

## ПРОГРАММА ПО УХОДУ НА ДОМУ (IHSS) ДОГОВОР О ГРАФИКЕ РАБОЧЕЙ НЕДЕЛИ МЕЖДУ КЛИЕНТОМ И РАБОТНИКОМ

IHSS НОМЕР ДЕЛА КЛИЕНТА

ИМЯ И ФАМИЛИЯ КЛИЕНТА
-----------------------

Мне определено следующее количество часов по уходу: \_\_\_\_\_

Чтобы определить количество часов в неделю, мои общие разрешенные в месяц часы, должны быть разделены на 4. Моё максимальное количество часов в неделю \_\_\_\_\_. При определенных обстоятельствах я могу менять недельный график работы, что позволит мне использовать больше чем обычно часов в одну из недель, если я использую меньше часов в предыдущую или последующую неделю.

Я понимаю, что эта форма дана мне в помощь для составления расписания моего(моих) работника(ов). Это расписание поможет мне контролировать то, что мой(мои) работник(и) не превышают количество разрешенных мне в месяц часов.

### ИНСТРУКЦИИ:

1. В колонке А напишите имена всех работников по уходу, чьими услугами Вы будете пользоваться.
2. В колонке В укажите идентификационный номер каждого из Ваших работников по уходу. (Номер указан в таблице).
3. В колонке С укажите максимальное количество часов в неделю, выделенных для каждого работника по уходу.
4. Общая СУММА часов, отработанных всеми работниками (кол.С) должна быть равна максимальному количеству часов, выделенных Вам в неделю.

А	В	С
ИМЯ И ФАМИЛИЯ РАБОТНИКА ПО УХОДУ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР РАБОТНИКА	ЧАСЫ РАБОТЫ ПО УХОДУ В НЕДЕЛЮ
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ КЛИЕНТА		В НЕДЕЛЮ:

## ОФИЦИАЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ ПРОГРАММЫ:

- Я понимаю, что заполнив и отослав эту форму в Программу по уходу на дому (IHSS), я распределяю разрешенные мне часы между проименованными работниками по уходу.
- Я понимаю, что это моя обязанность составить расписание для каждого работника так, чтобы сумма часов не превышала максимальное количество разрешенных мне часов в неделю или в месяц.
- Я понимаю, что при определённых условиях я могу менять количество часов в неделю, но общее количество часов в месяц меняться не должно, если только я не получу письмо из округа, уведомляющее меня об изменении количества разрешенных мне часов.
- Я понимаю, что моим работникам не будут оплачены за счет программы IHSS любые часы, отработанные предоставляя мне услуги в том случае, если они превышают количество разрешенных мне ежемесячных часов. Я понимаю, что в случае если работник по уходу отработал больше часов разрешенных программой IHSS или предоставлял услуги не санкционированные программой IHSS, это моя обязанность заплатить за эти дополнительные часы и услуги.
- Я понимаю, что если я хочу, чтобы распределение часов между моими работниками по уходу в течение недели оставалось без изменений и чтобы табеля обрабатывались с учётом только тех часов, которые были выделены для работника/работницы по уходу, я должен/должна потребовать и заполнить форму Распределение клиентом программы по уходу на дому определённых ему/ей часов между работниками по уходу (SOC 838) и отослать ее в округ.

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА		ДАТА
ИМЯ КЛИЕНТА (ФАМИЛИЯ, ИМЯ)		
ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (ЕСЛИ КЛИЕНТ НЕ В СОСТОЯНИИ ПОДПИСАТЬ ДОКУМЕНТ)	СТЕПЕНЬ РОДСТВА С КЛИЕНТОМ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ПОДПИСЬ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		ДАТА

**ОФИЦИАЛЬНОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ РАБОТНИКА ПО УХОДУ:**

- Я понимаю, что подписывая эту форму я соглашаюсь с рабочим графиком и с тем, что не буду работать больше определенных мне клиентом часов, за исключением случаев, когда клиент меняет расписание.
- Я понимаю, что если я отработаю больше разрешенных клиенту часов, эти услуги не будут засчитаны и оплачены программой IHSS. Это обязанность клиента заплатить за эти дополнительные часы и услуги. Программа по уходу IHSS оплачивает только разрешенные мне часы и услуги.
- Я понимаю, что я должен/должна следовать требованиям указанным в Соглашении о Работе по Уходу (SOC 846).

1. ПОДПИСЬ РАБОТНИКА ПО УХОДУ	ДАТА
РАБОТНИК # 1 ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
2. ПОДПИСЬ РАБОТНИКА ПО УХОДУ	ДАТА
РАБОТНИК # 2 ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
3. ПОДПИСЬ РАБОТНИКА ПО УХОДУ	ДАТА
РАБОТНИК # 3 ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
4. ПОДПИСЬ РАБОТНИКА ПО УХОДУ	ДАТА
РАБОТНИК # 4 ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
5. ПОДПИСЬ РАБОТНИКА ПО УХОДУ	ДАТА
РАБОТНИК # 5 ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ И ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	НОМЕР ТЕЛЕФОНА

**FOR COUNTY USE ONLY**

<b>WORKER NAME (FIRST MIDDLE LAST):</b>	<b>WORKER PHONE:</b>
---	----------------------