

برنامه خدمات پشتیبانی خانگی IHSS فرم ثبت نام ارائه دهنده

**لطفاً قبل از تکمیل این فرم
موارد ذیل را به دقت مطالعه فرمایید.**

مطابق قوانین ایالتی چنانچه در 10 سال گذشته به علت برخی جرائم محرومیت زاء خاص، سابقه محکومیت یا حبس داشته باشید، واجد شرایط ثبت نام به عنوان ارائه دهنده یا دریافت هزینه از برنامه IHSS درازای ارائه خدمات حمایتی غیر از موارد ذکر شده در ذیل نخواهید بود. جرائم محرومیت زاء بر دو دسته هستند.

• جرائم رده ۱، تعریف شده در قانون رفاه و سازمان های کالیفرنیا (W&IC)

بخش 12305.81، شامل موارد ذیل:

1. سوءاستفاده معین از یک کودک (قانون کیفری [PC] / بخش [a]273)،
2. سوءاستفاده از سالمند یا بالغ وابسته (PC بخش 368)، و
3. کلاهبرداری از یکی از برنامه های مراقبتی بهداشتی یا خدمات حمایتی دولتی.

• جرائم رده ۲، تعریف شده در W&IC بخش 12305.87، شامل موارد ذیل:

1. جنایتی خشونت آمیز یا جدی برحسب آنچه در PC بخش 667.5(c)* و PC بخش 1192.7(c)* مقرر شده است،
2. جنایت تبهکارانه ای که به موجب آن شخص ملزم است برحسب PC بخش 290(c)* نام خود را به عنوان مجرم جنسی ثبت نماید؛ و
3. جنایت تبهکارانه کلاهبرداری از برنامه خدمات اجتماعی عمومی، بنا به تعریف بخش های 1098010980(c)(2)* و (g)(2)* قانون رفاه و سازمان ها (W&IC).

فهرست کامل جرائم رده ۲ را می توان با درخواست از اداره کانتی یا سازمان عمومی IHSS تهیه کرد.

برای مطالعه عین متن بخش های PC و W&IC مذکور به فرم ضمیمه SOC 426C مراجعه نمایید.

- در بخشی از فرایند ثبت نام ارائه دهنده IHSS شما باید آثار انگشتان خود را به ثبت رسانده و سوء سابقه شما توسط اداره دادگستری کالیفرنیا بررسی می شود.
- اگر پاسخ های شما به این فرم یا نتیجه بررسی سوء سابقه شما نشان دهد طی ۱۰ سال گذشته به موجب جرم رده ۱ یا رده ۲ محکوم شده اید و یا پس از محکومیت به زندان رفته اید، واجد شرایط نام نویسی به عنوان ارائه دهنده خدمات IHSS یا دریافت دستمزد از برنامه IHSS بابت ارائه خدمات حمایتی نیستید.
- در رابطه با جرائم رده ۲، اگر دارای گواهی اعاده اعتبار یا حذف سوء سابقه (انفصال مطابق PC بخش 1203.4) باشید، این محکومیت باعث سلب صلاحیت شما برای کار به عنوان ارائه دهنده IHSS نخواهد شد.
- اگر به علت یکی از جرائم رده ۲ دارای محکومیت باشید در شرایط خاصی می توانید درخواست معافیت فردی یا استثناء عمومی نمایید که ذیل شرح داده شده است.
- جرائم رده ۱ قابل معافیت یا استثناء نیستند.

