IHSS

Խնամատարի Դասընթացի Ուղեցույց

Տնային Օժանդակ
Ծառայություններու
Ծրագիր

CDSS

Բարի Եկաք

Քալիֆորնիոյ Հասարակական Ծառայութիւններու Բաժանմունքին անունէն (California Department of Social Services) կ'ուզենք շնորհակալութիւն յայտնել, իբրեւ խնամատար ծառայելու ձեր պատրաստակամութեան համար: Ձերը դիւրին աշխատանքներէն չէ, բայց կ'օգնէ ձեր, կոյր եւ հաշմանդամ չափահասներուն եւ երեխաներուն ապահով մնալու իրենց տուներուն մէջ:

Խնամատարի Դասընթացքի այս ուղեցոյցը Տնային Օժանդակ Ծառայութիւններու Ծրագիրին (IHSS) մասին որոշ հիմնական տեղեկութիւններ պիտի տայ եւ ծրագիրին ակնկալութիւններուն մասին աւելի լաւ հասկացողութիւն պիտի ապահովէ ձեզի: Եթէ սոյն ուղեցոյցը կարդալէն ետք հարցումներ ունենաք, դուք պէտք է կապուիք ձեր քաւնթիին Հասարակական Ծառայութիւններու անձնակազմին կամ Քաղաքացիական Իշխանութիւններու ներկայացուցիչներուն հետ:

Բովանդակութիւն

Նախաբան 3

Ծառայութիւններ 4

Պահանջքներ 8

Ժամաքարթեր 11

Խարդախութիւն 18

Նախաբան

IHSS Ծրագիրի Նկարագրութիւն

Տնային Օժանդակ Ծառայութիւններ (In-Home Supportive Services, IHSS) ծրագիրը ծառայութիւն կը մատակարարէ 65 տարեկանէն վեր անձերու, կոյրերու եւ հաշմանդամներու: Այս ծրագիրին նպատակն է հնարաւորութիւն տալ մարդոց, որ ապահով մնան իրենց տուներուն մէջ եւ խուսափին դուրսէն խնամքի պէտքութիւն ունենալէն:

Ներկայիս, IHSS ծրագիրը ամբողջ նահանգի տարածքին ամսական կը վճարէ 450,000 մարդու տնային ծառայութիւններու համար, մօտաւորապէս 350,000 մատակարարներու միջոցով, որոնք կարեւոր դեր կը խաղան անոնց տրուած խնամքին մէջ: Գալիք քանի մը տարիներուն կ'ակնկալուի, որ այս ծառայութիւններու պէտքը ունեցող մարդոց թիւը եւ այդ ծառայութիւնները մատակարարելուն ծախսերը աւելնան: Առանց IHSS-ին եւ խնամատարներուն, ծառայութիւն ստացողները կրնան անկարող ըլլալ ապահով մնալու իրենց տուներուն մէջ:

Գործակալութիւններուն Դերը

IHSS-ը կը վճարուի ֆետերալ, նահանգի եւ քաւնթիի ֆոնտերու միջոցով, որպէս Medi-Cal-ի ծառայութիւններու ծրագիրին մէկ մասը: Շատ գործակալութիւններ ընդգրկուած են, որպէսզի սահուն դարձնեն ծրագիրին ընթացքը:

Ֆետերալ եւ Նահանգային կառավարութիւններ
Ֆետերալ եւ Նահանգային կառավարութիւնները կը հսկեն եւ ուղղութիւն կու տունին քաւնթիներուն:

Քաւնթիներ
Քաւնթիները պատասխանատու են տեղական մակարդակի վրայ IHSS ծրագիրը կառավարելու համար: Ասոնց մէջ կը մտնէ ճշդելը, թէ նպաստընկալները ո՞ր ծառայութիւններուն պահանջը ունին իրենց տուներուն մէջ ապահով կեցութիւն ունենալու, որքա՞ն օգնութեան պէտք կայ, որքա՞ն ժամանակ կ'առնէ ծառայութիւնները մատուցելը եւ ի՞նչ յաճախականութեամբ ատոնք պէտք է կատարուին: Սա կը կոչուի գնահատման ընթացք:

Քաւնթիները նաեւ կը ներգրաւեն խնամատարներ IHSS ծրագիրին մէջ, IHSS-ի մասին նպաստընկալներու հարցումներուն կը պատասխանեն եւ խարդախութիւններու բացայայտման աշխատանքներուն կը մասնակցին: Քաւնթիին Դատախազի Գրասենեակը եւ Առողջապահական Խնամքի Ծառայութիւններու Բաժանմունքին Վերստուգողները կը հետաքննեն հնարաւոր խարդախութիւնները, երբ գործերը իրենց յղուին, եւ կը դատապարտեն խարդախութեան մէջ մեղադրուողները:

Քաղաքացիական իշխանութիւններ եւ Ոչ-շահութաբեր կազմակերպութիւններ
Քաղաքացիական իշխանութիւնները եւ Ոչ-շահութաբեր կազմակերպութիւնները պայմանագիր կը կնքեն Վարչաշրջաններուն հետ՝ խնամատարներուն եւ նպաստընկալներուն ծառայութիւններ մատուցելու համար: Անոնց մատուցած կարգ մը ծառայութիւններէն են.

- խնամատարներուն ցուցակները ունենալ,
- նպաստընկալներուն յանձնարարել խնամատարներ եւ
- անոնց համար ուսումնառութեան հնարաւորութիւն ապահովել:

Ծառայութիւններ

IHSS Ծառայութիւնները Որոնք Կը Վճարուին

IHSS-ի ամբողջական ծառայութիւններուն եւ պարտականութիւններուն ցանկին համար տեսէք «IHSS-ի կողմէն վճարուղ ծառայութիւններ» վերնագիրով թղթիկները: IHSS-ի կողմէն վճարուող կարգ մը ծառայութիւններէն են.

- Ճաշի պատրաստութիւն եւ մաքրութիւն
- Կերակրել
- Արտաքնոցի օգնութիւն
- Լոգանք
- Բերանի խնամք
- Յարդարում
- Հագուիլ
- Լուացք
- Ուտեստեղէնի գնումներ

Իւրաքանչիւր ծառայութեան տակ, կայ նաեւ պարտականութիւններու ցանկ մը, որ դուք պէտք է գիտնաք: Օրինակի համար, «Տնային» կոչուող ենթաբաժինին մէջ, որ կը վճարէ տնային աշխատանքներու համար, դուք կրնաք տեսնել ցանկ մը պարտականութիւններու, որ կ'ընդգրկէ.

- Սրբել, փոշեկուլով մաքրել, լուալ եւ գետինը փայլեցնել
- Խոհանոցին դարակները եւ լուացարանները լուալ
- Բաղնիքը մաքրել
- Ուտելիք եւ պաշար հաւաքել
- Աղբը թափել
- Փոշին առնել եւ առարկաները հաւաքել
- Անկողինին ճերմակեղէնը փոխել

Ծառայութիւնները գրեթէ միշտ պէտք է տրուին նպաստընկալին տունին մէջ: Ընդհանրապէս, ուր որ նպաստընկալը ընտրէ ապրիլ, հոն կը նկատուի իր տունը: Ատիկա կրնայ ըլլալ առանձնատուն, յարկաբաժին, պանդոկ կամ ազգականի մը տունը: Յամենայն դէպս, կան որոշ ծառայութիւններ, զորս կարելի է մատակարարել տունէն դուրս, ինչպէս, երբ դուք կ'ընկերակցիք նպաստընկալին բժիշկի երթալու:

Քանի որ իւրաքանչիւր նպաստընկալի պահանջքները տարբեր են, նպաստընկալներուն մեծ մասը պիտի չունենայ արտօնուած բոլոր ծառայութիւնները: Քառնթիէն կը պահանջուի արտօնել միայն այն ծառայութիւնները, որոնց նպաստընկալը պէտք ունի տունին մէջ ապահով մնալու համար եւ իւրաքանչիւր նպաստընկալի տրամադրել «Գործադրութեան Ծանուցագիր» (Notice of Action) մը, որ ցոյց տայ այն ծառայութիւնները, որոնց համար խնամատարը կրնայ վճարուիլ, եւ որքան ժամանակ արտօնուած է իւրաքանչիր ամսուան համար:

Նախքան IHSS-ի նպաստընկալի մը որեւէ ծառայութիւն տալը ձեզի համար կարեւոր է գիտնալ, թէ ինչ ծառայութիւն եւ որուն համար խնամատարը կրնայ վարձատրուիլ, եւ որքան ժամանակ արտօնուած է: Գիտնալու ամենալաւ ձեւը ձեր նպաստընկալին

Ծառայություններ

«Գործադրութեան Ծանուցագիր»ին նայիլն է: Եթէ նպաստընկալը չի կրնար ձեզի ցոյց տալ «Գործադրութեան Ծանուցագիր»ը կամ յայտնել արտօնուած ծառայութիւններուն մասին, ապա դուք պէտք է հարցնէք քաւնթիին:

