

دستورالعمل نامنویسی ارائه‌دهندگان

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

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

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

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

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

ارائه‌دهندگان فعلی

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

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

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

ارائه‌دهندگان جدید

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

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

~ ادامه (پشت صفحه) ~

❑ جلسه آشناسازی ارائه‌دهندگان جدید IHSS.

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

▪ در وبسایت IHSS:

https://alamedasocialservices.org/public/services/elders_and_disabled_adults/in_home_supportive_services.cfm

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

یا

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

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

دستورالعمل تکمیل بسته نام‌نویسی ارائه‌دهندگان

ارائه‌دهندگان جدید و فعلی

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

3. فرم‌های زیر را برای سوابق خود نگهدارید:

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

دریافت‌کنندگان IHSS

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