

# IHSS/CMIPS ընտրական պետական հաշմանդամութեան (SDI) ձեւ

Այս ձեւը ընտրական պետական հաշմանդամութեան ապահովամարտնչական համար է նախատեսված (մտործագրկութեան ապահովամարտնչական կողի մաս 702.5) եւ միայն ընտանիքի խնամող այն անդամներուն համար է, որոնք իրենց աշխատավարձը կստանան պետական կառավարական մարասենեակէն: **Ընտանքի անդամներից իրավասու կրնան ըլլալ ստացողի ամուսինը/կինը, կամ զավակը(ներառյալ որդեմարած զավակը, բայց ոչ խորթը) 18 տարեկանէն ցած:** Հաշմանդամութեան այս ապահովամարտնչակը հարկադրական չէ: Ստացողը կամ ընտանիքի միւս անդամները համաձայնութեան կու մնան, որ ատիկա վերցուի իրենց աշխատավարձի որևէ մասէն: Այս ձեւը լրացնելու հարկ չկա, եթէ ստացող/մտործատուն եւ խնամակալ/աշխատողը համաձայն չեն, որ խնամողի ծառայութիւնները կամաւոր ձեւով ապահովամարտնչակ հաշմանդամութեան ապահովամարտնչակ կողի 702.5 բաժնով:

## Լրացուէր եւ ստորամարուէր ստացողի/մտործատուի կողմէ

Ստացողի անուն, ազմանուն		Սոցիալական ապահովութեան թիվ (SSN)	Հեռաձայնի թիվը ( )
Հասցէ	Քաղաք	Նահանգ	Փոստային կոդ

Ես, հավաստիացու եմ, որ փաստաթուղթին մեջ մարուած ամեն ինչը ճիշտ է: Սրանով ես ընտրում եմ եւ դիմում եմ, որ ընտանիքի կողմից տրամադրվող ծառայութիւնը ընդունվի որպէս աշխատանք, որը ենթակա է Գործագրկութեան ապահովամարտնչական Կողի միայն հաշմանդամութեան ապահովամարտնչակը: **Ընտրական համաձայնամիտը պետք է ուժի մեջ մնայ մտուէր երկու լրիվ տարի կամ ալ մինչև խնամակալի ծառայութեան դադարեցումը:** Աս համաձայնամիտը կարող է դադարեցվել դադարեցման պահանջ ներկայացնելու դէպքում ապահովամարտնչակ երկու լրիվ տարվա ընթացքում մինչև ցանկացած տարվա Յունվարի 31-ը:

Ստացողի/մտործատուի ստորամարութիւն	Ամիս, Ամսաթիվ
-----------------------------------	---------------

## Լրացնել եւ ստորամարել խնամող աշխատողի/ընտանիքի անդամի կողմէ

Խնամողի անուն				Խոց.Ապ.Թիվ (SSN)		Մտացողի մտործի թիվ	
Հասցէ	Քաղաք	Նահանգ	Փոստային կոդ	Գրառում			
Հեռաձայնի թիվ ( )	Ի՞նչ ազմակից է (եթէ զավակ է նշել)		Յնույն ամսաթիվ				
	Հարազատ	Որդեմարած	(խորթ զավակը իրավասու չէ)				
1. Գործը շարունակական է, թէ ժամանակավոր կամ սեզոնային է.....				<input type="checkbox"/>	Այո	<input type="checkbox"/>	Ոչ
2. Կրնաք կատարել նոմալ եւ հատուկ խնամողական ծառայութիւններ IHSS-ի հետ .....				<input type="checkbox"/>	Այո	<input type="checkbox"/>	Ոչ
<b>Ընտրական SDI-ի պահումները կսկսեն Ձեր աշխատանքի հրամանի օրվանից:</b>							
Ես կը նախընտրիմ ստանալ պետական հաշմանդամութեան ապահովամարտնչակն եւ համաձայն եմ, որ այս ապահովամարտնչակն օժանդակութիւնը դուրս հանվի իմ աշխատավարձից:							
Ստորամարութիւն						Ամիս Ամսաթիվ	

Գրառում՝ եթէ Ձեր դիմումը հաստատվի, ընտրովի ապահովամարտնչակն կը ենթարկվի ՍI կողի 631, 702.5, 704, 707 բաժինների բոլոր պահանջներին և պայմաններին:

## Հաշմանդամութեան ապահովամարտնչակն նպաստը Ձեզի չի տրուիր միչեւ, որ համաձայնութիւ մտայնայ: Սովորաբար եօթը ամիս պետէ Է անցնի հաստատման օրէն մինչեւ որ վաւերական պահանջը լրացուի Ձեր աշխատավարձի հիման վրայ:

Նաեւ նշենք, որ տնային ծառայութիւնները չեն մնանձվում Անձնական եկամուտից պահվող հարկերից, սակայն եթէ ստացողը և ծառայութիւն տրամադրողը կամավոր համաձայն են, եկամտահարկ կը պահվի:

Աշխատավարձ եւ հատուկ պահումներ-Բաժին 702.5: Հատուկ պահումները, որ վճարվելու են «ընտանեկան աշխատանքի» ընտրովի ապահովամարտնչակն համար հիմնվելու են ընտանիքի ապահովամարտնչակն անդամների իրական աշխատավարձերու վրա, որը նրանք ստանում են մատուցված ծառայութիւնների դիմաց, յուրաքանչյուր ընտանիքի անդամին տարվա համար նախատեսված աշխատավարձի մաքսիմումի չափով: Այս բաժնում որեւէ պայման չկա, որ թույլատրվի, որ հատուկ պահումները հիմնված լինեն իրական վճարված աշխատավարձի հիման վրա: Վճարված հաշմանդամութեան օմնուտների արժեքի չափը նույնպէս որոշվում է վճարված աշխատավարձի չափով: Սոցիալական ապահովութեան թիվի ներկայացում- Սոցիալական ապահովութեան թիվի ներկայացնելը պարտադիր ըստ Ֆեդերալ հարկային տեսչութեան 1976 թուականի բարեփոխման օրէնքի: Այդ թիվը կը փաստէ Ձեր ինքնութիւնը կրնայ օմնտամսօրձուիլ միայն աշխատատեղերու յանտաբերման բաժանմունքի կողմէ, ինչպէս նաեւ ուրիշ կառավարական հիմնարկներու կողմէ ինչպէս թույլ է տալիս Զալիֆորնիայի մտործագրկութեան ապահովամարտնչակն կողի 322 եւ 1095 բաժինները:

## Ընտրական SDI-ի ժամկետի դադարեցում

Միայն ծառայութիւն ստացողը/մտործատուն կրնայ դիմել իրեն ծառայութիւն տրամադրողի SDI ապահովամարտնչակնը դադարեցնելու համար:

SDI-ի ապահովամարտնչակնը կրնայ դադարեցուիլ միայն Յունուար ամսուն ընթացքին, երկու տարին վերջանալէ ետք կամ աշխատանքը դադարեցնելու դէպքում:

Ես կը պահանջեմ, որ SDI ապահովամարտնչակնը դադարեցուի իմ ծառայութիւն տրամադրողի համար:

Ծառայութիւն ստացողի ստորամարութիւնը	Ամիս, ամսաթիվ
-------------------------------------	---------------