Եթէ ձեր նպաստընկալը ձեզմէ կը խնդրէ ընել բան մը, որ ծառայութիւններու եւ պարտականութիւններու ցանկին մէջ չէ, կամ արտօնուած չէ այդ նպաստընկալին համար, ապա դուք չէք վճարուիր նպաստընկալին խնդրանքը ընելու համար: Դուք պէտք է անոր ըսէք, թէ ինչու չէք կրնար ընել այդ ծառայութիւնը: Եթէ դուք որոշէք ընել նպաստընկալին համար բան մը, որ ցանկին մէջ չէ կամ արտօնուած չէ, ապա այդ գործը կատարելու ժամանակը մի գրանցէք ժամաքարթին մէջ: IHSS-ը կրնայ վճարել որեւէ ծառայութեան կամ պարտականութեան համար, որ գրանցուած եւ արտօնուած է այն նպաստընկալին համար, որուն դուք կը ծառայէք:

Եթէ դուք հարցում ունիք, թէ արդեօք IHSS-ը կրնայ վճարել ծառայութիւններուն եւ պարտականութիւններուն համար, ըսէք ձեր նպաստընկալին, որ ճշդէ քաւնթիի պաշտօնեայէն կամ դուք անձամբ ճշդեցէք քաւնթիի պաշտօնեային հետ:

IHSS Ծառայութիւններ Որոնք ՉԵՆ Վճարուիր

Ինչպէս նշեցինք, եթէ ծառայութիւն մը ՉԷ գրանցուած ձեր նպաստընկալի «Գործադրութեան Ծանուցագիր»-ին մէջ, ապա IHSS-ը չի կրնար վճարել ձեզի այդ ծառայութիւնը մատուցելու համար: Օրինակի համար, IHSS չի վճարեր.

- Կահկարասի տեղափոխելու համար
- Պիլերը վճարելու համար
- Նպաստընկալին նամակները կարդալու համար
- Կենդանիներ խնամելու համար
- Պարտիզպանութիւն ընելու համար
- Նպաստընկալի հետ այցելութեան երթալու կամ հեռատեսիլ դիտելու համար
- Նպաստընկալին պտոյտի կամ հիւրութեան տանելու համար

Ծառայություններ

Պարագաներ, Երբ IHSS-ի Ծառայությունները ՉԵՆ Վճարուիր

Ծառայություններ, որոնք ՉԵՆ վճարուիր հետեւեալ պարագաներուն տակ.

- **Երբ նպաստընկալը հիւանդանոցն է, խնամքի տակ կամ խնամատարական այլ հաստատութիւններու մէջ է:** Եթէ դուք որոշէք երթալ այս հաստատութիւններէն որեւէ մէկը եւ օգնել որոշ պարտականութիւններ կատարելու, ինչպէս՝ կերակրել նպաստընկալը, ապա IHSS-ը չի կրնար վճարել ձեզի, եւ այս ծառայութեան համար ծախսուած ժամանակը պէտք չէ դրուի ժամաքարթին մէջ:
- **Բժշկական հաստատութիւն երթալէ ետք նպաստընկալին տունը մաքրելը:** Սովորաբար, IHSS-ը չի վճարեր ձեզի նպաստընկալին տունը մաքրելու համար, անոր հիւանդանոց, խնամատարական հաստատութիւն կամ խնամքի այլ կեդրոններ երթալէն յետոյ: Յամենայնդէպս, կան քանի մը բացառութիւններ այս օրէնքի հետ կապուած: Խօսեցէք քաւնթիի պաշտօնեային հետ եւ բացատրեցէք, որ նպաստընկալը հաստատութեան մէջ կը գտնուի եւ ինչու դուք պէտք ունիք մաքրելու տունը: Նախքան ձեր ժամաքարթին մէջ այդ աշխատանքի վրայ ծախսուած ժամանակը նշելը, հարցուցէք, եթէ դուք կրնաք վճարուիլ ատոր համար:

- **Ծառայութիւններ՝ երբ նպաստընկալը արձակուրդի մէջ է:** Եթէ դուք նպաստընկալին հետ էք արձակուրդի ատեն, դուք կամ նպաստընկալը պէտք է խօսիք քաւնթիի պաշտօնեային հետ՝ ձեր երթալէն առաջ: Ճշդեցէք, եթե դուք կրնաք վճարուիլ որեւէ ծառայութեան համար, եւ եթէ ճամբորդութեան կապակցութեամբ ուրիշ սահմանափակումներ կան:
- **Երբ նպաստընկալը բանտն է:**
- **Նպաստընկալի մահէն ետք:** Եթէ դուք նպաստընկալի մահէն ետք ձեր կատարած աշխատանքին ժամանակը հաստատէք ձեր ժամաքարթերուն մէջ, ապա դուք պէտք է վերադարձնէք ձեր ստացած գումարը եւ/կամ կրնաք քրէական պատիժի ենթարկուիլ:

Ծառայություններ

Նպաստընկալին Համար Արտօնուած Ժամերը

Բացի անկէ, որ անհրաժեշտ է գիտնալ նպաստընկալին արտօնուած ծառայութիւնները, կարեւոր է գիտնալ նաեւ, թէ իւրաքանչիւր ծառայութիւն մատուցելու համար շաբաթական կամ ամսական քանի ժամ արտօնուած է: Դուք պէտք չէ աշխատիք իւրաքանչիւր ծառայութեան համար արտօնուած ժամանակէն աւելի:

Ի՞նչ՝ եթէ նպաստընկալին պահանջքները փոխուին:

Եթէ նպաստընկալին պահանջքները փոխուին, դուք կրնաք պարզել, որ արտօնուածէն աւելի - կամ պակաս ժամանակ կը տրամադրէք արտօնուած պարտականութիւնները կատարելու համար: Այս երկու պարագաներուն ալ նպաստընկալի պահանջքներու փոփոխութեան մասին պէտք է տեղեկացուի քաւնթիի ընկերային ծառայողին, որպէսզի ան վերագնահատում կատարէ:

Ի՞նչ՝ եթէ նպաստընկալը մերժէ արտօնուած ծառայությունները:

Դուք պէտք է վստահ ըլլաք, որ ձեր ժամաքարթը չի ներառեր այն ծառայութիւններու ժամերը, որ նպաստընկալը մերժած է ընդունիլ: Եթէ նպաստընկալը միշտ կը մերժէ, որ դուք որոշ ծառայութիւններ մատուցէք, դուք պէտք է քաւնթիին տեղեկացնէք, որպէսզի անոնք վերանային իրենց արձանագրութիւնները: Չաշխատած ժամերը ժամաքարթի մէջ գրանցելը երբեք ճիշդ չէ եւ կը նկատուի խարդախութիւն:

Կրնա՞մ որոշուած պարտականութիւններու համար արտօնուած ժամանակը յատկացնել IHSS-ի ուրիշ պարտականութիւններ կատարելու:

Ոչ: Ժամանակը պէտք է օգտագործուի ինչպէս որոշուած է քաւնթիին կողմէ: Եթէ պարտականութիւն մը արտօնուած ժամանակէն աւելի պակաս ժամանակ կ՚առնէ, ապա մնացեալ ժամանակը պէտք չէ ծախսուի այլ ծառայութեան ժամանակը աւելցնելու վրայ:

Ի՞նչ՝ եթէ սպասուածէն աւելի երկար տեւէն նպաստընկալին ընկերակցութեամբ կատարուած այցելությունները:

Եթէ նպաստընկալը կ՚ուզէ ընկերակցիլ ձեզի յանձնարարութիւն մը կատարելու ատեն, ապա դուք չէք վճարուիր ժամանակը երկարելու համար: Կանոնները կ՚ըսեն, որ քաւնթին չի կրնար յաւելեալ ժամանակ արտօնել, որպէսզի նպաստընկալը ընկերակցի խնամատարին: Դուք կրնաք վճարուիլ միայն արտօնուած ժամանակի համար:

Պահանջքներ

Նոր Պահանջքներ Խնամատարներու Համար

Խնամատար ըլլալու նոր պահանջքները հետեւեալներն են.

