ՏՆԱՅԻՆ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ (IHSS) ԾՐԱԳՐԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՉԻ ՆԵՐԳՐԱՎՄԱՆ ՁԵՎ

ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ՝

- Լրացնելու համար գրիչ օգտագործեք: Հնարավորին չափ հստակ տպատառ լրացրեք տեղեկությունները:
- Նախքան IHSS ծրագրի կազմակերպիչ դառնալը կամ IHSS ծրագրի կողմից IHSS ստացողին ծառայություններ մատուցելու դիմաց վճարում ստանալը՝ Դուք պետք է ԱՆՁԱՄԲ լրացնեք, ստորագրեք և վերադարձնեք այս ձևը վարչաշրջանին:
- Դուք պետք է լրացնեք ԲԱԺԻՆ Ա-ի բոլոր կետերը և պետք է պատասխանեք ԲԱԺԻՆ Բ-ի Հարց #9-ին 2-րդ էջում: Եթե “Այո” պատասխանեք Հարց #9-ի որևէ մասին (ա, բ, կամ գ), պետք է պատասխանեք նաև ԲԱԺԻՆ Բ-ի մյուս հարցերին: Դուք պետք է ստորագրեք հայտարարագիրը էջ 3-ի ԲԱԺԻՆ Գ-ում:
- Վարչաշրջանը կվերանայի այս ձևը՝ համոզվելու համար, որ այն ամբողջական է, ինչպես նաև պետք է տեսնի և պատճենահանի Ձեր իրական ինքնության փաստաթուղթը: Վարչաշրջանը Ձեր գրանցումների համար կտրամադրի լրացված ձևի պատճենը:
- Եթե այս ձևում զեկուցված որևէ տեղեկություն ապագայում փոխվի, Դուք ՊԵՏՔ է տեղյակ պահեք վարչաշրջանին: Որևէ տեղեկության փոփոխությունից հետո 10 ՕՐԱՑՈՒՅՑԱՅԻՆ ՕՐՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ պետք է այդ մասին տեղեկացնեք վարչաշրջանին:

****ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ - ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԴԻՐ ԿԱՐԴԱԼ****

Կարևոր է, որ այս ձևում լրացված Ձեր բոլոր պատասխանները լինեն ամբողջական և ճշգրիտ: Ձեր կողմից ներկայացված տեղեկությունները
կստուգվեն հանցավոր անցյալի հետազոտման ընթացքում, որը Դուք պետք է անցնեք կազմակերպչի
ներգրավման գործընթացի շրջանակներում: Դուք պետք է Ձեր սեփական միջոցներից վճարեք մատնահետքեր հանձնելու և հանցավոր անցյալի
հետազոտության համար: Այդ դեպքում, եթե հանցավոր անցյալի հետազոտությունը հայտնաբերի որևէ որակազրկող մեղադրանքներ,
Դուք պայմանունակ ՉԵՔ լինի IHSS ծրագրի կազմակերպիչ դառնալու կամ IHSS ծրագրի կողմից
օժանդակության ծառայություններ մատուցելու դիմաց վճարում ստանալու համար:

Եթե Դուք ՎԵՐՋԻՆ 10 ՏԱՐԻՆԵՐԻ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ մեղադրվել ԿԱՄ կալանավայրում եք եղել հետևյալ հանցագործությունների համար, Դուք պայմանունակ ՉԵՔ IHSS ծրագրի կազմակերպիչ դառնալու կամ IHSS ծրագրի կողմից
օժանդակության ծառայություններ մատուցելու դիմաց վճարում ստանալու համար:

✔ Կառավարության առողջապահական կամ օժանդակության ծառայությունների ծրագրում խաբեբաություն; Կամ
✔ Երեխայի, մեծահասակի կամ կախյալ չափահասի շահագործմում Կալիֆորնիայում կամ մեկ այլ նահանգում:

Եթե Դուք ԵՐԲԵՎԷ մեղադրվել եք ծանր քրեական հանցագործության մեջ ԿԱՄ որոշ լուրջ քրեական հանցագործությունների մեջ, Դուք պայմանունակ ՉԵՔ IHSS ծրագրի կազմակերպիչ դառնալու կամ IHSS ծրագրի կողմից օժանդակության ծառայություններ մատուցելու դիմաց վճարում ստանալու համար:

ԲԱԺԻՆ Ա՝ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՉԻ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Անունն ամբողջությամբ (անուն, հայրանուն, ազգանուն)՝	**2.** Ծննդյան ամսաթիվը՝ Եթե Դուք 18 տարեկանից փոքր եք, Դուք այս ձևի հետ պետք է ներկայացնեք նաև վավեր Աշխատանքի Թույլտվություն:	**3.** Սեռը՝ ☐ Ա ☐ Ի
4. Տան հասցեն (Փոստային գրասենյակի արկղ կարող է չլինել)	Քաղաք՝ / Նահանգ՝	Ինդեքս՝
5. Հեռախոսահամար (Տարածքի համարանիշերով)՝	**6.** Սոցիալական ապահովության համար՝	
7. Վարորդական իրավունքի # կամ Կառավարության թողարկման համար #՝	բ. Մարման ժամկետը՝ գ. Թողարկող նահանգը՝	
8. Առաջին լեզուն՝ ա. խոսակցական	Գրավոր՝ ?	

ԱՆՑԵՔ ՀԱՋՈՐԴ ԷՋԻՆ →

ՏՆԱՅԻՆ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ (IHSS) ԾՐԱԳՐԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՉԻ ՆԵՐԳՐԱՎՄԱՆ ՁԵՎ

ԱՆՈՒՆ՝

ԲԱԺԻՆ Բ՝ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՉԻ ԲԱՑԱՀԱՅՏՄԱՆ ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳԻՐ

9. Դուք այժմ ԿԱՄ երբևէ եղե՞լ եք՝

ա. Տնային օժանդակ ծառայություններ (IHSS) մատուցող ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

բ. Medi-Cal ծրագրի կամ այլ նահանգի Medicaid ծրագրի կազմակերպիչ ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

գ. Արտոնագրված կամ հավաստագրված առողջապահական ծառայություններ մատուցող ☐ ԱՅՈ ☐ ՈՉ

Նշում՝ Ձեզնից առողջապահական մասնագիտական արտոնագիր կամ հավաստագիր չի պահանջվում IHSS կազմակերպիչ դառնալու համար:

ԿԱՆԳ ԱՌԵՔ – ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ԿԱՐԴԱՑԵՔ ՀԵՏԵՎՅԱԼԸ՝

ԴՈՒՔ ՊԵՏՔ Է ՊԱՏԱՍԽԱՆԵՔ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ՀԱՐՑԵՐԻՆ, ՄԻԱՅՆ ԵԹԵ ԴՈՒՔ "ԱՅՈ" ԵՔ ՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼ ՎԵՐԸ ՆՇՎԱԾ ՀԱՐՑ #9-Ի ՈՐԵՎԷ ՄԱՍԻՆ (ա, բ կամ գ)

ԵԹԵ ԴՈՒՔ "ՈՉ" ԵՔ ՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼ ՀԱՐՑ #9-Ի ԲՈԼՈՐ ՄԱՍԵՐԻՆ, ԱՆՑԵՔ ԲԱԺԻՆ Գ-ԻՆ:

10. ա. Նահանգները, որտեղ Դուք Աշխատել եք որպես Կազմակերպիչ՝

բ. Անունը (ները) (Իրավաբանական և Հանդես եկող որպես Գործարար)՝

գ. Ազգային Կազմակերպչի Համարը և/կամ Կազմակերպչի Համարը (ները)՝

Հետևյալ հարցերից որևէ մեկին "Այո" պատասխանելը կարող է ազդել IHSS ծրագրի կազմակերպիչ լինելու Ձեր պայմանունակության վրա:

11. Որպես արտոնագրված առողջապահական ծառայություններ մատուցող ԿԱՄ որպես IHSS ծրագրի կազմակերպիչ՝ ☐ ԱՅՈ* ☐ ՈՉ

***ԵԹԵ ԱՅՈ**, կրկին ներգրավվե՞լ եք ☐ ԱՅՈ* ☐ ՈՉ
***ԵԹԵ ԱՅՈ,** կցեք ներգրավման հավաստագիրը:

12. Դուք ԵՐԲԵՎԷ Ձեր մասնագիտական արտոնագիրը (առողջապահական ծառայություններ մատուցելու), հավաստագիրը (առողջապահական ծառայություններ մատուցելու) կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցելու այլ լիազորություններ կորցրե՞լ եք կամ հանձնել, ☐ ԱՅՈ* ☐ ՈՉ

***քանի դեռ** պարտադիր լսումն ընթացքի մեջ էր: ☐ ԱՅՈ* ☐ ՈՉ
***ԵԹԵ ԱՅՈ,** կցեք արտոնագիրը տրամադրող իրավասու մարմնի կողմից տրված գրավոր հաստատման պատճենը, որ Ձեր մասնագիտական արտոնությունները վերականգնված են:

13. Ձեր մասնագիտական արտոնագիրը (առողջապահական ծառայություններ մատուցելու), հավաստագիրը (առողջապահական ծառայություններ մատուցելու) կամ առողջապահական ծառայություններ մատուցելու այլ լիազորություններ ԵՐԲԵՎԷ փոփոխվե՞լ է որևէ իրավասու մարմնի կողմից: ☐ ԱՅՈ* ☐ ՈՉ

***ԵԹԵ ԱՅՈ,** կցեք արտոնագիրը տրամադրող իրավասու մարմնի որոշումը(ները), այդ թվում՝ յուրաքանչյուր որոշման համաձայն փոփոխված բոլոր պայմանները:

ԱՆՑԵՔ ՀԱՋՈՐԴ ԷՋԻՆ ⟶

ՏՆԱՅԻՆ ՕԺԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ (IHSS) ԾՐԱԳՐԻ ԿԱՁՄԱԿԵՐՊԻ ՆԵՐԳՐԱՎՄԱՆ ՁԵՎ

ԲԱԺԻՆ Գ՝ ԿԱՁՄԱԿԵՐՊԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐԱԳԻՐ

ԿԱՐԴԱՑԵՔ ՈՒՇԱԴԻՐ՝ ԴՈՒՔ ԿԱՏԱՐՈՒՄ ԵՔ ՀԵՏԱՅԱԼ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԿԵՂԾ ՎԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏԺԻ ՆԵՐՔՈ:

ԿԵՂԾ ՎԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ ՊԱՏԻԺԸ ԳԻՏԱ ԿՑԵԼՈՎ՝ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒՄ ԵՄ, ՈՐ

- ՎԵՐՋԻՆ 10 ՏԱՐՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԵՍ ՉԵՄ դատապարտվել կամ գտնվել բանտում այնպիսի հանցագործությունների համար, որոնք ներառում են խաբեբայություն կառավարության առողջապահական և օժանդակ ծառայությունների ծրագրերում:

- ՎԵՐՋԻՆ 10 ՏԱՐՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԵՍ ՉԵՄ մեղադրվել որևէ քաղաքացիական ակտում խաբեբայության կամ շահագործման մեջ՝ կապված կառավարության ծրագրի հետ:

- ՎԵՐՋԻՆ 10 ՏԱՐՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԵՍ ՉԵՄ կնքել իրավական որևէ համաձայնություն այն վայրում, որտեղ մեղադրվել եմ խաբեբայության կամ շահագործման մեջ՝ կապված կառաբարության ծրագրի հետ:

- ՎԵՐՋԻՆ 10 ՏԱՐՎԱ ԸՆԹԱՑՔՈՒՄ ԵՍ ՉԵՄ դատապարտվել կամ գտնվել բանտում այնպիսի հանցագործությունների համար, որոնք ներառում են երեխայի, տարեց մարդու, կախյալ չափահասի նկատմամբ շահագործում Կալիֆորնիայում կամ այլ նահանգում:

- ԵՍ ԵՐԲԵՔ ՉԵՄ մեղադրվել ծանր քրեական հանցագործության մեջ:

- ԵՍ ԵՐԲԵՔ ՉԵՄ մեղադրվել միջին ծանրության քրեական հանցագործության մեջ:

ԵՍ ԳԻՏԱԿՑՈՒՄ ԵՄ ԵՎ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ԵՄ, ՈՐ

- Ես ՉԵՄ ԿԱՐՈՂ ՍՏԱՆԱԼ դաշնային և/կամ նահանգային IHSS միջոցները՝ որպես IHSS ստացող ցանկացած մեկին իմ կողմից մատուցված ծառայությունների դիմաց վճար՝ նախքան կազմակերպչի ներգրավման ամբողջ գործընթացի ավարտը և վարչաշրջանի կողմից որպես կազմակերպիչ պաշտոնապես ճանաչվելը:

- Որպես կազմակերպչի ներգրավման գործընթացի մաս՝ ԵՍ ՊԵՏՔ Է ՀԱՆՁՆԵՄ մատնահետքեր և անցնեմ հանցավոր անցյալի պատմության ստուգում: Ես ստիպված կլինեմ իմ անձնական միջոցներից վճարել մատնահետքեր հանձնելու և հանցավոր անցյալի պատմության ստուգման համար: Եթե պարզվի, որ ես մեղադրվել եմ որոշ լուրջ հանցագործությունների մեջ, ես այլևս պայմանունակ չեմ լինի IHSS կազմակերպիչ հանդիսանալու համար:

ԵԹԵ ԵՍ ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ ԿՈՂՄԻՑ ՃԱՆԱՉՎԵՄ ՈՐՊԵՍ ԿԱՁՄԱԿԵՐՊԻՉ, ԵՍ ԳԻՏԱԿՑՈՒՄ ԵՄ ԵՎ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ԵՄ, ՈՐ՝

- ԵՍ ԿՀԱՄԱՐՎԵՄ Medi-Cal ծրագրի անձնական խնամքի ծառայություններ մատուցող:

- IHSS ստացողին լիազորված ծառայություններ մատուցելու դիմաց վճարումը կկատարվի դաշնային և/կամ նահանգային միջոցներից և ԻՄ ԿՈՂՄԻՑ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎԱԾ ՈՐԵՎԷ ԿԵՂԾ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆ, այդ թվում՝ ժամատախտակում կեղծ տեղեկությունները, կամ տեղեկությունը թաքցնելը կարող է պատժվել դաշնային և/կամ նահանգային օրենքով:

- ԵՍ ԿՓՈԽՀԱՏՈՒՑԵՄ նահանգին ինձ վճարված բոլոր հավելյալ վճարումների դիմաց և ես գիտակցում եմ, որ ցանկացած հավելյալ վճարում,
անհատական, թե հավաքական, կարող է հանվել որևէ IHSS ստացողին իմ կողմից մատուցված ծառայությունների ապագա երաշխիքից:

- ԵՍ ԿՄԱՏՈՒՑԵՄ ԲՈԼՈՐ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ՝ առանց ռասսայական, կրոնական, մաշկի գույնի, ազգային պատկանելության կամ էթնիկական ծագման, սեռական, տարիքային, սեռական պատկանելության, ֆիզիկական կամ հոգեկան անկարողության խտրականության:

ԵՍ, ԿԵՂԾ ՎԿԱՅՈՒԹՅԱՆ ՊԱՏԺԻ ՆԵՐՔՈ, ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒՄ ԵՄ, որ բոլոր տեղեկությունները, որ ես ներկայացրել եմ այս ձևում, ճշգրիտ են և ամբողջական որքանով, որ ես տեղյակ եմ:

ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆ՝	ԱՄՍԱԹԻՎ՝
ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌ՝	