

## **Hướng Dẫn Ghi Danh cho Nhân Viên Phục Vụ**

### **Để trở thành một nhân viên phục vụ cho chương trình Dịch Vụ Hỗ Trợ Tại Gia (In-Home Supportive Services, IHSS), quý vị phải:**

- ✓ Điền Gói Ghi Danh cho Nhân Viên Phục Vụ của chương trình IHSS;
- ✓ Tham gia một buổi hội thảo bắt buộc cho nhân viên phục vụ mới; và
- ✓ Được lần tay và hoàn tất bản kiểm tra lý lịch tội phạm.

Tất cả các yêu cầu này đều phải được hoàn tất trong vòng **90 ngày** kể từ ngày quý vị đã bắt đầu làm thủ tục ghi danh cho nhân viên phục vụ. Để được trả tiền như một nhân viên phục vụ từ Chương Trình IHSS, quý vị phải ghi danh và được chấp thuận như một nhân viên phục vụ. Nếu quý vị không hoàn tất các yêu cầu này trong khung thời gian, quý vị sẽ bị coi như không hợp lệ để làm việc và sẽ không được trả tiền bởi Chương Trình IHSS.

Nếu quý vị bắt đầu cung cấp các dịch vụ trước khi hoàn tất các yêu cầu ghi danh và cuối cùng được xác định là nhân viên phục vụ hợp lệ, quý vị có thể hợp lệ nhận các chi trả hồi tố cho các dịch vụ tối đa 90 ngày kể từ ngày quý vị đã hoàn tất các yêu cầu ghi danh cho nhân viên phục vụ.

Nếu quý vị bắt đầu cung cấp các dịch vụ trước khi hoàn tất các yêu cầu ghi danh và cuối cùng được xác định **KHÔNG PHẢI** là nhân viên phục vụ hợp lệ, thân chủ của chương trình IHSS chịu trách nhiệm trả tiền cho quý vị về các dịch vụ của quý vị.

### **Các Nhân Viên Phục Vụ Hiện Tại**

Nếu quý vị là một nhân viên phục vụ hiện tại hay một nhân viên phục vụ trở lại để làm việc lại, đã hoàn tất buổi hội thảo cho nhân viên phục vụ **VÀ** thời gian là ít hơn một (1) năm kể từ lúc đã làm rõ việc kiểm tra lý lịch tội phạm, xin gửi điện thư (email), điện sao (fax), thư hay đến nộp tận nơi tại văn phòng IHSS tại địa chỉ liệt kê cho những mục sau đây:

- ☐ Gói Ghi Danh cho Nhân Viên Phục Vụ đã hoàn tất. Xem hướng dẫn trên trang 2.
- ☐ Bản sao thẻ an sinh xã hội đã ký của quý vị và bản chính của Thẻ Xanh (Resident Alien Card) hay Thẻ Cấp Phép Làm Việc (Employment Authorization Card) **nếu Thẻ An Sinh Xã Hội của quý vị cho biết “Cần Được Cấp Phép”**.

Nếu quý vị đã dọn tới đây từ một quận khác và hiện là một nhân viên phục vụ, hãy cung cấp một bản sao thẻ căn cước có hình và thẻ an sinh xã hội của quý vị.

### **Nhân Viên Phục Vụ Mới**

Nếu quý vị là một nhân viên phục vụ mới (trước đây không ghi danh HAY 12 tháng hoặc hơn kể từ lần quý vị làm việc cuối cùng), xin nộp/điền:

- ☐ Gói Ghi Danh đã hoàn tất cho Nhân Viên Phục Vụ. Xem hướng dẫn trên trang 2.

- ❑ Bản chính Thẻ An Sinh Xã Hội đã ký tên. Gồm Thẻ Xanh (Resident Alien Card) hay Thẻ Cấp Phép Làm Việc (Employment Authorization Card) nếu Thẻ An Sinh Xã Hội của quý vị cho biết “Cần Được Cấp Phép”. **Trực tiếp nộp tại buổi hội thảo của nhân viên phục vụ.**
- ❑ Hội Thảo cho Nhân Viên Phục Vụ Mới của IHSS.
  - Để tham dự và hoàn tất buổi hội thảo từ xa (trực tuyến), hãy vào mạng lưới Ghi Danh Nhân Viên Phục Vụ IHSS (ihsspe.acgov.org)
  - Thông tin Lịch Trình Hội Thảo cho Nhân Viên Phục Vụ Mới hiện có:
    - Trên Mạng của IHSS: [https://alamedasocialservices.org/public/services/elders\\_and\\_disabled\\_adults/in\\_home\\_supportive\\_services.cfm](https://alamedasocialservices.org/public/services/elders_and_disabled_adults/in_home_supportive_services.cfm);
    - Tại văn phòng IHSS tọa lạc tại 6955 Foothill Blvd., 1<sup>st</sup> Floor Suite 143, Oakland, Ca 94605; or
    - Trung Tâm Liên Lạc về Lương Bổng của IHSS tại 510.577.1877
    - Các buổi hội thảo chỉ dành cho nhân viên phục vụ – Khách, kể cả thân chủ và con của họ sẽ không được phép tham dự
- ❑ Thông tin về các khu vực lăn tay Live Scan sẽ được cung cấp cho quý vị để quý vị hoàn thành cuộc kiểm tra lý lịch tội phạm. **Quý vị chịu trách nhiệm trả lệ phí này.**