- **Խնամատարի Դասընթացք:** Իւրաքանչիւր խնամատար պէտք է ունենայ Խնամատարի Դասընթացքի տեղեկութիւնները, որ կան այս ուղեցոյցին մէջ, ներառեալ IHSS-ի օրէնքները եւ կանոնները, ինչպէս նաեւ IHSS-ի վերաբերեալ խարդախութիւնները: Այս ուղեցոյցը ուսումնասիրելէն ետք, դուք պէտք է ստորագրէք «Խնամատարի Անդամակցութեան Համաձայնագիր» (Provider Enrollment Agreement), որ կը հաստատէ, որ դուք համաձայն էք կատարելու հետեւեալները.
  - Դուք պիտի տրամադրէք արտօնուած ծառայութիւնները:
  - Դուք կը հասկնաք ծրագիրին ակնկալութիւնները այնպէս, ինչպէս անոնք նկարագրուած են այս ուղեցոյցին մէջ:
  - Դուք պիտի համագործակցիք նահանգի եւ գաւառի անձնակազմին հետ՝ անհրաժեշտ տեղեկութիւններ տրամադրելու համար:
  - Դուք կը գիտակցիք այն քայլերը, որ նահանգը եւ քաւնթին կրնան ձեռնարկել ծրագիրին մաքրութիւնը պարտադրելու համար, ներառեալ չյայտարարուած այցելութիւններ նպաստընկալներու տունները. տուեալներու համապատասխանութիւն, խարդախութեան յայտնաբերում եւ հարկադրական գործունէութիւններ, նաեւ նահանգի ու քաւնթիի Որակի Երաշխաւորման գործունէութիւնները:
  - Դուք կը հասկնաք, որ եթէ չհետեւիք խնամատար ըլլալու կանոններուն եւ պահանջքներուն, ապա կը զրկուիք IHSS-ի ծրագիրի ծառայութիւններու խնամատար ըլլալէն:
- **Խնամատարի Անդամակցութեան Ձեւ:** Իւրաքանչիւր խնամատար պէտք է լեցնէ Խնամատարի անդամակցութեան ձեւ մը: Այս ձեւը կը պարունակէ յայտարարութիւն մը, որ կը հաստատէ, թէ ձեր փոխանցած տեղեկատուութիւնը ճիշդ է եւ երդուելով սուտ ըսելու պարագային դուք պատասխանատուութեան կ'ենթարկուիք: Խնամատարի անդամագրութեան ձեւը լեցնելու ատեն անհրաժեշտ է, որ դուք հասկնաք ոճրային կարեւոր յանցագործութիւնները:
- **Մատնահետք եւ քրէական անցեալի ստուգում:** Նոյեմբեր 1, 2009-էն սկսեալ նոր խնամատարները պէտք է մատնահետք տան, որպէսզի կարելի ըլլայ անոնց քրէական անցեալը ստուգել:
- **Փոստային գործող հասցէ:** Իւրաքանչիւր խնամատարպէտք է ունենայ փոստային գործող հասցէ: Ատիկա փոստի տուփ պէտք չէ ըլլայ, բացի այն պարագայէն, եթէ դուք բացատրէք քաւնթիին ինչու, եւ անոնք ձեզի արտօնութիւն տան:

Ուրիշ Կարեւոր Պահանջքներ

Կան Խնամատարի երկու յաւելեալ պահանջքներ, որ պէտք է գիտնաք: Շատ կարեւոր է, որ բոլոր խնամատարները գիտնան այս պահանջքները, որովհետեւ այս օրէնքները կը վերաբերին ձեզի:

- **Գաղտնիութիւն:** Դուք բոլորդ հաւանաբար գիտէք, որ երբ դուք բժիշկի կամ առողջապահական այլ մատակարարի երթաք, անոնք բոլորն ալ ձեր բժշկական տեղեկութիւնը գաղտնի պէտք է պահեն: Բժիշկներուն, հիւանդանոցներուն եւ առողջապահական այլ մասնագէտներուն վերաբերող այս օրէնքները նոյնպէս կը վերաբերին ձեզի իբրեւ IHSS խնամատար: Դուք չէք կրնար ծառայութիւններու, յատուկ ծառայութիւններու եւ ժամերու մասին, զորս մարդիկ կը ստանան IHSS-էն,

տեղեկութիւն հաղորդել: Դուք չէք կրնար առանց նպաստընկալին կամ անոր իրաւական պատասխանատու անձին գրաւոր թոյլտուութեան նպաստընկալին մասին որեւէ տեղեկութիւն քննարկել ոեւէ անձի կամ կազմակերպութեան հետ: Նպաստընկալին մասին տեղեկութիւն փոխանցող ոեւէ մէկը կը նկատուի յանցագործ:

- **Արտօնագրեալ Տեղեկագրող:** Իբրեւ IHSS-ի խնամատար, դուք «Արտօնագրեալ Տեղեկագրող» էք: Արտօնագրեալ տեղեկագրող ըլլալ կը նշանակէ, որ դուք ըստ օրէնքի Քաւնթիի Չափահասներու Պաշտպանութեան կամ Երեխաներու Պաշտպանութեան Ծառայութիւններուն անմիջապէս պէտք է տեղեկացնէք որեւէ կասկածելի չարաշահում: Կան չարաշահումի քանի մը տեսակներ, որոնք պէտք է տեղեկացուին, ներառեալ ֆիզիքական չարաշահում, մտային տառապանք, լքում, մեկուսացում, ֆինանսական, բարձիթողի վիճակ, առեւանգում եւ սեռային չարաշահում: Չարաշահումի մասին տեղեկացնող անձի անունը գաղտնի կը պահուի: Յաւելեալ տեղեկութիւններու համար հաճեցէք տեսնել «Արտօնագրեալ Տեղեկագրող»ի թերթիկը:

Մատնահետք եւ Քրէական Անցեալի Ստուգում

Նոր Խնամատարներ – Նոյեմբեր 1, 2009-էն սկսեալ, բոլոր նոր խնամատարները պէտք է մատնահետք տան եւ իրենց քրէական անցեալի ստուգում ունենան:

Ներկայ Խնամատարներ – Եթէ դուք Նոյեմբեր 1, 2009-ին արդէն ծառայութիւններ կը մատակարարէք, ապա մինչեւ Յուլիս 1, 2010-ը պէտք է ամբողջացուցած ըլլաք մատնահետք տալը եւ քրէական անցեալի ստուգումը:

Ի՞նչ՝ եթէ մինչեւ Յուլիս 1, 2010-ը ես ամբողջացուցած չըլլամ մատնահետք տալը եւ քրէական անցեալի ստուգումը:

Եթէ դուք շարունակէք ծառայութիւններ մատակարարել Յուլիս 1, 2010-էն ետք եւ ամբողջացուցած չէք մատնահետք տալը եւ քրէական անցեալի ստուգումը, ապա դուք չէք վճարուիր IHSS-ին կողմէ:

Եթէ ես արդէն դիմած եմ IHSS խնամատար ըլլալու, արդեօ՞ք մատնահետք պէտք է տամ:

Եթէ դուք տակաւին մատնահետք չէք տուած, որպէս IHSS-ի խնամատար ձեր դիմումնագիրին մէկ մասը, ապա դուք պէտք է ամբողջացնէք այդ գործընթացը:

Եթէ ես արդէն մատնահետք տուած եմ, արդեօ՞ք նորէն պէտք է տամ:

Եթէ դուք քրէական անցեալի ստուգում կատարած էք, ներառեալ մատնահետք տալը, Քաղաքացիական Իշխանութեան Մատեանին մէջ, ապա դուք պէտք ՉՈՒՆԻՔ նորէն ընելու այդ:

Պահանջքներ

Արդեո՞ք պէտք է վճարումներ ընեմ:

Ձեր քրէական անցեալի ստուգումի եւ մատնահետքի հետ կապուած բոլոր վճարումները դուք պէտք է ընէք: Քաւնթին ձեզի կը տեղեկացնէ, թէ ուր կրնաք ձեր մատնահետքը տալ:

Որակազրկում եւ Բողոքներ

Դուք կրնաք որակազրկուիլ IHSS-ի խնամատար ըլլալէ, եթէ դատապարտուած էք որոշ ոճիրներու համար: Այս որակազրկումը ի զօրու է 10 տարի:

Ի՞նչ՝ եթէ ես համաձայն չըլլամ քրէական անցեալի ստուգումի արդիւնքին հետ:

Եթէ դուք համաձայն չէք ձեր քրէական անցեալի ստուգումի տեղեկութեան հետ, ապա դուք կրնաք բողոքել Արդարադատութեան Բաժանմունքին: Յիշեցէք, որ ո՛չ քաւնթին եւ ո՛չ ալ Ընկերային Ծառայութիւններու Նահանգային Բաժանմունքը կրնան օգնել ձեր քրէական անցեալի ստուգման հետ կապուած որեւէ անճշդութեան պարզաբանումին հարցով:

Ի՞նչ՝ եթէ ես համաձայն չըլլամ խնամատար ըլլալու որակազրկումին հետ:

Եթէ դուք համաձայն չէք իբրեւ խնամատար որակազրկուելուն՝ ձեր քրէական անցեալի ստուգման տեղեկութեան հետեւանքով, ապա դուք պէտք է բողոքէք Ընկերային Ծառայութիւններու Նահանգային Բաժանմունքին:

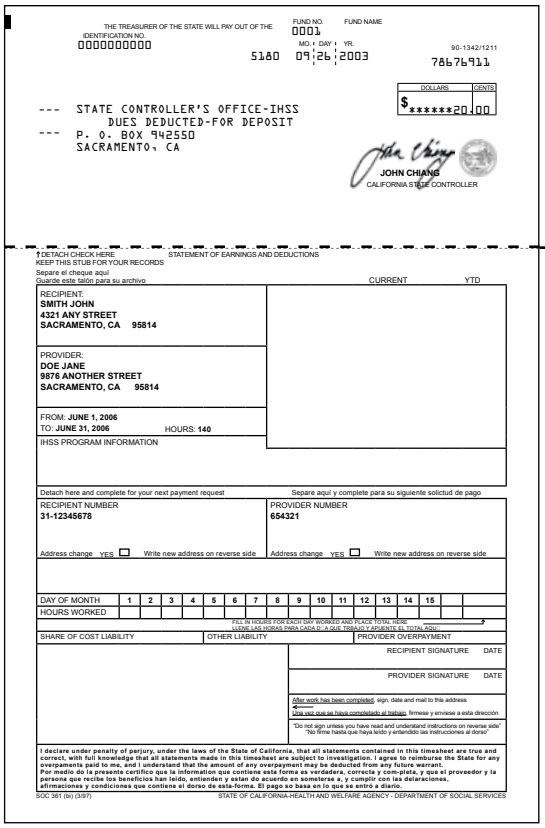
Բողոքի գործընթացի մասին յաւելեալ տեղեկութիւններ կը փոխանցուին քաւնթիին կողմէ:

Ժամաքարթեր

Իրրեւ խնամատար ամէն ամիս դուք շատ ծանր աշխատանք կը կատարէք: Մենք կ'ուզենք, որ դուք եւ այն անձը, որուն համար դուք կ'աշխատիք, այսինքն ձեր նպաստընկալը, այնպէս ընէք, որ դուք կարենաք արագ եւ ճիշդ վճարուիլ: Որեւէ սխալ ձեր ժամաքարթին մէջ կը նշանակէ ձեր վճարումի ուշացում:

Մէկ ամսուան մէջ կան վճարման երկու փուլեր. ամէն ամսուան 1-էն մինչեւ 15 եւ 16-էն մինչեւ ամսուան վերջին օրը: Որպէսզի ձեր կատարած աշխատանքին համար վճարուիք, դուք պէտք է ձեր ժամաքարթը ճիշդ լեցնէք, որ ցոյց կու տայ արտօնուած ծառայութիւններ կատարելու համար ձեր ծախսած ժամանակին քանակը:

Երբ սկսիք խնամատար աշխատիլ, ձեզի կը տրուին ժամաքարթեր՝ մինչեւ ձեր առաջին վճարումը ստանալը գործածելու համար: Ատկէ ետք, ժամաքարթը կը կցուի ձեր վճարումի վարի մասին:


THE TREASURER OF THE STATE WILL PAY OUT OF THE
IDENTIFICATION NO.
000000000000

FUND NO. 0001 FUND NAME
MO. DAY YR.
5180 09 26 2003
90-1342/1211
78676911

--- STATE CONTROLLER'S OFFICE-IHSS
DUES DEDUCTED-FOR DEPOSIT
--- P. O. BOX 942550
SACRAMENTO, CA

DOLLARS CENTS
$ ******20.00

JOHN CHIANG
CALIFORNIA STATE CONTROLLER

DETACH CHECK HERE
KEEP THIS STUB FOR YOUR RECORDS
Separe el cheque aquí
Guarde este talón para su archivo

STATEMENT OF EARNINGS AND DEDUCTIONS

CURRENT YTD

RECIPIENT:
SMITH JOHN
4321 ANY STREET
SACRAMENTO, CA 95814

PROVIDER:
DOE JANE
9876 ANOTHER STREET
SACRAMENTO, CA 95814

FROM: **JUNE 1, 2006**
TO: **JUNE 31, 2006** HOURS: **140**

IHSS PROGRAM INFORMATION

Detach here and complete for your next payment request
Separe aquí y complete para su siguiente solictud de pago

RECIPIENT NUMBER
31-12345678
Address change YES Write new address on reverse side

PROVIDER NUMBER
654321
Address change YES Write new address on reverse side

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
HOURS WORKED																	

FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE
LLENE LAS HORAS PARA CADA D.A QUE TRABAJO Y APUNTE EL TOTAL AQUI

SHARE OF COST LIABILITY | OTHER LIABILITY | PROVIDER OVERPAYMENT

RECIPIENT SIGNATURE DATE

PROVIDER SIGNATURE DATE

After work has been completed, sign, date and mail to this address
Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y envíese a esta dirección

"Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side"
"No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso"

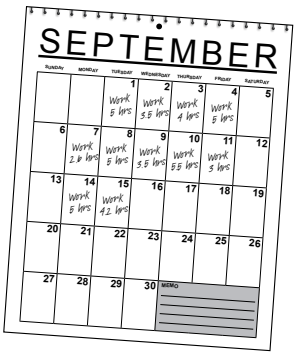
I declare under penalty of perjury, under the laws of the State of California, that all statements contained in this timesheet are true and correct, with full knowledge that all statements made in this timesheet are subject to investigation. I agree to reimburse the State for any overpaments paid to me, and I understand that the amount of any overpayment may be deducted from any future warrant.
Por medio de la presente certifico que la information que contiene esta forma es verdadera, correcta y com-plata, y que el proveedor y la persona que recibe los beneficios han leído, entienden y estan de acuerdo en someterse a, y cumplir con las delaraciones, afirmaciones y condiciones que contiene el dorso de esta-forma. El pago so basa en lo que se entró a diario.

SOC 361 (bb) (3/97) STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND WELFARE AGENCY - DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Երբ դուք ստանաք ձեր վճարումը, կարեւոր է, որ դուք փրցնէք ժամաքարթի մասը վճարման չէքէն, ծակծկուած գիծի երկայնքին: Այդ վարի մասը ժամաքարթն է:

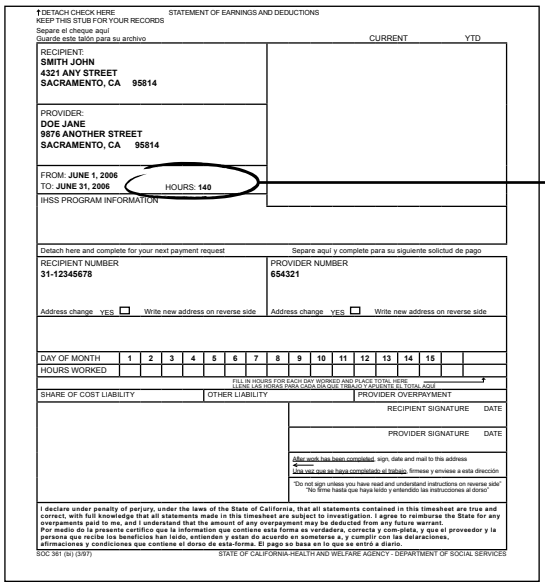
Եթէ դուք կ'աշխատիք մէկէ աւելի նպաստընկալներու համար, ապա դուք ամիսը երկու անգամ պէտք է լեցնէք եւ ներկայացնէք երկու առանձին ժամաքարթեր իւրաքանչիւր նպաստընկալի համար:

Քանի որ դուք կը վճարուիք գործը վերջացնելէն ետք, իւրաքանչիւր աշխատանքային փուլի սկիզբին դուք ժամաքարթ չէք ունենար ձեր ժամերը արձանագրելու համար: Այդ պատճառով կարեւոր է, որ դուք օրացոյցի վրայ արձանագրէք իւրաքանչիւր աշխատանքային օրուայ ձեր ժամերը, որպէսզի երբ ձեր ժամաքարթը ստանաք, կարենաք զայն ճիշդ լեցնել: Կարեւոր է, որ ձեր ժամաքարթի վրայ տեղեկութիւնը ըլլայ ճշգրիտ:



Ժամաքարթեր

Ժամերը, որոնք կ'երեւան ամսուան առաջին ժամաքարթին վրայ, վարը՝ ժամերը ցոյց տուող քառակուսիին մէջ՝ նպաստընկալին ամբողջ ամսուան համար արտօնուած ժամերն են: Ամսուան առաջին կիսուն ՄԻ աշխատիք բոլոր այդ ժամերը: Եթէ կայ մէկէ աւելի խնամատար, հաւանաբար այդ ժամերը բոլոր խնամատարներուն կը վերաբերին: Եթէ այսպէս է, ապա վստահ եղէք, որ դուք գիտէք ժամերու ձեր բաժինի թուաքանակը եւ որ նպաստընկալին բոլոր պէտքերը բաւարարուած ըլլան ամբողջ ամսուան ընթացքին:


DETACH CHECK HERE
KEEP THIS STUB FOR YOUR RECORDS
Separe el cheque aquí
Guarde este talón para su archivo

STATEMENT OF EARNINGS AND DEDUCTIONS

CURRENT YTD

RECIPIENT:
SMITH JOHN
4321 ANY STREET
SACRAMENTO, CA 95814

PROVIDER:
DOE JANE
9876 ANOTHER STREET
SACRAMENTO, CA 95814

FROM: **JUNE 1, 2006**
TO: **JUNE 31, 2006** HOURS: **140**

IHSS PROGRAM INFORMATION

Detach here and complete for your next payment request — Separe aquí y complete para su siguiente solicitud de pago

RECIPIENT NUMBER **31-12345678** — Address change YES ☐ Write new address on reverse side

PROVIDER NUMBER **654321** — Address change YES ☐ Write new address on reverse side

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
HOURS WORKED															

FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE
LLENE LAS HORAS PARA CADA DÍA QUE TRABAJÓ Y APUNTE EL TOTAL AQUÍ

SHARE OF COST LIABILITY | OTHER LIABILITY | PROVIDER OVERPAYMENT

RECIPIENT SIGNATURE DATE

PROVIDER SIGNATURE DATE

After work has been completed, sign, date and mail to this address
Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y envíese a esta dirección

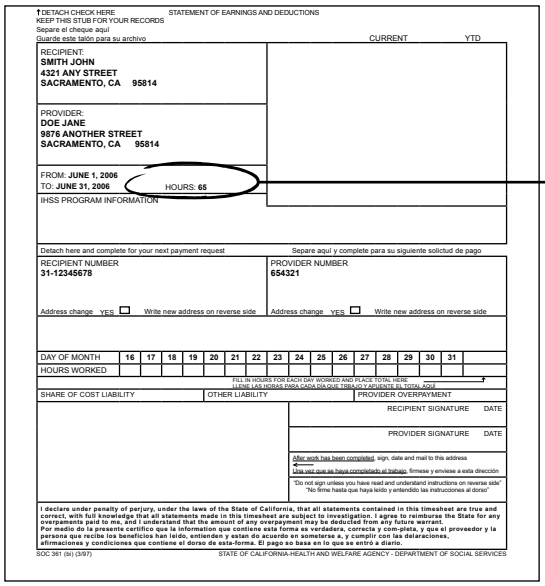
"Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side"
"No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso"

I declare under penalty of perjury, under the laws of the State of California, that all statements contained in this timesheet are true and correct, with full knowledge that all statements made in this timesheet are subject to investigation. I agree to reimburse the State for any overpaments paid to me, and I understand that the amount of any overpayment may be deducted from any future warrant.
Por medio de la presente certifico que la information que contiene esta forma es verdadera, correcta y com-pleta, y que el proveedor y la persona que recibe los beneficios han leído, entienden y estan do acuerdo en someterse a, y cumplir con las delaraciones, afirmaciones y condiciones que contiene el dorso de este-forma. El pago se basa en lo que se entró a diario.

SOC 361 (bi) (3/97) — STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND WELFARE AGENCY - DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Ժամերը, որոնք կ'երեւան այս քառակուսիին մէջ՝ նպաստընկալին ամբողջ ամսուան համար արտօնուած ժամերն են:

Ժամաքարթին վրայ ամսուան երկրորդ կիսուն համար ցոյց տրուող ժամերը ամսուան մնացեալ օրերու ժամերն են: Յիշեցէք. դուք չէք կրնար հոն արձանագրուած ժամերէն աւելի վճարուիլ, նոյնիսկ եթէ դուք աւելի աշխատիք եւ ձեր ժամաքարթին վրայ աւելին ցոյց տաք:


DETACH CHECK HERE
KEEP THIS STUB FOR YOUR RECORDS
Separe el cheque aquí
Guarde este talón para su archivo

STATEMENT OF EARNINGS AND DEDUCTIONS

CURRENT YTD

RECIPIENT:
SMITH JOHN
4321 ANY STREET
SACRAMENTO, CA 95814

PROVIDER:
DOE JANE
9876 ANOTHER STREET
SACRAMENTO, CA 95814

FROM: **JUNE 1, 2006**
TO: **JUNE 31, 2006** HOURS: **65**

IHSS PROGRAM INFORMATION

Detach here and complete for your next payment request — Separe aquí y complete para su siguiente solicitud de pago

RECIPIENT NUMBER **31-12345678** — Address change YES ☐ Write new address on reverse side

PROVIDER NUMBER **654321** — Address change YES ☐ Write new address on reverse side

DAY OF MONTH	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
HOURS WORKED																

FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE
LLENE LAS HORAS PARA CADA DÍA QUE TRABAJÓ Y APUNTE EL TOTAL AQUÍ

SHARE OF COST LIABILITY | OTHER LIABILITY | PROVIDER OVERPAYMENT

RECIPIENT SIGNATURE DATE

PROVIDER SIGNATURE DATE

After work has been completed, sign, date and mail to this address
Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y envíese a esta dirección

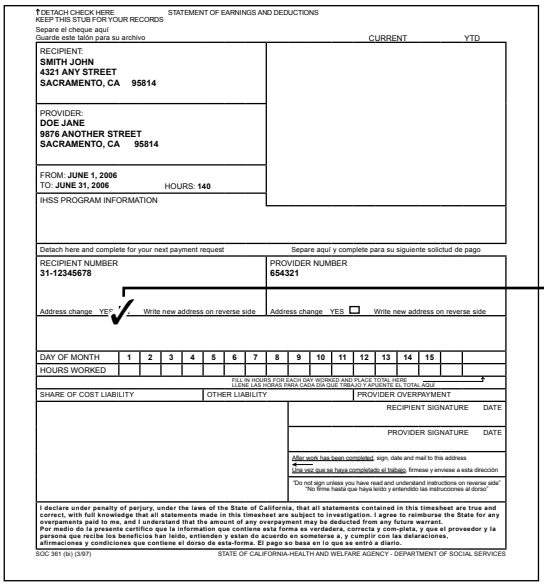
"Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side"
"No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso"

I declare under penalty of perjury, under the laws of the State of California, that all statements contained in this timesheet are true and correct, with full knowledge that all statements made in this timesheet are subject to investigation. I agree to reimburse the State for any overpaments paid to me, and I understand that the amount of any overpayment may be deducted from any future warrant.
Por medio do la presente certifico que la information que contiene esta forma es verdadera, correcta y com-pleta, y que el proveedor y la persona que recibe los beneficios han leído, entienden y estan do acuerdo en someterse a, y cumplir con las delaraciones, afirmaciones y condiciones que contiene el dorso de este-forma. El pago se basa en lo que se entró a diario.

SOC 361 (bi) (3/97) — STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND WELFARE AGENCY - DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Ժամաքարթին վրայ ամսուան երկրորդ կիսուն համար ցոյց տրուող ժամերը ամսուան մնացեալ օրերու ժամերն են:

Ժամաքարթեր


DETACH CHECK HERE
KEEP THIS STUB FOR YOUR RECORDS
Separe el cheque aquí
Guarde este talón para su archivo

STATEMENT OF EARNINGS AND DEDUCTIONS

CURRENT YTD

RECIPIENT:
SMITH JOHN
4321 ANY STREET
SACRAMENTO, CA 95814

PROVIDER:
DOE JANE
9876 ANOTHER STREET
SACRAMENTO, CA 95814

FROM: **JUNE 1, 2006**
TO: **JUNE 31, 2006** HOURS: **140**

IHSS PROGRAM INFORMATION

Detach here and complete for your next payment request — Separe aquí y complete para su siguiente solicitud de pago

RECIPIENT NUMBER **31-12345678** — Address change YES ✓ Write new address on reverse side

PROVIDER NUMBER **654321** — Address change YES ☐ Write new address on reverse side

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
HOURS WORKED																	

FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE
LLENE LAS HORAS PARA CADA DÍA QUE TRABAJÓ Y APUNTE EL TOTAL AQUÍ

SHARE OF COST LIABILITY | OTHER LIABILITY | PROVIDER OVERPAYMENT

RECIPIENT SIGNATURE DATE

PROVIDER SIGNATURE DATE

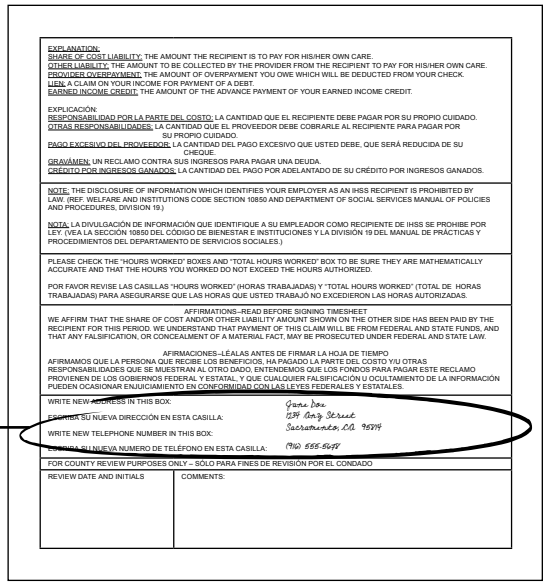
After work has been completed, sign, date and mail to this address
Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y envíese a esta dirección

"Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side"
"No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso"

I declare under penalty of perjury, under the laws of the State of California, that all statements contained in this timesheet are true and correct, with full knowledge that all statements made in this timesheet are subject to investigation. I agree to reimburse the State for any overpaments paid to me, and I understand that the amount of any overpayment may be deducted from any future warrant.
Por medio de la presente certifico que la information que contiene esta forma es verdadera, correcta y com-pleta, y que el provesedor y la persona que recibe los beneficios han leído, entienden y estan de acuerdo en someterse a, y cumplir con las delaraciones, afirmaciones y condiciones que contiene el dorso de esta-forma. El pago so basa en lo que se entró a diario.

SOC 361 (bs) (3/97) — STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND WELFARE AGENCY - DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Եթե դուք կը փոխադրուիք, դուք պէտք է նշում ընէք այս քառակուսիին մէջ ձեր ժամաքարթին առջեւի կողմը...


EXPLANATION:
SHARE OF COST LIABILITY: THE AMOUNT THE RECIPIENT IS TO PAY FOR HIS/HER OWN CARE.
OTHER LIABILITY: THE AMOUNT TO BE COLLECTED BY THE PROVIDER FROM THE RECIPIENT TO PAY FOR HIS/HER OWN CARE.
PROVIDER OVERPAYMENT: THE AMOUNT OF OVERPAYMENT YOU OWE WHICH WILL BE DEDUCTED FROM YOUR CHECK.
LIEN: A CLAIM ON YOUR INCOME FOR PAYMENT OF A DEBT.
EARNED INCOME CREDIT: THE AMOUNT OF THE ADVANCE PAYMENT OF YOUR EARNED INCOME CREDIT.

EXPLICACIÓN:
RESPONSABILIDAD POR LA PARTE DEL COSTO: LA CANTIDAD QUE EL RECIPIENTE DEBE PAGAR POR SU PROPIO CUIDADO.
OTRAS RESPONSABILIDADES: LA CANTIDAD QUE EL PROVEEDOR DEBE COBRARLE AL RECIPIENTE PARA PAGAR POR SU PROPIO CUIDADO.
PAGO EXCESIVO DEL PROVEEDOR: LA CANTIDAD DEL PAGO EXCESIVO QUE USTED DEBE, QUE SERÁ REDUCIDA DE SU CHEQUE.
GRAVÁMEN: UN RECLAMO CONTRA SUS INGRESOS PARA PAGAR UNA DEUDA.
CRÉDITO POR INGRESOS GANADOS: LA CANTIDAD DEL PAGO POR ADELANTADO DE SU CRÉDITO POR INGRESOS GANADOS.

NOTE: THE DISCLOSURE OF INFORMATION WHICH IDENTIFIES YOUR EMPLOYER AS AN IHSS RECIPIENT IS PROHIBITED BY LAW. (REF. WELFARE AND INSTITUTIONS CODE SECTION 10850 AND DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES MANUAL OF POLICIES AND PROCEDURES, DIVISION 19.)

NOTA: LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN QUE IDENTIFIQUE A SU EMPLEADOR COMO RECIPIENTE DE IHSS SE PROHIBE POR LEY. (VEA LA SECCIÓN 10850 DEL CÓDIGO DE BIENESTAR E INSTITUCIONES Y LA DIVISIÓN 19 DEL MANUAL DE PRÁCTICAS Y PROCEDIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.)

PLEASE CHECK THE "HOURS WORKED" BOXES AND "TOTAL HOURS WORKED" BOX TO BE SURE THEY ARE MATHEMATICALLY ACCURATE AND THAT THE HOURS YOU WORKED DO NOT EXCEED THE HOURS AUTHORIZED.

POR FAVOR REVISE LAS CASILLAS "HOURS WORKED" (HORAS TRABAJADAS) Y "TOTAL HOURS WORKED" (TOTAL DE HORAS TRABAJADAS) PARA ASEGURARSE QUE LAS HORAS QUE USTED TRABAJÓ NO EXCEDIERON LAS HORAS AUTORIZADAS.

AFFIRMATIONS–READ BEFORE SIGNING TIMESHEET
WE AFFIRM THAT THE SHARE OF COST AND/OR OTHER LIABILITY AMOUNT SHOWN ON THE OTHER SIDE HAS BEEN PAID BY THE RECIPIENT FOR THIS PERIOD. WE UNDERSTAND THAT PAYMENT OF THIS CLAIM WILL BE FROM FEDERAL AND STATE FUNDS, AND THAT ANY FALSIFICATION, OR CONCEALMENT OF A MATERIAL FACT, MAY BE PROSECUTED UNDER FEDERAL AND STATE LAW.

AFIRMAMOS QUE LA PERSONA QUE RECIBE LOS BENEFICIOS, HA PAGADO LA PARTE DEL COSTO Y/U OTRAS RESPONSABILIDADES QUE SE MUESTRAN AL OTRO DADO, ENTENDEMOS QUE LOS FONDOS PARA PAGAR ESTE RECLAMO PROVIENEN DE LOS GOBIERNOS FEDERAL Y ESTATAL, Y QUE CUALQUIER FALSIFICACIÓN U OCULTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN PUEDEN OCASIONAR ENJUICIAMIENTO EN CONFORMIDAD CON LAS LEYES FEDERALES Y ESTATALES.

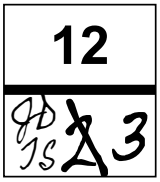
WRITE NEW ADDRESS IN THIS BOX: Jane Doe
ESCRIBA SU NUEVA DIRECCIÓN EN ESTA CASILLA: 1234 Any Street Sacramento, CA 95814
WRITE NEW TELEPHONE NUMBER IN THIS BOX:
ESCRIBA SU NUEVA NUMERO DE TELÉFONO EN ESTA CASILLA: (916) 555-5678
FOR COUNTY REVIEW PURPOSES ONLY – SÓLO PARA FINES DE REVISIÓN POR EL CONDADO
REVIEW DATE AND INITIALS | COMMENTS:

...նոր հասցէն գրեցէք ժամաքարթին ետեւը:

Այս պէտք է կատարուի փոխադրութեան թուականէն առաջ 10 օրերու ընթացքին:

Ուրիշ կարեւոր հիմնական պահանջքներ, զորս դուք պէտք է գիտնաք ձեր ժամաքարթը լեցնելու ատեն.

- Արձանագրեցէք միայն արտօնուած ծառայութիւններու տրուած ժամանակը: Ինչպէս նախապէս ըսած էինք, դուք չէք վճարուիր չարտօնուած գործեր կատարելու համար:
- Լեցուցէք ժամաքարթը սեւ կամ կապոյտ մելանով: Մի գործածէք մատիտ կամ սրբագրող հեղուկ կամ սքոչ թէյփ ժամաքարթին մէջ որեւէ ուղղում ընելու համար: Եթէ դուք որեւէ սխալ ըրած էք, ապա խաչ քաշեցէք սխալ տեղեկութեան վրայ, գրեցէք ճիշդ տեղեկութիւնը, ձեր անունի սկզբնատառերով հաստատեցէք սրբագրութիւնը, նոյնպէս դրէք ձեր նպաստընկալի անունին սկզբնատառերը:
- Կարեւոր է, որ ժամաքարթին մէջ գրանցուած տեղեկութիւնը ըլլայ ընթեռնելի: Եթէ դժուար է զայն կարդալը, ապա ձեր վճարումը կրնայ ուշանալ:



Ժամաքարթեր

Ժամերու եւ տասնորդական ժամերու ընթացքին աշխատած ժամանակը

ժամաքարթը պէտք է ցուցնէ, թէ դուք որքան աշխատած էք ժամերու եւ տասնորդական ժամերու ընթացքին:

Ահա քանի մը օրինակներ, թէ ինչպէս կրնաք հաշուել տասնորդականները.

- Օր մը դուք կ'աշխատիք մէկ ժամ եւ 30 վայրկեան: Աղիւսակին վրայ դուք կը տեսնէք, որ 30 վայրկեանը հաւասար է .5-ի: Դուք պէտք է ժամաքարթի վրայ ձեր ժամանակը արձանագրեցէք 1.5:
- Մէկ ուրիշ օր դուք աշխատեցաք 3 ժամ եւ 22 վայրկեան: Աղիւսակին վրայ 22 վայրկեանը հաւասար է .4-ի, այսպիսով, դուք պէտք է արձանագրեցէք 3.4 ժամ ձեր ժամաքարթին վրայ:

Վայրկեաններ	Արձանագրեցէք
1 - 6 Վայրկեաններ	.1
7 - 12 Վայրկեաններ	.2
13 - 18 Վայրկեաններ	.3
19 - 24 Վայրկեաններ	.4
25 - 30 Վայրկեաններ	.5
31 - 36 Վայրկեաններ	.6
37 - 42 Վայրկեաններ	.7
43 - 48 Վայրկեաններ	.8
49 - 54 Վայրկեաններ	.9
55 - 60 Վայրկեաններ	1.0

Տասնորդական ժամեր

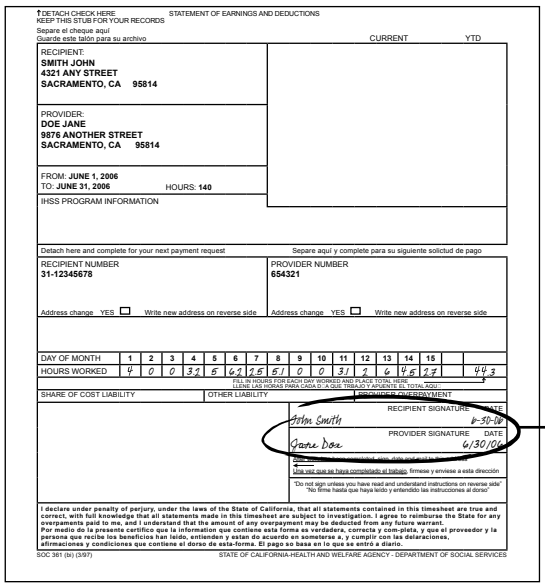
Հաճիք նկատի առէք, որ այս նոր ժամաքարթը քաւունթիի կողմէ փուլ առ փուլ գործադրութեան կը դրուի նահանգին մէջ, 2010-ի վերջաւորութեան եւ 2011-ին, ուր տասնորդականները հաշուելու պէտք չէք ունենար:

Արձանագրեցէք միայն օրական ձեր աշխատած ժամանակը: Եթէ դուք որոշ օր մը չէք աշխատած գրեցէք X կամ զերօ: Ձեր ժամաքարթով դուք չէք կրնար պահանջել ուրիշ մէկու մը կատարած աշխատանքը: Իւրաքանչիւր անձ, որ ծառայութիւն կը մատուցէ, պէտք է ըլլայ անդամագրուած խնամատար եւ պէտք է լրացնէ իր անձնական ժամաքարթը արտօնուած աշխատանքի վրայ իրապէս ծախսած ժամանակին համար:

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
HOURS WORKED	4	0	0	3.2	5	6.2	2.5	5.1	0	0	3.1	2	6	4.5	2.7		

Գումարեցէք ժամերը եւ արձանագրեցէք ժամերուն գումարը, որ աշխատած էք վճարումի տուեալ ժամանակահատուածին:

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
HOURS WORKED	4	0	0	3.2	5	6.2	2.5	5.1	0	0	3.1	2	6	4.5	2.7		44.3


DETACH CHECK HERE
KEEP THIS STUB FOR YOUR RECORDS
Separe el cheque aquí
Guarde este talón para su archivo

STATEMENT OF EARNINGS AND DEDUCTIONS

CURRENT YTD

RECIPIENT:
SMITH JOHN
4321 ANY STREET
SACRAMENTO, CA 95814

PROVIDER:
DOE JANE
9876 ANOTHER STREET
SACRAMENTO, CA 95814

FROM: JUNE 1, 2006
TO: JUNE 31, 2006 HOURS: 140

IHSS PROGRAM INFORMATION

Detach here and complete for your next payment request
Separe aquí y complete para su siguiente solicitud de pago

RECIPIENT NUMBER
31-12345678
Address change YES ☐ Write new address on reverse side

PROVIDER NUMBER
654321
Address change YES ☐ Write new address on reverse side

DAY OF MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
HOURS WORKED	4	0	0	3.2	5	6.2	2.5	5.1	0	0	3.1	2	6	4.5	2.7	44.3

FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE. "FILLIN HOURS PARA CADA D.A. OR. THE PLC V APUNTE EL TOTAL AQUI"

SHARE OF COST LIABILITY
OTHER LIABILITY
PROVIDER OVERPAYMENT

RECIPIENT SIGNATURE DATE
John Smith 6-30-06

PROVIDER SIGNATURE DATE
Jane Doe 6/30/06

"Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side"
"No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso"

I declare under penalty of perjury, under the laws of the State of California, that all statements contained in this timesheet are true and correct, with full knowledge that all statements made in this timesheet are subject to investigation. I agree to reimburse the State for any overpayments paid to me, and I understand that the amount of any overpayment may be deducted from any future warrant.
Por medio de la presente certifico que la information que contiene esta forma es verdadera, correcta y com-pleta, y que el proveedor y la persona que recibe los beneficios han leído, entienden y estan do acuerdo en someterse a, y cumplir con las delaraciones, afirmaciones y condiciones que contiene el dorso de esta-forma. El pago so basa en lo que se entró a diario.

SOC 361 (bs) (3/97)
STATE OF CALIFORNIA-HEALTH AND WELFARE AGENCY - DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Դուք եւ ձեր նպաստընկալը երկուքդ ալ պէտք է ստորագրէք եւ նշէք ժամաքարթը լրացնելու թուականը: Նպաստընկալը ձեւին վրայ կը ստորագրէ հոն, ուր կ'ըսէ «Ստացողի Ստորագրութիւն» (Recipient Signature):

Ժամաքարթեր

- Այս ստորագրութիւնները եւ թուականները պէտք է ըլլան վճարումի փուլէն յետոյ, որուն համար աշխատանքը կատարուած է: Դուք եւ նպաստընկալը կը յայտարարէք, որ ձեր ժամաքարթին վրայ եղող տեղեկութիւնը ճիշդ է եւ ճշգրիտ: Եթէ բացայայտուի, որ տեղեկութիւնը կեղծ է, դուք կ'ենթարկուիք քաղաքացիական պատիժներու:
- Ժամաքարթը պէտք չէ ներկայացուի ձեր աշխատանքի վճարման փուլի վերջին օրուան աւարտէն առաջ:
- Ձեր ժամաքարթը փոստով ղրկելէն կամ անձամբ քաւունթի բերելէն ետք 10 օրերու ընթացքին դուք կը ստանաք ձեր վճարման չէքը (շաբաթավերջերը կամ արձակուրդները չեն հաշուուիր):

Ժամաքարթի Սխալներու Օրինակներ

RECIPIENT NUMBER **31-12345678**
SMITH JOHN
4321 ANY STREET
SACRAMENTO, CA 95814
Address change YES ☐ Write new address on reverse side

PROVIDER NUMBER **654321**
DOE JANE
9876 ANOTHER STREET
SACRAMENTO, CA 95814
Address change YES ☐ Write new address on reverse side

JUNE 2006 EMPLOYER REMAINING HOURS ARE 43.5

DAY OF MONTH	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
HOURS WORKED	4	0	0	3.2	5	6.2	2.2	5.1	0	0	3.1	2	6	4.5	2.7	0	44.0

TS #12345678

FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE
LLENE LAS HORAS PARA CADA D□A QUE TRBAJO Y APUENTE EL TOTAL AQUI

SHARE OF COST LIABILITY 0.00 | **OTHER LIABILITY 0.00** | **PROVIDER OVERPAYMENT 0.00**

SHARE OF COST LIABILITY 0.00
SACRAMENTO COUNTY DHHS
PO BOX 168017
SACRAMENTO, CA 95816-8017

31-12345678 RECIPIENT SIGNATURE DATE
X John Smith 6-30-06

654321 PROVIDER SIGNATURE DATE
X Jane Doe 6/30/06

After work has been completed, sign, date and mail to this address
Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y enviese a esta dirección

Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side
No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso

Այս ժամաքարթին վրայ չափէն աւելի ժամեր գրուած են: Մնացած ժամերուն քանակը 43.5 է: Բայց արձանագրուած է 44.0 ժամ: **Դուք չէք կրնար վճարուիլ արտօնուած ժամերուն քանակէն աւելի:** Այս պարագային, դուք կը վճարուիք միայն 43.5 ժամի համար:

Ժամաքարթեր

RECIPIENT NUMBER **31-12345678**
SMITH JOHN
4321 ANY STREET
SACRAMENTO, CA 95814
Address change YES ☐ Write new address on reverse side

PROVIDER NUMBER **654321**
DOE JANE
9876 ANOTHER STREET
SACRAMENTO, CA 95814
Address change YES ☐ Write new address on reverse side

NOVEMBER 2006 EMPLOYER REMAINING HOURS ARE 80

DAY OF MONTH	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
HOURS WORKED	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	4.68	75

TS #12345678

FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE
LLENE LAS HORAS PARA CADA D□A QUE TRBAJO Y APUENTE EL TOTAL AQUI

SHARE OF COST LIABILITY 0.00 | **OTHER LIABILITY 0.00** | **PROVIDER OVERPAYMENT 0.00**

SHARE OF COST LIABILITY 0.00
SACRAMENTO COUNTY DHHS
PO BOX 168017
SACRAMENTO, CA 95816-8017

31-12345678 RECIPIENT SIGNATURE DATE
X John Smith 11-31-06

654321 PROVIDER SIGNATURE DATE
X Jane Doe 11/31/06

After work has been completed, sign, date and mail to this address
Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y enviese a esta dirección

Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side
No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso

Այս խնամատարը արտօնուած ընդհանուր ժամերու քանակը բաժնած է օրերու թիւին վրայ: Քիչ մը անսովոր է, որ խնամատարը ամէն օր աշխատած է յատկապէս 4.68 ժամ: **Վստահ եղէք, որ դուք յայտարարած էք իւրաքանչիւր օրուան գործի ճիշդ ժամերը:**

RECIPIENT NUMBER **31-12345678**
SMITH JOHN
4321 ANY STREET
SACRAMENTO, CA 95814
Address change YES ☐ Write new address on reverse side

PROVIDER NUMBER **654321**
DOE JANE
9876 ANOTHER STREET
SACRAMENTO, CA 95814
Address change YES ☐ Write new address on reverse side

MARCH 2006 EMPLOYER REMAINING HOURS ARE 43.5

DAY OF MONTH	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
HOURS WORKED	2.5	0	0	4	4	4	4	2.5	0	0	4	4	4	4	2.5	0	39.5

TS #12345678

FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE
LLENE LAS HORAS PARA CADA D□A QUE TRBAJO Y APUENTE EL TOTAL AQUI

SHARE OF COST LIABILITY 0.00 | **OTHER LIABILITY 0.00** | **PROVIDER OVERPAYMENT 0.00**

SHARE OF COST LIABILITY 0.00
SACRAMENTO COUNTY DHHS
PO BOX 168017
SACRAMENTO, CA 95816-8017

31-12345678 RECIPIENT SIGNATURE DATE
X

654321 PROVIDER SIGNATURE DATE
X Jane Doe 03/31/06

After work has been completed, sign, date and mail to this address
Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y enviese a esta dirección

Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side
No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso

Միայն խնամատարը ստորագրած է այս ժամաքարթին վրայ: Միայն մէկ ստորագրութեամբ ստացուած ժամաքարթերը կը վերադարձուին՝ ամբողջացնելու համար: **Վստահ եղէք, որ ղրկելէն առաջ դուք երկուքդ ալ ստորագրած էք ժամաքարթը:**

ԿԱՐԵՒՈՐ. Յուլիս 1, 2011-էն սկսեալ դուք երկուքդ ալ պէտք է ձեր ցուցամատի մատնահետքը դնէք իւրաքանչիւր ժամաքարթի վրայ:

Ժամաքարթեր

RECIPIENT NUMBER **31-12345678** **SMITH JOHN** **4321 ANY STREET** **SACRAMENTO, CA 95814** Address change YES ☐ Write new address on reverse side	PROVIDER NUMBER **654321** **DOE JANE** **9876 ANOTHER STREET** **SACRAMENTO, CA 95814** Address change YES ☐ Write new address on reverse side

DECEMBER 2006 EMPLOYER REMAINING HOURS ARE 50

DAY OF MONTH	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
HOURS WORKED	0	0	4	4	0	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	7.5	23.5

TS #12345678

FILL IN HOURS FOR EACH DAY WORKED AND PLACE TOTAL HERE
LLENE LAS HORAS PARA CADA D□A QUE TRBAJO Y APUENTE EL TOTAL AQUI

SHARE OF COST LIABILITY 0.00	OTHER LIABILITY 0.00	PROVIDER OVERPAYMENT 0.00

SHARE OF COST LIABILITY 0.00
SACRAMENTO COUNTY DHHS
PO BOX 168017
SACRAMENTO, CA 95816-8017

31-12345678 RECIPIENT SIGNATURE DATE
X John Smith 12-01-06

654321 PROVIDER SIGNATURE DATE
X Jane Doe 12/01/06

After work has been completed, sign, date and mail to this address
Una vez que se haya completado el trabajo, firmese y enviese a esta dirección

Do not sign unless you have read and understand instructions on reverse side
No firme hasta que haya leído y entendido las instrucciones al dorso

Ուշադիր նայեցէ՛ք… Այս թուականներուն վրայ 9, թէ՞ 4 է գրուածը: Վստահ չէ՞ք: Նոյնպէս եւ մենք… Անընթեռնելի ձեռագիրը կրնայ ժամաքարթի ուշացումին պատճառ ըլլալ: **Վստահ եղէք, որ դուք ձեր ժամաքարթը լեցուցած ըլլաք կոկիկ, ընթեռնելի ձեռագրով եւ գործածէք կապոյտ կամ սեւ մելան:**

Վերջապէս, եթէ դուք սխալ տեղեկութիւն արձանագրէք ձեր ժամաքարթին վրայ կամ յայտարարէք, որ աշխատած էք, երբ ձեր նպաստընկալը տունը չէ եղած կամ անոր մահէն ետք, ապա դուք կրնաք ամբաստանուիլ խարդախութեան մէջ եւ նահանգը կամ քաւնթին կրնայ դատապարտել ձեզ: Ձեզմէ կրնայ պահանջուիլ վերադարձնել ամբողջ գումարը, որ ձեր իրաւունքը չէր, բանտ երթալ եւ կամ ստիպուած կ՚ըլլաք քաղաքացիական տուգանքներ վճարել խարդախութիւն ընելու համար:

Եթէ դուք որեւէ յաւելեալ հարցում ունիք ժամաքարթի մասին, հաճիք, հարցուցէք ձեր քաւնթիի ներկայացուցիչին:

Խարդախություն

IHSS խարդախությունը Medi-Cal-ի խարդախություն է

IHSS Medi-Cal-ի ծրագիր է՝ ֆինանսաւորուած ֆետերալ, նահանգի եւ քաւնթիի տոլարներով: Սա կը նշանակէ, որ IHSS խարդախությունը Medi-Cal-ի խարդախություն է: Քալիֆորնիոյ Առողջապահական Խնամքի Ծառայություններու Բաժանմունքը պատասխանատու է Medi-Cal-ի խարդախութեան հետաքննութեան համար:

Եթէ դուք գիտէք որեւէ նպաստընկալ կամ խնամատար, որ ձեր համոզումով IHSS-ի կամ Medi-Cal-ի խարդախություն կ'ընէ, ապա դուք ՊԷՏՔ է այս մասին տեղեկացնէք Medi-Cal-ին՝ հեռաձայնելով անվճար գիծով, էլեքտրոնային նամակ ղրկելով կամ համացանցային ձեւ լեցնելով: Հոս ցոյց տրուած տեղեկությունը նոյնպէս կայ ձեր «Medi-Cal-ի Խարդախություն եւ Չարաշահում» փաթեթին մէջ:

Հրատապ գիծ՝ (800) 822-6222

Էլ- հասցէ՝ stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov

Կայքէջ՝ www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

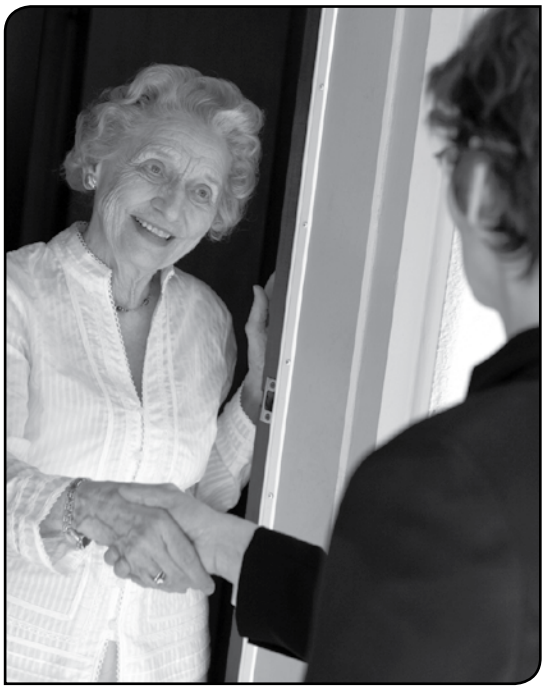
Ինթերնեթային Բողոքի Ձեւ՝ http://apps.dhcs.ca.gov/AutoForm2/default.aspx?af=1828

Դուք պարտաւոր չէք խարդախութեան փաստը ունենալու - Առողջապահական Խնամքի Ծառայություններու Բաժանմունքը քննիչներ ունի, ովքեր կ'որոշեն, թէ Medi-Cal-ի խարդախություն կատարուած է, թէ ոչ:

Խարդախություն յայտնաբերելու Ձեւեր

Ժողովուրդին կողմէ տեղեկացուելէն բացի, խարդախությունը կրնայ յայտնաբերուիլ քանի մը այլ ճամբաներով.

- Համակարգիչի միջոցով ֆետերալ կամ նահանգի այլ գործակալություններու հետ համապատասխանություններ յայտնաբերելով,
- Գնահատումի գործընթացի ժամանակ,
- Մինչ Քաւնթիի եւ/կամ Նահանգի անձնակազմը կը վարէ հաւաստիությունը եւ խարդախութեան յայտնաբերման որակեալ գործունէություններ, եւ
- Նահանգի եւ/կամ քաւնթիի անձնակազմին կողմէ նախապէս չյայտարարուած այցելություններ նպաստընկալներու տուները:



Խարդախութիւն

Խարդախութիւնը եւ IHSS Ծրագիրը

Երբ դուք IHSS-ի խնամատարի դիմումնագիր կը լեցնէք, դուք պէտք է ստորագրէք յայտարարութիւն հաստատելով, որ.

- Վերջին 10 տարիներու ընթացքին դուք որեւէ ոճիր կամ բիրտ արարք չէք գործած եւ
- Դուք համաձայն էք նահանգին փոխհատուցել որեւէ յաւելավճար, որ արդիւնք է խարդախութեան:

Եթէ դուք դատապարտուած էք պետական առողջապահական կամ օժանդակ ծառայութիւններու ծրագիրներու դէմ խարդախութիւններ կատարելու յանցանքով, Քալիֆորնիոյ օրէնքը կ'ըսէ, որ դատապարտումին կամ դատապարտումին իբրեւ արդիւնք մեկուսացումին յաջորդող յառաջիկայ 10 տարիներուն ընթացքին դուք չէք կրնար ծառայութիւն մատակարարել կամ վճարում ստանալ IHSS-ի համար:

Խարդախութենէ Խուսափելու Խորհուրդներ

Իբրեւ IHSS-ի խնամատար կան որոշ բաներ, որ դուք կրնաք ընել խարդախութենէ խուսափելու համար: Հաճեցէք վայրկեան մը տրամադրել կարդալու «Խարդախութենէ Խուսափելու Խորհուրդներ» թղթիկը:

Պատրաստուած է Քալիֆորնիոյ Հասարակական Ծառայութիւններու Բաժանմունքին կողմէ

Նոյեմբեր 2009