

## إقرار بدليل العاملين في الرعاية المنزلية لبرنامج المقدم كموظف لدى المستهلك (Consumer-Employed Provider Program)

لدى توقيعك لهذه الوثيقة، أنا \_\_\_\_\_ أؤكد ما يلي:

- لقد استلمت نسخة من دليل العاملين في الرعاية المنزلية.
- إنني فاهم بأنني مسؤول عن قراءة الدليل بأكمله.
- سأتصل بالمكتب المحلي لدى APD/AAA للمساعدة في تفهم المعلومات إذا كانت لدي أسئلة.
- إنني أفهم بأنني لست ولا أستطيع أن أكون الممثل المخول للمستهلك-صاحب العمل، إذا كنت العامل في الرعاية المنزلية لذلك المستهلك-صاحب العمل.
- إنني أفهم بأنني ملزم بالتبليغ 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع، ويجب على التبليغ عن سوء المعاملة المشتبهة لشخص مسن، طفل أو مقيم من أي عمر في منشأة للتمريض.
- إنني أفهم بأنه مطلوب مني أن أبلغ عن سوء المعاملة أو سوء المعاملة المشتبهة أثناء ساعات العمل فيما يتعلق بفرد يتلقى الخدمات بواسطة برنامج للصحة العقلية في المجتمع المحلي أو برنامج الإعاقات النمائية في المجتمع المحلي.
- إنني أفهم بأنه يجب علي أن انصاع للتحقيقات التي تجريها خدمات حماية البالغين (Adult Protective Services).
- إنني أفهم بأن ارتكاب الاحتيال سينتج عنه إلغاء تسجيلي كـمقدم خدمة ورقم المُقدم الخاص بي وإنه خاضع لعقوبة القانون. إنني أفهم ما يلي:
  - لا يمكنني تقديم فواتير لساعات لم أعمل فيها.
  - لا يمكنني تقديم فواتير لمهام لم أقوم بها وليست على لائحة المهام.
  - لا يمكنني المشاركة في أي مخطط للمبالغة والتلفيق في احتياجات المستهلك-صاحب العمل أو في نوع المساعدة التي أقدمها للمستهلك-صاحب العمل.
  - لا يمكنني تقديم فواتير لساعات عندما يكون المستهلك-صاحب العمل غير مؤهل لتقديم الفواتير للخدمات. تشمل الأمثلة على الأوقات غير القابلة على تقديم الفواتير بخصوصها، ولكن لا تقتصر على، الإدخال في المستشفى؛ السكن في بيئة خدمة أخرى؛ الاعتقال؛ أو أن أكون خارج البلدة أو الولاية أو البلاد عندما لم أذهب مع المستهلك-صاحب العمل لتقديم العناية.
  - لا يمكنني تقديم فواتير للساعات عندما أكون فيها خارج البلدة أو الولاية أو البلاد أو من ناحية أخرى غير متواجد لتقديم خدمات مدرجة على قائمة المهام للمستهلك-صاحب العمل.
  - لا يمكنني تقديم فواتير لوقت التنقل إلا إذا كنت انتقل مباشرة بين مستهلكين-أصحاب عمل في نفس اليوم وإنني لم أن أقضي أعمالاً شخصية أو أعمالاً لمستهلكين-أصحاب عمل آخرين.

- لا يمكنني أن أعهد بالعمل لشخص آخر بالعمل والاستمرار في تقديم فواتير لساعات عمل بها شخص آخر في محلي.
- لا يمكنني تغطية عامل آخر في الرعاية المنزلية وأن أسمح لذلك العامل أن يقدم فواتير للساعات التي عملت بها.
- لا يمكنني تغيير سجل الوقت بعد أن وقع عليه المستهلك-صاحب العمل.
- لا يمكنني توقيع اسم المستهلك-صاحب العمل على سجل الوقت.
- لا يمكنني تقديم سجل للوقت على بياض إلى المستهلك-صاحب العمل للتوقيع عليه.
- لا يمكنني تقديم فواتير مقابل خدمات مستمرة على مدار سبعة أيام في الأسبوع عندما لا أسكن في منزل المستهلك-صاحب العمل، أو إذا لم أكن متواجداً في منزل المستهلك-صاحب العمل في الأيام التي يُتوقع مني أن أقدم خدمات مستمرة.
- لا يمكنني المطالبة بأموال تتعلق بالخدمة عندما لم أقود مركبتي.
- لا يمكنني التدوين على سجل الوقت بأنني عملت في يوم أو وقت محدد لم أعمل فيه.
- إنني أفهم بأنني سأبلغ مكتب الـ APD/AAA المحلي أو لخط الاحتيال الساخن لإدارة الخدمات البشرية (DHS Fraud Hotline) عن أي احتيال مشتب، بما في ذلك الاحتيال الذي يرتكبه المستهلك-صاحب عمل الخاص بي.
- إنني أفهم بأنه مطلوب مني أن أحافظ على سرية المعلومات المتعلقة بالمستهلك-صاحب العمل الخاص بي، واستطيع المشاركة بالمعلومات فقط مع مدير الحالة للمستهلك-صاحب العمل أو الممرضة الصحية المسجلة في المجتمع المحلي والتي تعمل مع المستهلك-صاحب العمل الخاص بي.

التاريخ

توقيع عامل الرعاية المنزلية

لاستخدام المكتب فقط	
<input type="checkbox"/> Signed form meets alternate method of orientation	Provider number
<input type="checkbox"/> Form signed in addition to in-class orientation	_____
<input type="checkbox"/> Date signed form received by local office: _____	<input type="checkbox"/> Career HCW <input type="checkbox"/> Restricted HCW
<input type="checkbox"/> Local office staff initials: _____	
<input type="checkbox"/> HCC staff initials, if verified by HCC: _____	