ادامه در صفحه بعد

صفحه ۱ از ۵

برنامه خدمات پشتیبانی خانگی (IHSS) فرم ثبت نام ارائه دهنده

**لطفاً قبل از تکمیل این فرم
موارد ذیل را به دقت مطالعه فرمایید.**

معافیت فردی انفصال از محکومیت جرائم رده ۲

اگر بر اساس محکومیت به علت یکی از جرائم محرومیت زاء، رده ۲ واجد شرایط تشخیص داده نشوید لکن دریافت کننده IHSS (یا نماینده قانونی وی) علی رغم سوء سابقه شما مایل باشد که شما به عنوان ارائه دهنده وی فعالیت نمایید، می توانید به شرح ذیل شامل معافیت شوید:

- دریافت کننده IHSS که مایل به استخدام شماست (یا نماینده قانونی وی) از محکومیت شما مطلع و نسبت به حفظ محرمانگی اطلاعات آن آگاه خواهد شد.
- دریافت کننده IHSS که مایل به استخدام شماست (یا نماینده قانونی وی) باید فرم درخواست معافیت ارائه دهنده از سوی دریافت کننده IHSS یا (SOC 862) را به اداره IHSS کانتی یا سازمان عمومی IHSS تحویل نماید.
- این معافیت به شما اجازه می دهد به منظور ارائه خدمات صرفاً به دریافت کننده ای که درخواست معافیت نموده و صرفاً در کانتی که درخواست معافیت ارائه گردیده ثبت نام نمایید.
- اگر شما، به عنوان ارائه دهنده، نماینده قانونی دریافت کننده نیز باشید، نمی توانید برای معافیت جرمی که شما به آن محکوم شده اید از جانب دریافت کننده اقدام به امضا فرم معافیت نمایید. در این صورت، فرم معافیت باید مستقیماً توسط دریافت کننده، و یا در صورت عدم امکان، توسط فرد دیگری امضا شود که به عنوان نماینده قانونی وی برای امر امضای این معافیت تعیین شده است.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در زمینه درخواست معافیت، دریافت کننده مزبور که مایل به استخدام شما به عنوان ارائه دهنده خویش است می تواند با اداره IHSS کانتی یا سازمان عمومی IHSS تماس بگیرد.

معافیت عمومی برای انفصال از محکومیت جرائم رده ۲

اگر به دلیل محکومیت به یکی از جرائم محرومیت زاء رده ۲ فاقد شرایط شناخته شوید و بخواهید در فهرست ارائه دهندگان قرار گرفته یا به دریافت کننده ای که درخواست معافیت انفرادی ارائه کننده خدمات ارائه دهید،

- می توانید با تکمیل فرم درخواست متقاضی ارائه خدمات IHSS برای معافیت عمومی (SOC 863) درخواست خود را ارائه دهید.
- شما ملزم خواهید بود اسنادی از جمله سابقه اشتغال، معرفی نامه کارکنان و غیره را در حمایت از درخواست خود برای معافیت عمومی ارائه کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در زمینه درخواست استثنای کلی با اداره IHSS کانتی یا سازمان عمومی IHSS تماس حاصل نمایید.

▶ ----- **ادامه در صفحه بعد**

صفحه ۲ از ۵

برنامه خدمات پشتیبانی خانگی (IHSS)

فرم ثبت نام ارائه دهنده

دستورالعمل ها:

- از خودکار مشکی یا آبی برای تکمیل فرم استفاده نمایید. اطلاعات را خوانا بنویسید.
- این فرم را تکمیل، امضا و شخصاً به دفتر یا محل تعیین شده توسط کانتی تحویل نمایید. هنگام تحویل این فرم اصل مدارک شناسایی فدرال یا صادر شده ایالتی و اصل کارت تأمین اجتماعی را به همراه داشته باشید.
- تمام موارد بخش الف را تکمیل، به سؤالات بخش ب پاسخ و بیانیه بخش پ را بخوانید و امضا کنید.
- کانتی موارد زیر را انجام خواهد داد: 1) بررسی صحت تکمیل فرم؛ 2) تهیه فتوکپی از مدارک شناسایی و کارت تأمین اجتماعی شما؛ و 3) ارائه یک کپی از فرم مزبور به شما.
- اگر هریک از موارد مندرج در این فرم تغییر نماید باید ظرف 10 روز کانتی را مطلع نمایید.

بخش الف: اطلاعات ارائه دهنده			
1. نام کامل (نام، میانی، نام خانوادگی):		2. تاریخ تولد:	
3. جنسیت:		☐ مذکر ☐ مؤنث	
اگر سن شما کمتر از 18 سال است باید اجازه کار معتبر را ضمیمه این فرم نمایید.			
4. آدرس منزل (باید آدرس فیزیکی باشد، صندوق پستی قابل قبول نیست):		شهر:	ایالت:
5. آدرس پستی (در صورت مغایرت با آدرس منزل):		شهر:	ایالت:
6. شماره تلفن (با کد منطقه)		7. شماره تأمین اجتماعی**:	
8. آدرس ایمیل (در صورت وجود):			
9. الف. شماره گواهینامه رانندگی یا کارت شناسایی صادره دولتی:		ب. تاریخ انقضا:	
		پ. ایالت صادرکننده:	
10. الف. زبان تکلم اصلی:		ب. زبان نگارش اصلی:	

توجه:

* امکان پست کردن چک دستمزد ارائه دهنده به صندوق پستی وجود ندارد مگر به درخواست ارائه دهنده و تأیید کانتی.
 ** دریافت شماره تأمین اجتماعی به موجب (W&IC 12305.81(a) و قانون اصلاح و کنترل مهاجرت مصوب سال ۱۹۸۶، قانون عمومی ۹۹-۶۰۳ (8 USC 1324a) به منظور تأیید هویت فرد و مجوز کار در ایالات متحده آمریکا الزامی است.

ادامه در صفحه بعد

فرم ثبت نام ارائه دهنده برنامه خدمات حمایتی (IHSS)

نام ارائه دهنده:

بخش ب: اطلاعات خصوصی ارائه دهنده

با علامت زدن کادر مربوطه به سؤالات ذیل پاسخ دهید:

1. آیا در 10 سال گذشته

a. سابقه محکومیت به علت یکی از جرائم رده ۱* † دارید؟

بلی ☐ خیر ☐

b. سابقه محکومیت یا حبس به علت یکی از جرائم رده ۲* را دارید؟

بلی ☐ خیر ☐

* برای مشاهده تعاریف جرائم رده ۱ و رده ۲ به صفحه 1 این فرم مراجعه نمایید.

2. اگر به سؤال 1. ب پاسخ مثبت داده اید آیا دارای گواهی اعاده اعتبار یا حذف سوء سابقه (مطابق PC بخش 1203.4) جرائم رده ۲ می باشید؟ ☐ بلی ☐ خیر

اگر پاسخ شما مثبت است، باید یک کپی از گواهی اعاده اعتبار خود یا اسناد حذف سوء سابقه را همراه نسخه تکمیل شده این فرم به کانتی ارائه نمایید.

بخش پ: بیانیه ارائه دهنده

اینجانب پذیرفته و قبول می نمایم

- تا زمانی که کل فرایند ثبت نام ارائه دهنده را تکمیل نکرده و رسماً به عنوان ارائه دهنده کانتی ثبت نام نشده باشم حق دریافت هیچ هزینه ای از برنامه IHSS تحت عنوان دستمزد خدمات مجاز ارائه شده به هر کدام از دریافت کنندگان IHSS را نخواهم داشت.
- از تاریخ آغاز فرایند ثبت نام ارائه دهنده 90 روز کاری زمان خواهم داشت تا تمام ملزومات ثبت نام را تکمیل نمایم. اگر ظرف 90 روز ملزومات ثبت نام را تکمیل ننمایم، به عنوان ارائه دهنده خدمات IHSS فاقد صلاحیت تشخیص داده شده و درازای ارائه خدمات مجاز به دریافت کننده IHSS هزینه ای دریافت نخواهم کرد.
- اینجانب، به عنوان بخشی از فرایند ثبت نام ارائه دهنده باید اثر انگشتان خویش را ارائه نموده و لازم است سوء سابقه اینجانب بررسی شود. پرداخت کلیه هزینه های مربوط به اخذ اثر انگشتان و بررسی سوء سابقه به عهده اینجانب می باشد. † اگر از طریق پاسخ های اینجانب در این فرم، نتایج بررسی سوء سابقه، و یا طریق دیگر مشخص شود در ده سال گذشته سابقه محکومیت یا حبس به علت یکی از جرائم محرومیت زاء رده ۱ را داشته ام، فاقد صلاحیت فعالیت به عنوان ارائه دهنده IHSS بوده و دریافت کننده ای که مایل به استخدام اینجانب است از فقدان صلاحیت اینجانب به علت سابقه محکومیت (بدون ذکر جزئیات) مطلع خواهد شد.

ادامه در صفحه بعد

برنامه خدمات پشتیبانی خانگی (IHSS)

فرم ثبت نام ارائه دهنده

نام _____ ارائه دهنده:

بخش ب: (ادامه) بیانیه ارائه دهنده

اینجانب پذیرفته و قبول می‌نمایم

• اگر از طریق پاسخ‌های اینجانب در این فرم، نتایج بررسی سوء سابقه، و یا طریق دیگر مشخص شود در ۱۰ سال گذشته سابقه محکومیت یا حبس به علت یکی از جرائم محرومیت زاء رده ۲ را داشته‌ام، و دارای گواهی اعاده اعتبار یا حذف سوء سابقه نباشم -

- فاقد صلاحیت فعالیت به عنوان ارائه دهنده IHSS می‌باشم، مگر یکی از دریافت کنندگان IHSS مایل باشد برای ارائه خدمات به وی اینجانب را بکار گرفته، درخواست معافیت انفرادی ارائه نموده، و یا اینجانب درخواست معافیت عمومی نموده و آن را دریافت نمایم؛ و

- دریافت کننده IHSS که مایل به استخدام اینجانب به عنوان ارائه دهنده خویش است از محکومیت اینجانب و انواع جرائمی که به موجب آن‌ها محکوم شده‌ام مطلع گردیده و نسبت به حفظ محرمانگی آن‌ها آگاه می‌گردد.

اگر به عنوان ارائه دهنده IHSS کانتی ثبت نام شوم،
اینجانب پذیرفته و قبول می‌نمایم

• اگر فردی که اینجانب به وی خدمات ارائه می‌دهد از طریق برنامه Medi-Cal خدمات IHSS را دریافت می‌نماید، اینجانب نیز ارائه دهنده خدمات مراقبتی Medi-Cal شناخته می‌شوم. از این رو، باید تمام مقررات Medi-Cal در رابطه با ارائه خدمات را رعایت نمایم.

• دستمزد خدمات مجاز ارائه شده از سوی اینجانب به دریافت کننده IHSS از محل منابع فدرال، ایالتی، و/یا کانتی پرداخت شده و هرگونه اظهار نادرست، از جمله وارد کردن اطلاعات نادرست در جدول زمانی، یا عدم درج اطلاعات مطابق قوانین فدرال و/یا ایالتی تحت پیگرد قرار خواهد گرفت.

• در صورت دریافت هرگونه هزینه مازاد به ازای خدمات ارائه شده به دریافت کننده IHSS آن را مسترد نموده و هرگونه هزینه مازاد مجزا یا انباشته از دستمزد آتی کسر می‌گردد.

• اینجانب کلیه خدمات را بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، رنگ پوست، ملیت یا قومیت، جنسیت، سن، گرایش جنسی، یا معلولیت ذهنی یا جسمی انجام خواهم داد.

اینجانب، با توجه به مجازات شهادت کذب، اعلام می‌نمایم کلیه اطلاعاتی که در این فرم ارائه نموده‌ام صحیح و تا کنون عین حقیقت می‌باشد و اظهارنامه و موارد پذیرفته شده فوق را قبول دارم.

امضا: _____ تاریخ: _____

نام با حروف کتابی و بزرگ: _____

تاریخ: