

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-139**

DATE

09/10/2003

**TO:**  
County Welfare Director  
Supply Clerk / Forms Coordinator

**FROM:**  
Forms Management Unit  
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices  
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney  
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE SOC 332 SP (8/03) In-Home Supportive Services Recipient/Employer Responsibility Checklist

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 8/03	REPLACES 5/00	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: <b>Department of Social Services Warehouse</b> <b>P.O. Box 980788</b> <b>West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<input type="checkbox"/> Other:	

**FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS**

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted  Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse  Use new form effective when old supply is exhausted.

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.  
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://www.dss.cahwnet.gov)

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: [fmudss@dss.ca.gov](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL
Lista de verificación de responsabilidades del beneficiario/empleador

YO, \_\_\_\_\_, HE SIDO INFORMADO POR MI TRABAJADOR QUE EN CALIDAD DE BENEFICIARIO/EMPLEADOR, SOY RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES QUE APARECEN A CONTINUACION:

- 1) Encontrar, emplear, entrenar, supervisar, y despedir a los proveedores que yo emplee.
2) Verificar que mis proveedores estén viviendo legalmente en los Estados Unidos. Debo completar el formulario I-9 para mis proveedores y conservar este formulario durante tres (3) años.
3) Asegurar que hayan normas para el pago, horarios y condiciones de trabajo para mis proveedores.
4) Proporcionar a mi trabajador la siguiente información sobre mis proveedores y cualquier cambio que suceda en el futuro con respecto a su:

- Nombre, Dirección, Número de Seguro Social, Fecha de nacimiento\*, Grupo étnico\*, Idioma primario\*, Número de teléfono, Parentesco conmigo, si lo hay, Horario para trabajar y los servicios que el proveedor deberá llevar a cabo

\*Por favor proporcione esta información si usted puede obtenerla.

- 5) Informar a mis proveedores que la cantidad bruta del pago por hora es de \$\_\_\_\_\_, y que es posible que de esta cantidad se deduzcan los impuestos del Seguro Social y del Seguro del Estado contra Incapacidad.
6) Informar a mis proveedores que pueden solicitar que se deduzcan de los pagos los impuestos federales o estatales y que a fines de enero se les enviará el formulario de declaración de sueldos e impuestos (Form W-2 Wage and Tax Statement) para que se haga la declaración de impuestos sobre los ingresos.
7) Informar a mis proveedores que es posible que estén cubiertos para recibir Compensación por Lesiones de Trabajo, beneficios del Seguro del Estado contra Desempleo, y del Seguro del Estado contra Incapacidad.
8) Informar a mis proveedores acerca de los servicios autorizados y el tiempo designado para desempeñarlos.
9) Pagar mi parte del costo, si la hay, directamente a mis proveedores o directamente al departamento de servicios sociales del condado.
10) Verificar y firmar el reporte de horas trabajadas de mis proveedores correspondiente a cada período de pago indicando el día correcto y el número total correcto de horas trabajadas.
11) Asegurarme de que mis proveedores firmen su reporte de horas trabajadas.
12) Informar a mis proveedores sobre la necesidad de enviar sus reportes de horas trabajadas firmados a la oficina apropiada del departamento de servicios sociales del condado al final de cada período de pago.
13) Cumplir con las leyes y ordenamientos relacionados a salarios/horas/condiciones de trabajo y el empleo de personas menores de 18 años de edad.

NOTA: Consulte la Orden Número 15 de la Comisión de Bienestar Industrial (IWC) sobre salarios/horas/condiciones de trabajo, la cual se puede obtener del Departamento de Relaciones Industriales del Estado, División de Cumplimiento de Normas de Trabajo que aparece en su directorio telefónico bajo "State Department of Industrial Relations, Division of Labor Standards Enforcement". Información adicional sobre el empleo de menores de edad se puede obtener de su distrito escolar local.

\*\*\*\*\*

LE HE EXPLICADO AL BENEFICIARIO DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS) LAS RESPONSABILIDADES MENCIONADAS EN ESTE FORMULARIO.

Trabajador, Beneficiario, Proveedor, Teléfono, Fecha

## INSTRUCTIONS FOR USE OF THE RECIPIENT/EMPLOYER RESPONSIBILITY CHECKLIST

1. This form is recommended for review with recipients receiving service from Individual Providers **only**.
2. Counties may use this form to assure that recipients have been advised of and understand their basic responsibilities as employers of IHSS providers.
3. Review each item with the recipient and explain how the recipient can comply with each requirement.
4. Sign and date the form.
5. Leave a copy of the form with the recipient.