

Thờ ận Tập Hướng dẫn dành cho Nhân viên Chăm sóc Tại nhà Của Chương trình Người tiêu dùng Tuyển dụng Nhân viên

Khi ký văn kiện này, tôi _____ xác nhận những điều dưới đây:

- Tôi đã nhận được một bản sao của Tập Hướng dẫn dành cho Nhân viên Chăm sóc Tại nhà.
- Tôi hiểu rằng tôi có trách nhiệm đọc toàn bộ tập hướng dẫn.
- Tôi sẽ nhờ văn phòng APD/AAA địa phương giúp tôi hiểu thông tin trong đó nếu tôi có thắc mắc.
- Tôi hiểu rằng tôi không thể là hoặc hành xử như là một đại diện được phép của người tiêu dùng-chủ thuê việc nếu tôi là nhân viên chăm sóc tại nhà của người tiêu dùng-chủ thuê việc đó.
- Tôi hiểu rằng tôi là người bị buộc phải báo cáo 24 giờ mỗi ngày, bảy ngày mỗi tuần và phải báo cáo việc ngược đãi hoặc nghi ngờ ngược đãi một vị cao niên, một em bé hoặc cư dân ở bất cứ tuổi nào trong cơ sở điều dưỡng.
- Tôi hiểu rằng tôi bị buộc phải báo cáo việc ngược đãi hoặc nghi ngờ ngược đãi trong những giờ làm việc liên quan đến một cá nhân được phục vụ trong một chương trình sức khỏe tâm thần cộng đồng hoặc khuyết tật phát triển cộng đồng.
- Tôi hiểu rằng tôi phải tuân theo những cuộc điều tra do Cơ quan Dịch Vụ Bảo vệ Người lớn thực hiện.
- Tôi hiểu rằng việc gian lận sẽ chấm dứt việc đăng ký làm nhân viên chăm sóc và số nhân viên chăm sóc của tôi và tôi sẽ bị luật pháp trừng trị. Tôi hiểu những điều sau đây:
 - I không được quyền tính tiền lương cho bất cứ số giờ nào tôi đã không làm.
 - Tôi không được quyền tính tiền lương cho những công việc tôi đã không làm hoặc không được liệt kê trên danh sách công việc.
 - Tôi không được quyền tham gia bất cứ âm mưu nào để phóng đại hoặc ngụy tạo những nhu cầu của người tiêu dùng-chủ thuê việc hoặc loại trợ giúp tôi cung cấp cho người tiêu dùng-chủ thuê việc.
 - Tôi không được quyền tính tiền lương cho số giờ trong thời gian mà người tiêu dùng-chủ thuê việc không đủ điều kiện tính tiền cho những dịch vụ. Những thí dụ về số giờ không thể tính tiền được bao gồm, nhưng không giới hạn, việc nằm bệnh viện; cư ngụ trong một khung cảnh dịch vụ khác, bị giam cầm; hoặc không ở trong thành phố hoặc trong tiểu bang hoặc rong nước khi tôi không đi cùng với người tiêu dùng-chủ thuê việc để chăm sóc.

- Tôi không được quyền tính tiền lương cho số giờ khi tôi ra khỏi thành phố, khỏi tiểu bang hoặc khỏi nước hoặc ngoài ra không thể cung cấp những dịch vụ trên danh sách công việc cho người tiêu dùng-chủ thuê việc.
- Tôi không được quyền tính tiền lương cho thời gian đi lại trừ phi tôi đi lại trực tiếp giữa những người tiêu dùng-chủ thuê việc trong cùng một ngày và tôi đã không lo việc riêng hoặc công việc cho những người tiêu dùng-chủ thuê việc khác.
- Tôi không được quyền thuê người khác làm hộ tôi và vẫn tính lương cho số giờ người khác làm thay cho tôi.
- Tôi không được quyền làm thay cho nhân viên chăm sóc tại nhà khác và cho phép nhân viên đó tính tiền cho số giờ tôi làm.
- Tôi không được quyền sửa đổi phiếu ghi giờ sau khi người tiêu dùng-chủ thuê việc đã ký tên.
- Tôi không được quyền ký tên của người tiêu dùng-chủ thuê việc trên phiếu ghi giờ.
- Tôi không được quyền đưa phiếu ghi giờ trống cho người tiêu dùng-chủ thuê việc ký.
- Tôi không được quyền tính tiền lương cho những dịch vụ sống trong nhà bảy ngày mỗi tuần khi tôi không cư ngụ trong nhà của người tiêu dùng-chủ thuê việc, hoặc không có mặt trong nhà của người tiêu dùng-chủ thuê việc trong những ngày tôi được trông đợi để cung cấp những dịch vụ sống tại nhà.
- Tôi không được quyền tính tiền dặm liên quan đến dịch vụ khi tôi không lái xe của tôi.
- Tôi không được quyền ghi trên phiếu ghi giờ rằng tôi đã làm một ngày hoặc giờ cụ thể nào đó mà tôi đã không có làm.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ báo cáo bất cứ hành vi gian lận bị nghi ngờ, kể cả hành vi gian lận do người tiêu dùng-chủ thuê việc của tôi, cho văn phòng APD/AAA địa phương hoặc Đường dây Báo cáo Gian lận Nóng.
- Tôi hiểu rằng tôi được yêu cầu bảo mật tất cả những thông tin liên quan đến người tiêu dùng-chủ thuê việc của tôi và chỉ có thể chia sẻ thông tin đó với nhân viên quản lý hồ sơ của người tiêu dùng-chủ thuê việc hoặc với y tá sức khỏe cộng đồng có đăng ký đang làm việc với người tiêu dùng-chủ thuê việc của tôi.

Chữ ký của nhân viên chăm sóc tại nhà

Ngày

FOR OFFICE ONLY (DÀNH RIÊNG CHO VĂN PHÒNG SỬ DỤNG)	
<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: _____	