## **Thông tin để Hoàn Tất Gói Ghi Danh cho Nhân Viên Phục Vụ**

### **Nhân Viên Phục Vụ Mới và Nhân Viên Phục Vụ Hiện Nay**

1. Nếu quý vị là nhân viên phục vụ mới hay hiện nay, điền các đơn sau đây:
  - SOC 426A, Nhân viên phục vụ được chỉ định của IHSS (*bắt buộc điền phần nhân viên phục vụ*)
  - W-4, Giấy Chứng Nhận Cho Phép Lưu Giữ Tiền Lương của Nhân Viên (*tùy ý*)
  - De-4 Giấy Chứng Nhận Cho Phép Lưu Giữ Tiền Lương của Nhân Viên của tiểu bang (*tùy ý*)
2. Nộp tất cả các mẫu ghi danh bắt buộc (trọn gói) bằng một trong các cách sau đây:
  - Gửi điện thư đến: IHSSProviderEnrollment@acgov.org
  - Gửi điện sao đến: (510) 577-1803
  - Gửi qua bưu điện đến: In-Home Supportive Services  
6955 Foothill Blvd., Suite 300  
Oakland, CA 94605
  - Mang đến tận văn phòng: Phòng tiếp tân ở Suite 143
3. **Giữ các đơn sau đây làm hồ sơ của quý vị:**
  - PUB 104, Quyền Lợi và Thông Tin Dịch Vụ của Nhân Viên Phục Vụ Cá Nhân chương trình IHSS
  - SOC 426C, Mục Mã Số California của IHSS
  - SOC 847, Thông Tin Quan Trọng cho Nhân Viên Phục Vụ Tiềm Năng Về Thủ Tục Ghi Danh của Nhân Viên Phục Vụ chương trình IHSS
  - Dữ Kiện về việc Bồi Thường của Nhân Viên
  - 72-16, Thông Báo Đề Phòng Toàn Bộ

### **Thân Chủ IHSS**

1. Nếu quý vị là thân chủ, điền các đơn sau đây:
  - SOC 426A, Chỉ Định Nhân Viên Phục Vụ của Thân Chủ IHSS (*cần thiết*)
  - **Nếu quý vị hủy bỏ một nhân viên phục vụ trước đây:**
    - 70-19, Bỏ hay Cho Thôi Việc Nhân Viên Phục Vụ

Để được giúp, xin gọi (510) 577-1877. Cảm ơn quý vị.

## THÔNG TIN QUAN TRỌNG CHO NHỮNG NGƯỜI CÓ TRIỂN VỌNG LÀM NHÂN VIÊN PHỤC VỤ VỀ THỦ TỤC GHI DANH CHO NHÂN VIÊN PHỤC VỤ CỦA CHƯƠNG TRÌNH CÁC DỊCH VỤ HỖ TRỢ TẠI GIA (IHSS)

Một nhân viên phục vụ của chương trình IHSS là người được trả lương để cung cấp các dịch vụ cho người nhận các dịch vụ hỗ trợ tại gia dưới chương trình IHSS. Nếu quý vị muốn trở thành một nhân viên phục vụ của IHSS, quý vị phải hoàn thành tất cả giai đoạn được vạch ra ở dưới trong vòng **90 ngày** kể từ ngày quý vị đã bắt đầu thủ tục trước khi quý vị có thể được ghi danh như một nhân viên phục vụ và nhận lương từ Chương Trình IHSS để cung cấp các dịch vụ. Các giai đoạn này không cần phải thực hiện theo bất cứ thứ tự đặc biệt nào. Nếu quý vị tin là quý vị có một lần bị bắt vì tội hình sự và/hay bị kết tội trong vòng mười năm trước, không cần biết tội nhỏ ra sao, quý vị nên bắt đầu thủ tục với Giai Đoạn 2 vì quý vị chỉ có 90 ngày để hoàn tất mọi giai đoạn và nó có thể mất thời gian lâu hơn để Bộ Tư Pháp California (California Department of Justice, DOJ) duyệt xét tiểu sử tội phạm của quý vị và cung cấp cho quận Thông Tin Hồ Sơ Tội Phạm Hình Sự của quý vị.

### **GIAI ĐOẠN 1. Điền và ký vào Đơn Ghi Danh Cho Nhân Viên Phục Vụ Chương Trình IHSS (SOC 426) và giao tận nơi cho Văn Phòng IHSS của Quận hay Cơ Quan Thẩm Quyền Công Cộng IHSS.**

- Lấy một bản trống chưa điền của đơn SOC 426 từ Văn Phòng IHSS của Quận hay từ Cơ Quan Thẩm Quyền Công Cộng của IHSS. *Đọc kỹ các thông tin trước khi quý vị điền đơn.*
- Điền đơn SOC 426 và trả lời hoàn toàn và thành thật tất cả các câu hỏi. Quý vị **phải báo cáo** nếu quý vị bị kết tội về bất cứ tội danh nào mà nó sẽ không cho phép quý vị cung cấp dịch vụ.
- Mang theo một thẻ ID có hình còn hiệu lực được cấp bởi cơ quan chính quyền liên bang hay tiểu bang của Hoa Kỳ hay bởi tổ chức của Thổ Dân Mỹ hay bởi tổ chức của bộ lạc Thổ Dân Alaska được liên bang công nhận **VÀ** một thẻ An Sinh Xã Hội hay thẻ thay thế được phòng Hành Chánh An Sinh Xã Hội cấp.
- Thông tin quý vị cung cấp trên đơn SOC 426 sẽ được xác nhận qua việc kiểm tra lý lịch tội phạm bởi DOJ.

### **GIAI ĐOẠN 2. Lăn tay và trải qua một cuộc kiểm tra lý lịch tội phạm bởi Bộ Tư Pháp California.**

- Văn Phòng IHSS của Quận hay Cơ Quan Thẩm Quyền Công Cộng IHSS sẽ cho quý vị các hướng dẫn về cách lăn tay. *Đừng lăn tay cho đến khi quý vị nhận được các hướng dẫn từ quận.*
- Quý vị có thể được lăn tay tại một số các cơ quan công lực tại địa phương (Nha Cảnh Sát hay Cảnh Sát Trưởng) hay tại một doanh nghiệp cung cấp các dịch vụ lăn tay quét hình bằng kỹ thuật số (Quét Hình Tại Chỗ). Văn Phòng IHSS của Quận hay Cơ Quan Thẩm Quyền Công Cộng IHSS có thể cho quý vị một danh sách các địa điểm gần bên.

- Luật tiểu bang yêu cầu rằng quý vị trả phí lần tay và kiểm tra lý lịch tội phạm. Tiền phí khác nhau tùy vào nơi quý vị lần tay; tiền phí khoảng từ \$40 tới \$90.
- Nếu việc kiểm tra lý lịch xác nhận rằng quý vị **đã bị kết tội** về bất cứ tội danh Cấp 1 hay Cấp 2 nào, xin đọc các mục ở dưới và trên trang kế tiếp.

Nếu quý vị **bị** kết án, **hay** bị tù theo sau một kết án cho tội danh Cấp 1 hay Cấp 2 **trong vòng 10 năm qua**, quý vị **KHÔNG** hợp lệ để được ghi danh làm nhân viên phục vụ của chương trình IHSS hay để nhận lương từ chương trình IHSS để cung cấp các dịch vụ hỗ trợ.

<p><b><u>Các tội danh Cấp 1</u> bao gồm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lạm dụng một đứa trẻ được nêu cụ thể (Đạo Luật Hình Sự (PC) mục 273a(a);</li> <li>• Lạm dụng một người lớn tuổi hay người lớn trưởng thành còn lệ thuộc (PC mục 368); hay</li> <li>• Gian lận việc chăm sóc sức khỏe của chính phủ hay các chương trình dịch vụ hỗ trợ.</li> </ul>	<p>Nếu quý vị có một kết án cho bất cứ <b>tội danh Cấp 1</b> nào trong vòng 10 năm qua, quý vị <b><u>KHÔNG</u></b> hợp lệ làm nhân viên phục vụ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quý vị <b><u>KHÔNG</u></b> hợp lệ cho dù quý vị có một tội danh <b>Cấp 1</b> đã được xóa khỏi hồ sơ quý vị.</li> </ul>
<p><b><u>Các tội danh Cấp 2</u> bao gồm:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Một tội đại hình bạo động hay nghiêm trọng, như được định nghĩa trong PC mục 667.5(c), và PC mục 1192.7(c),</li> <li>• Một tội danh đại hình mà theo đó, một người được yêu cầu phải ghi danh vào hồ sơ tội phạm tình dục theo PC mục 290(c); và</li> <li>• Một tội đại hình vì gian lận chương trình dịch vụ xã hội công cộng, như được định nghĩa trong Đạo Luật Trợ Cấp &amp; Cơ Chế Tổ Chức mục 10980(c)(2) và 10980(g)(2).</li> </ul> <p><i>Quý vị có thể yêu cầu Văn Phòng IHSS của Quận hay Cơ Quan Công Cộng của IHSS để có một danh sách các tội danh Cấp 2.</i></p>	<p>Nếu quý vị có một kết án cho bất cứ <b>tội danh Cấp 2</b> nào trong vòng 10 năm qua, quý vị có thể hợp lệ làm nhân viên phục vụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nếu tội danh <b>Cấp 2</b> của quý vị đã được hay có thể được xóa bỏ khỏi hồ sơ quý vị.</li> <li>• Nếu một thân chủ nộp một đơn xin bãi miễn cá nhân để mượn quý vị.</li> <li>• Nếu quý vị được chấp thuận cho một ngoại lệ tổng quát.</li> </ul> <p><i>Đọc các mục ở dưới để biết thêm thông tin.</i></p>

### **Xóa Tội Danh Cấp 2:**

- Nếu quý vị có một Giấy Chứng Nhận Phục Hồi hay một bản xóa tội cho một tội danh Cấp 2, quý vị có thể hợp lệ làm nhân viên phục vụ của IHSS. Cung cấp các bản sao Giấy Chứng Nhận Phục Hồi hay chứng từ về việc xóa bỏ tội danh với đơn SOC 426 được điền của quý vị.
- Nếu quý vị đang trong tiến trình xóa bỏ tội danh, quý vị nên hoàn tất tiến trình xóa bỏ tội danh trước khi tiếp tục kiểm tra lý lịch tội phạm.

**Bãi Miễn Loại Trừ cho Cá Nhân cho Tội Danh Cấp 2:**

Một sự loại trừ cá nhân cho phép quý vị cung cấp các dịch vụ **chỉ** cho một thân chủ cụ thể nào quyết định thuê quý vị mặc cho việc kết tội hình sự của quý vị.

- Thân chủ phải yêu cầu và nộp đơn Yêu Cầu của Thân Chủ Xin Bãi Miễn cho Nhân Viên Phục Vụ (SOC 862) tới Văn Phòng IHSS của Quận hay tới Cơ Quan Thẩm Quyền Công Cộng IHSS để cho phép quý vị cung cấp dịch vụ.
- Thân chủ của IHSS nào muốn thuê quý vị phải được cho biết về việc kết tội của quý vị; tuy nhiên, họ sẽ được hướng dẫn giữ kín thông tin kết tội này.
- Nếu quý vị, với vai trò nhân viên phục vụ, và cũng là vị đại diện được ủy quyền của thân chủ, quý vị **không được** phép ký vào tờ bãi miễn nhân danh thân chủ để bãi miễn các tội danh mà quý vị đã bị kết tội. Trong trường hợp này, tờ bãi miễn phải được ký trực tiếp bởi thân chủ hay, nếu không thể được, một người khác phải được tuyên bố là vị đại diện được ủy quyền cho mục đích ký vào tờ bãi miễn này.

Nếu thân chủ của quý vị ký vào một tờ bãi miễn cá nhân cho phép quý vị chỉ làm việc cho họ, và họ dọn tới một quận khác, hay quý vị quyết định làm cho một thân chủ khác sống tại một quận khác, quý vị sẽ phải làm lại một bản kiểm tra lý lịch tội phạm khác tại quận mới và vị thân chủ mà quý vị làm việc cho họ sẽ cần phải điền và nộp một yêu cầu khác xin bãi miễn cá nhân tại quận mới.

**Ngoại Lệ Tổng Quát cho một Tội Danh Cấp 2:**

Một người bị phát hiện không hợp lệ để được ghi danh làm nhân viên phục vụ căn cứ vào một kết án cho một tội danh Cấp 2, nhưng lại muốn được ghi tên vào sổ đăng bộ của nhân viên phục vụ, có thể nộp đơn xin một ngoại lệ loại trừ tổng quát.

- Nộp đơn Xin Ngoại Lệ Tổng Quát bằng cách điền đơn Yêu Cầu Xin Ngoại Lệ Tổng Quát cho Người Nộp Đơn Xin Làm Nhân Viên Phục Vụ cho IHSS (SOC 863).
- Quý vị sẽ được yêu cầu cung cấp các chứng từ hỗ trợ (ví dụ, quá trình làm việc, các giấy tiền cử cá nhân, v.v.) để hỗ trợ cho yêu cầu của quý vị xin một ngoại lệ tổng quát.

Nếu quý vị không đủ tiêu chuẩn căn cứ vào tội danh Cấp 1 hay Cấp 2, quý vị có thể yêu cầu xin một bản Thông Tin Hồ Sơ Tội Phạm Hình Sự (Criminal Offender Record Information, CORI) của quý vị từ quận. Xin lưu ý CORI chỉ có thể được sử dụng cho thủ tục ghi danh này.

**Nếu quý vị tin rằng thông tin trên bản lý lịch tội phạm của quý vị không đúng, quý vị có thể tranh cãi về thông tin này qua thủ tục cứu xét hồ sơ của DOJ.**

Thủ tục cứu xét hồ sơ của DOJ bao gồm việc nộp giấy tờ lẫn tay, trả phí tiến hành thủ tục, và theo các hướng dẫn trên mạng DOJ tại <http://ag.ca.gov/fingerprints/security.php>. Nếu có thông tin tội phạm trên hồ sơ quý vị, một Khiếu Nại về việc Không Chính Xác hay Không Hoàn Chính Theo Cáo Buộc (Đơn BCII 8706) sẽ được kèm theo cùng với thư trả lời.

**GIẢI ĐOẠN 3: Tham Gia một Buổi Hội Thảo Cho Nhân Viên Phục Vụ Chương Trình IHSS từ Quận.**

- Văn Phòng IHSS của Quận hay Cơ Quan Thẩm Quyền Công Cộng IHSS sẽ cho quý vị biết quý vị có thể tham gia một lớp hội thảo vào lúc nào và tại đâu.
- Buổi hội thảo sẽ cho quý vị biết các thông tin quan trọng về Chương Trình IHSS và các quy định luật lệ, yêu cầu mà quý vị phải tuân theo với vai trò một nhân viên phục vụ.

**GIAI ĐOẠN 4: Vào cuối buổi Hội Thảo của Nhân Viên Phục Vụ, ký vào một đơn Thỏa Thuận Ghi Danh Cho Nhân Viên Phục Vụ Chương Trình IHSS (SOC 846).**

- Khi ký vào đơn SOC 846, quý vị nói rằng quý vị hiểu và đồng ý với các quy định luật lệ và yêu cầu để làm một nhân viên phục vụ trong Chương Trình IHSS.

Quý vị nên giữ gìn bản sao của tất cả các chứng từ mà quý vị đã nộp và bất cứ chứng từ nào quý vị đã nhận từ quận cho hồ sơ của quý vị.

Một khi quý vị hoàn tất thành công bốn (4) giai đoạn này và được chấp thuận bởi quận hay Cơ Quan Thẩm Quyền Công Cộng để làm một nhân viên phục vụ của IHSS, chừng nào quý vị còn là một nhân viên phục vụ còn hoạt động, và việc kiểm tra lý lịch tội phạm của quý vị vẫn trong sạch, quý vị sẽ còn tiếp tục hợp lệ để cung cấp các dịch vụ cho bất cứ thân chủ nào của IHSS.

**Nếu quý vị không hoàn thành bốn (4) giai đoạn này trong vòng 90 ngày sau khi quý vị đã bắt đầu thủ tục ghi danh cho nhân viên phục vụ, quý vị sẽ bị kết luận là không hợp lệ để làm việc và để được trả lương như một nhân viên phục vụ của IHSS và sẽ cần phải bắt đầu lại thủ tục này từ đầu để được ghi danh làm nhân viên phục vụ của IHSS.**

Nếu quý vị có bất cứ thắc mắc nào về các yêu cầu ghi danh làm nhân viên phục vụ này, liên lạc với Văn Phòng IHSS của Quận hay Cơ Quan Thẩm Quyền Công Cộng IHSS của quý vị.

## CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ HỖ TRỢ TẠI GIA (IHSS) CHỈ ĐỊNH NHÂN VIÊN PHỤC VỤ TỪ THÂN CHỦ

### HƯỚNG DẪN:

- ĩ Dùng mực đen hay xanh. Viết các thông tin rõ ràng.
- ĩ Quý vị (hay vị đại diện được ủy quyền của quý vị) phải điền PHẦN A của đơn này để cho quận biết ai đã được chọn cung cấp các dịch vụ được ủy quyền của quý vị.
- ĩ Nếu quý vị có nhiều nhân viên phục vụ, quý vị phải điền một tờ đơn riêng cho từng người sẽ cung cấp các dịch vụ được ủy quyền cho quý vị.
- ĩ Quý vị phải ký bản thừa nhận trong PHẦN C của đơn này.
- ĩ Xin gửi lại đơn đã điền và ký cho quận. Quận sẽ giữ bản chính và đưa quý vị bản sao.

### PHẦN A. CHỈ ĐỊNH NHÂN VIÊN PHỤC VỤ TỪ THÂN CHỦ

1. Tên Thân Chủ:	
2. Số Hồ Sơ IHSS của Quận:	
3. Tên Nhân Viên Phục Vụ:	
4. Địa Chỉ Nhân Viên Phục Vụ:	
Thành Phố, Tiểu Bang, Mã Vùng:	
5. Số Điện Thoại Nhân Viên Phục Vụ:	
6. Ngày Sinh Nhân Viên Phục Vụ	
7. Số An Sinh Xã Hội Nhân Viên Phục Vụ*:	
8. Giới Tính Nhân Viên Phục Vụ (đánh vào ô):	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
9. Mối Quan Hệ Của Nhân Viên Phục Vụ với Thân Chủ (nếu có):	<input type="checkbox"/> Phụ Huynh <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ Chồng/Sống Chung <input type="checkbox"/> Người Bảo Vệ Tài Sản <input type="checkbox"/> Giám Hộ <input type="checkbox"/> Vai Trò Khác _____

10. Ngày Bắt Đầu của Nhân Viên Phục Vụ:	
--------------------------------------------	--

\*LƯU Ý: Việc thu thập Số An Sinh Xã Hội được đòi hỏi theo yêu cầu bởi Đạo Luật Cải Cách và Kiểm Soát Di Trú năm 1986, Đạo Luật Công Cộng 99-603 (8 USC 1324a) [(Immigration Reform and Control Act of 1986, Public Law 99-603 (8 USC 1324a)], cho các mục đích xác nhận nhân dạng và phê chuẩn được làm việc của một người tại Hoa Kỳ.

Tôi chọn người có tên ở trên làm nhân viên phục vụ chương trình IHSS cho tôi. Người này sẽ cung cấp một số hay tất cả các dịch vụ được quận phê chuẩn.

**PHẦN B. THỎA THUẬN CỦA THÂN CHỦ****TÔI HIỂU VÀ ĐỒNG Ý RẰNG:**

- ï Người tôi đã chọn làm nhân viên phục vụ cho tôi không thể được liên bang hay tiểu bang trả tiền cung cấp dịch vụ cho tôi cho đến khi họ hoàn tất mọi yêu cầu về mục ghi danh của nhân viên phục vụ. Các yêu cầu này bao gồm điền đơn, ký tên, và gửi lại (tận nơi) Đơn Ghi Danh Nhân Viên Phục Vụ (SOC 426), nộp dấu lần tay và không có lịch sử tội phạm qua kiểm tra lý lịch tội phạm, hoàn tất một buổi hội thảo cho nhân viên phục vụ, và gửi lại Đơn Ghi Danh Nhân Viên Phục Vụ (SOC 846).
- ï Quận sẽ gửi cho tôi một thông báo cho biết nếu người tôi đã chọn làm nhân viên phục vụ của tôi không hoàn tất các yêu cầu ghi danh cho nhân viên phục vụ hoặc nếu họ không đủ chuẩn làm một nhân viên phục vụ của chương trình IHSS.
- ï Nếu tôi chọn người này cung cấp dịch vụ cho tôi trước khi họ ghi danh như một nhân viên phục vụ của chương trình IHSS, và quận gửi cho tôi một thông báo cho tôi biết rằng họ không đủ chuẩn làm nhân viên phục vụ của chương trình IHSS, tôi sẽ phải trả tiền cho họ bằng tiền túi của tôi cho các dịch vụ họ đã cung cấp cho tôi, trước khi được xác định là không đủ chuẩn làm nhân viên phục vụ và cho bất cứ dịch vụ nào họ cung cấp, sau khi quận thông báo cho tôi rằng họ không đủ chuẩn.
- ï Quận cũng như Tiểu bang sẽ không chịu trách nhiệm cho bất cứ việc khiếu nại đòi bồi thường và/hoặc mất mát nào gây ra bởi người có tên ở trên mà tôi chọn để mượn như nhân viên phục vụ của IHSS cho tôi. Tôi đồng ý không làm cho Tiểu Bang và quận, các cán bộ, nhân viên đại diện, và nhân viên của họ bị thiệt hại, và chịu trách nhiệm cho mọi khiếu nại đòi bồi thường và/hoặc mất mát nào cho bất cứ ai bị hại bởi người nêu tên tôi chọn để mượn như nhân viên phục vụ của IHSS cho tôi.
- ï Quận có thể cung cấp các thông tin về các dịch vụ và số giờ dịch vụ được phê chuẩn của tôi cho người tôi đã chọn như nhân viên phục vụ cho tôi. Quận sẽ gửi cho nhân viên phục vụ của tôi bản Thông Báo Cho Nhân Viên Phục Vụ của IHSS về Số Giờ và Dịch Vụ Được Phê Chuẩn Cho Thân Chủ [(IHSS Provider Notice of Recipient Authorized Hours and Services) (SOC 2271)].
- ï Tổng số giờ được phê chuẩn hàng tháng của tôi sẽ được chia 4 để xác định số giờ hàng tuần tối đa của tôi. Số giờ hàng tuần tối đa là một hướng dẫn cho tôi biết số giờ cao nhất nhân viên phục vụ của tôi sẽ có thể làm cho tôi trong suốt một tuần làm việc. Tuy nhiên, vì đại đa số các tháng hơi dài hơn 4 tuần một chút, nên tôi sẽ làm việc với nhân viên phục vụ của tôi để chia số giờ của họ trong tháng để bảo đảm là tôi có tất cả số giờ dịch vụ cần tới trong tháng đó.

- ĩ Đôi khi tôi có thể cần nhân viên phục vụ của tôi làm nhiều hơn số giờ hàng tuần tối đa của tôi. Tôi phải xin sự chấp thuận của quận để điều chỉnh số giờ hàng tuần tối đa của tôi chỉ với điều kiện là sự thay đổi này đòi hỏi nhân viên phục vụ tôi làm:
1. Thêm giờ làm ngoài giờ trong tháng hơn số giờ họ thường làm.
  2. Nhiều hơn 40 tiếng cho tôi trong một tuần làm việc nếu số giờ tối đa hàng tuần của tôi là 40 tiếng hay ít hơn trong một tuần làm việc.
- ĩ Nếu tôi không có một ngoại lệ được chấp thuận, nhân viên phục vụ của tôi sẽ bị một lỗi vi phạm vì làm nhiều hơn số giờ hàng tuần tối đa của tôi.
- ĩ Có thể tôi **không bao giờ** phê chuẩn cho nhân viên phục vụ của tôi làm nhiều hơn tổng số giờ dịch vụ được phê chuẩn cho tôi. Vì vậy, lúc tôi phê chuẩn cho nhân viên phục vụ cho tôi làm thêm giờ phụ trội trong một tuần làm việc, tôi phải để nhân viên phục vụ làm ít giờ hơn trong (các) tuần lễ khác trong tháng.
- ĩ Nếu nhân viên phục vụ của tôi làm cho một thân chủ khác nữa, số giờ tối đa mà họ có thể đòi trong một tuần làm việc cho tất cả số giờ họ làm cho các thân chủ của họ kết hợp lại là **66** tiếng. **Tôi phải lập một lịch trình làm việc cho nhân viên phục vụ của tôi để xác định số giờ họ sẽ làm cho mỗi tuần để bảo đảm họ sẽ không làm nhiều hơn 66 tiếng cho mỗi tuần làm việc.** Tôi sẽ lấy một Thông Báo Tới Thân Chủ về Số Giờ Hàng Tuần Tối Đa (SOC 2271A), trong đó sẽ bao gồm các thông tin về số giờ hàng tuần tối đa của tôi để tôi có thể dùng nó lập lịch trình làm việc cho nhân viên phục vụ của tôi. Để lập ra lịch trình làm việc, nhân viên phục vụ của tôi phải cho tôi biết họ sẵn sàng làm việc cho tôi bao nhiêu giờ trong mỗi một tuần làm việc. Nếu nhân viên phục vụ của tôi không thể làm hết tất cả số giờ được phê chuẩn của tôi, tôi sẽ cần mượn thêm nhân viên. **Nếu tôi cần giúp tìm và mượn nhân viên khác, tôi có thể gọi Cơ Quan Thẩm Quyền Công Cộng IHSS của quận tôi để có một nhân viên phục vụ từ bộ phận ghi danh hay từ văn phòng IHSS của quận tôi.**
- ĩ Quận sẽ gửi cho tôi một thông báo mỗi lần nhân viên phục vụ của tôi có một lỗi vi phạm. Nếu nhân viên phục vụ của tôi bị ba lỗi vi phạm, họ sẽ bị treo không cho làm cho IHSS trong ba tháng. Nếu họ bị thêm một lỗi vi phạm khác sau khi được phục hồi từ lần treo ba tháng trước đó, họ sẽ bị tước bỏ vai trò nhân viên phục vụ trong một năm.

## PHẦN C. THỪA NHẬN CỦA THÂN CHỦ

Tôi hiểu và đồng ý theo tất cả các yêu cầu liệt kê trong đơn này.

CHỮ KÝ THÂN CHỦ:	NGÀY
------------------	------

TÊN VIẾT CHỮ IN HOA:

CHỮ KÝ VI ĐẠI DIỆN ỦY QUYỀN:	NGÀY:
------------------------------	-------

TÊN VIẾT CHỮ IN HOA:

CHỈ DÀNH CHO QUẬN  
SỬ DỤNG

TÊN NHÂN VIÊN:	NGÀY:
----------------	-------



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:	
<input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمات در بیمارستان است.	<input type="checkbox"/> ترک کار/فسخ کاری
<input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمات فوت شده است.	<input type="checkbox"/> ناتوانی/ صدمه بدنی از کار
<input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمات واجد شرایط دریافت خدمات نمیشود.	
<input type="checkbox"/> دریافت کننده در تعطیلات/ خارج از منطقه /ایالت/ کشور میباشد. تاریخ احتمالی بازگشت	
<input type="checkbox"/> دلایل دیگر	

شخصی که این فرم را پر میکند <input type="checkbox"/> ارایه کننده خدمات <input type="checkbox"/> دریافت کننده خدمات <input type="checkbox"/> مجوز از طرف شخص دریافت کننده خدمات	
تاریخ	اسم با حروف جدا
امضا	

County Use Section بخش استفاده برای کانتی
----------------------------------------------

## CHÀO ĐÓN QUÝ VỊ VỚI CÔNG VIỆC CỦA MỘT CÁ NHÂN CUNG CẤP CÁC DỊCH VỤ TRỢ GIÚP TẠI GIA (IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES - IHSS).

Thông báo này mô tả một cách vắn tắt về các phúc lợi có thể có dành cho quý vị và các trách nhiệm về việc trả thuế lợi tức của quý vị. Xin đọc kỹ bản tài liệu này. Đồng thời, cũng cần nhớ rằng người chủ của quý vị là người thụ hưởng trợ cấp của chương trình IHSS đứng thuê muốn quý vị, chứ không phải là Chính Quyền Tiểu Bang California hay Ty Xã Hội Hạt (County Welfare Department). Chính Quyền Tiểu Bang California phát hành bản tài liệu này và cấp trả các chi phiếu tiền lương cho quý vị thay mặt cho người chủ thuê muốn quý vị và Ty Xã Hội Hạt phụ trách tất cả các giấy tờ hồ sơ liên hệ.

Xin quý vị liên lạc với Ty Xã Hội Hạt mỗi khi quý vị có điều gì thắc mắc liên quan tới chi phiếu tiền lương hay bản ghi số giờ làm việc của quý vị. Luôn luôn nhớ ký tên và đề ngày vào bản ghi số giờ làm việc sau khi (chứ không phải là trước khi) kỳ lương đó chấm dứt, đồng thời đưa bản ghi số giờ làm việc cho người chủ thuê muốn quý vị ký tên và đề ngày vào đó, sau đó gửi bản ghi số giờ làm việc của mình cho Ty Xã Hội Hạt qua đường bưu điện theo địa chỉ in ở góc bên phải phía dưới của bản ghi số giờ làm việc để tránh bất kỳ sự chậm trễ nào trong việc nhận chi phiếu tiền lương của quý vị. Ghi nhớ: Luôn luôn báo cho Ty Xã Hội Hạt biết mỗi khi quý vị thay đổi địa chỉ và/hoặc số điện thoại.

Viên Chức Phụ Trách  
tại Ty Xã Hội của Tôi là:

Tên Họ: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Ty Xã Hội Hạt:

Để biết thêm chi tiết về IHSS xin gọi  
điện thoại cho Ty Xã Hội ở địa phương



STATE OF CALIFORNIA  
(Tiểu Bang California)

HEALTH AND WELFARE AGENCY  
(Bộ Y Tế và Nhân Sự Vụ)

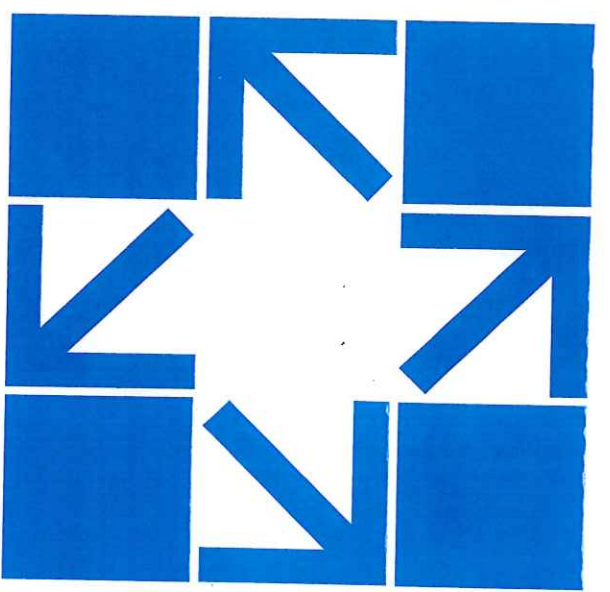
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
(Nha Xã Hội)

## DỊCH VỤ TRỢ GIÚP TẠI GIA

PHÚC LỢI  
DÀNH CHO  
NGƯỜI CUNG CẤP  
DỊCH VỤ VÀ  
DỰ KIẾN VỀ  
CÁC DỊCH VỤ



CDSS  
CALIFORNIA  
DEPARTMENT OF  
SOCIAL SERVICES



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](http://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](http://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](http://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](http://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.html](http://www.dir.ca.gov/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](http://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: \_\_\_\_\_

## **Physician: I agree to this Predesignation:**

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 predesignated 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 predesignated 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: \_\_\_\_\_

Employee ID #: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

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 "predesignating 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		► <b>Does your name match the name on your social security card?</b> If not, to ensure you get credit for your earnings, contact SSA at 800-772-1213 or go to <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> .
City or town, state, and ZIP code		
(c) <input type="checkbox"/> <b>Single</b> or <b>Married filing separately</b> <input type="checkbox"/> <b>Married filing jointly</b> or <b>Qualifying widow(er)</b> <input type="checkbox"/> <b>Head of household</b> (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](http://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](http://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.)

<b>Step 3: Claim Dependents</b>	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 . . . . .	<b>3</b>	\$
<b>Step 4 (optional): Other Adjustments</b>	<b>(a) Other income (not from jobs).</b> 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 . . . . .	<b>4(a)</b>	\$
	<b>(b) Deductions.</b> 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 . . . . .	<b>4(b)</b>	\$
	<b>(c) Extra withholding.</b> Enter any additional tax you want withheld each <b>pay period</b> . .	<b>4(c)</b>	\$

**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](http://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](http://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](http://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](http://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 \_\_\_\_\_

<b>Employer's Section:</b> 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<br>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 <b>stop here</b> .                 | 8.   |
| 9. If line 6 is greater than line 5;<br>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.