

ACUERDO DE PROVEEDOR DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR

Como proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS, por sus siglas en inglés), reconozco, entiendo y concuerdo en lo siguiente:
[Por favor ponga sus iniciales en cada afirmación después de leerla]

- _____ Yo informaré al departamento de Nómina del IHSS **dentro de 10 días** de cualquier cambio con respecto a mi dirección particular, número de teléfono, o nombre.
- _____ Yo notificaré al departamento de Nómina del IHSS **dentro de 10 días** cuando mi trabajo como proveedor del IHSS termine.
- _____ Yo entiendo las horas del IHSS **no pueden ser pagadas** cuando el beneficiario del IHSS está **fuera de su hogar**. Ejemplos de esto incluyen cuando el beneficiario **esté en un hospital, en un centro de enfermería especializada, o en un hogar de alojamiento y cuidado; está en la cárcel/prisión; o viaje fuera del estado** (a menos que el viaje sea aprobado por el Trabajador Social del beneficiario).
- _____ Yo entiendo que mi empleo por el proveedor IHSS finaliza **inmediatamente** si el beneficiario se muere.
- Reclamar horas en la hoja de asistencia del proveedor durante el tiempo en que el beneficiario está fuera del hogar o ha fallecido se considera proveer información **fraudulenta**. Los casos de fraude sospechado serán reportados inmediatamente a la Oficina del Fiscal del Distrito para una investigación criminal y prosecución potencial.
- _____ Yo verificaré con el beneficiario las fechas y el número de horas trabajadas antes de completar la hoja de asistencia. Entiendo que sólo las horas **reales trabajadas** pueden ser reclamadas en una hoja de asistencia, y que reclamar más horas de las realmente trabajadas es un acto **fraudulento**, y al ser descubierto, será reportado al Fiscal del Distrito.
- El beneficiario del IHSS es el empleador, y por lo tanto él/ella deberá firmar la hoja de asistencia **después de que** se haya llenado y que los servicios hayan sido provistos. Que otra persona que no sea el beneficiario firme la hoja de asistencia se considera un acto **fraudulento**. Si las circunstancias (por ejemplo, la muerte o discapacidad) hace imposible que el beneficiario firme la hoja de asistencia, el proveedor debe contactar al departamento de Nómina del IHSS. También, es un acto **fraudulento** que un proveedor reclame horas que ocurrieron **después** de su fecha de terminación.
- _____ Yo entiendo que las horas son asignadas al beneficiario **mensualmente**, y que las horas no utilizadas **no** se pueden pasar ("no se pueden traspasar") al próximo mes.
- Si el proveedor no está empleado durante un mes completo (desde el primer día del mes hasta el último día del mes), sus horas autorizadas pueden ser **ajustadas (prorrateadas)** para ese mes. Las horas son ajustadas por la Nómina del IHSS.
- _____ Yo entiendo que **yo no debo** trabajar más de las **horas mensuales autorizadas** al beneficiario y que, si trabajo más horas, IHSS no me pagará esas horas adicionales.
- _____ Yo entiendo que si el beneficiario Comparte los Costos (SOC, por sus siglas en inglés), él/ella puede ser responsable de pagarme algunos de mis sueldos. Si el beneficiario no me paga lo que él/ella me debe, se le pueden terminar los servicios del IHSS.
- **No** es la responsabilidad del Condado asegurar que los beneficiarios paguen a los proveedores su porción del SOC.

So pena de condena por falso testimonio, yo verifico que entiendo y acepto los términos enumerados arriba. Entiendo que puedo ser terminado como un proveedor del IHSS y/o que puedo ser remitido a la Oficina del Fiscal del Distrito para una investigación y prosecución criminal si violo uno o más de los términos de este acuerdo.

Firma del Proveedor de IHSS: _____ Fecha: _____

Nombre del Proveedor de IHSS (en letra de imprenta): _____ Nombre del beneficiario: _____