7. |
| 8. Divide the amount on line 7 by \$1,000, round any fraction to the nearest whole number | 8. |
| Add this number to Line F of Worksheet A and enter it on line 1 of the DE 4. Complete Worksheet C, if needed, otherwise stop here . | |
| 9. If line 6 is greater than line 5; Enter amount from line 6 (nonwage income) | 9. |
| 10. Enter amount from line 5 (deductions) | 10. |
| 11. Subtract line 10 from line 9, enter difference | 11. |

Complete Worksheet C

*Wages paid to registered domestic partners will be treated the same for state income tax purposes as wages paid to spouses for California PIT withholding and PIT wages. This law does not impact federal income tax law. A registered domestic partner means an individual partner in a domestic partner relationship within the meaning of section 297 of the Family Code. For more information, please call our Taxpayer Assistance Center at 1-888-745-3886.

WORKSHEET C
ADDITIONAL TAX WITHHOLDING AND ESTIMATED TAX

1. Enter estimate of total wages for tax year 2020. 1.
2. Enter estimate of nonwage income (line 6 of Worksheet B). 2.
3. Add line 1 and line 2. Enter sum. 3.
4. Enter itemized deductions or standard deduction (line 1 or 2 of Worksheet B, whichever is largest). 4.
5. Enter adjustments to income (line 4 of Worksheet B). 5.
6. Add line 4 and line 5. Enter sum. 6.
7. Subtract line 6 from line 3. Enter difference. 7.
8. Figure your tax liability for the amount on line 7 by using the 2020 tax rate schedules below. 8.
9. Enter personal exemptions (line F of Worksheet A x \$134.20). 9.
10. Subtract line 9 from line 8. Enter difference. 10.
11. Enter any tax credits. (See FTB Form 540). 11.
12. Subtract line 11 from line 10. Enter difference. This is your total tax liability. 12.
13. Calculate the tax withheld and estimated to be withheld during 2020. Contact your employer to request the amount that will be withheld on your wages based on the marital status and number of withholding allowances you will claim for 2020. Multiply the estimated amount to be withheld by the number of pay periods left in the year. Add the total to the amount already withheld for 2020. 13.
14. Subtract line 13 from line 12. Enter difference. If this is less than zero, you do not need to have additional taxes withheld. 14.
15. Divide line 14 by the number of pay periods remaining in the year. Enter this figure on line 2 of the DE 4. 15.

NOTE: Your employer is not required to withhold the additional amount requested on line 2 of your DE 4. If your employer does not agree to withhold the additional amount, you may increase your withholdings as much as possible by using the "single" status with "zero" allowances. If the amount withheld still results in an underpayment of state income taxes, you may need to file quarterly estimates on Form 540-ES with the FTB to avoid a penalty.

THESE TABLES ARE FOR CALCULATING WORKSHEET C AND FOR 2020 ONLY

**SINGLE PERSONS, DUAL INCOME
MARRIED WITH MULTIPLE EMPLOYERS**

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...	PLUS	
\$0	\$8,809	1.100%	\$0	\$0.00
\$8,809	\$20,883	2.200%	\$8,809	\$96.90
\$20,883	\$32,960	4.400%	\$20,883	\$362.53
\$32,960	\$45,753	6.600%	\$32,960	\$893.92
\$45,753	\$57,824	8.800%	\$45,753	\$1,738.26
\$57,824	\$295,373	10.230%	\$57,824	\$2,800.51
\$295,373	\$354,445	11.330%	\$295,373	\$27,101.77
\$354,445	\$590,742	12.430%	\$354,445	\$33,794.63
\$590,742	\$1,000,000	13.530%	\$590,742	\$63,166.35
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$118,538.96

MARRIED PERSONS

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...	PLUS	
\$0	\$17,618	1.100%	\$0	\$0.00
\$17,618	\$41,766	2.200%	\$17,618	\$193.80
\$41,766	\$65,920	4.400%	\$41,766	\$725.06
\$65,920	\$91,506	6.600%	\$65,920	\$1,787.84
\$91,506	\$115,648	8.800%	\$91,506	\$3,476.52
\$115,648	\$590,746	10.230%	\$115,648	\$5,601.02
\$590,746	\$708,890	11.330%	\$590,746	\$54,203.55
\$708,890	\$1,000,000	12.430%	\$708,890	\$67,589.27
\$1,000,000	\$1,181,484	13.530%	\$1,000,000	\$103,774.24
\$1,181,484	and over	14.630%	\$1,181,484	\$128,329.03

UNMARRIED HEAD OF HOUSEHOLD

IF THE TAXABLE INCOME IS		COMPUTED TAX IS		
OVER	BUT NOT OVER	OF AMOUNT OVER...	PLUS	
\$0	\$17,629	1.100%	\$0	\$0.00
\$17,629	\$41,768	2.200%	\$17,629	\$193.92
\$41,768	\$53,843	4.400%	\$41,768	\$724.98
\$53,843	\$66,636	6.600%	\$53,843	\$1,256.28
\$66,636	\$78,710	8.800%	\$66,636	\$2,100.62
\$78,710	\$401,705	10.230%	\$78,710	\$3,163.13
\$401,705	\$482,047	11.330%	\$401,705	\$36,205.52
\$482,047	\$803,410	12.430%	\$482,047	\$45,308.27
\$803,410	\$1,000,000	13.530%	\$803,410	\$85,253.69
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$111,852.32

If you need information on your last California Resident Income Tax Return, FTB Form 540, visit [Franchise Tax Board \(FTB\)](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

The DE 4 information is collected for purposes of administering the PIT law and under the authority of Title 22, CCR, section 4340-1, and the California Revenue and Taxation Code, including section 18624. The Information Practices Act of 1977 requires that individuals be notified of how information they provide may be used. Further information is contained in the instructions that came with your last California resident income tax return.