

본 홈케어 워커(Homeworker, HCW) Medicaid 제공자 등록 신청 및 약정은 다음 사항에 대해 설명합니다.

- 오리건주 시민복지부(Oregon Department of Human Services, ODHS) 노인 및 장애인(Aging and People with Disabilities, APD) 프로그램에 제공자로 등록 및 HCW 준수 의무 설정
- 등록 정보 업데이트
- 제공자 번호 수령

참고: 제공자는 제공자 번호가 있어야만 오리건주의 Medicaid 자격이 되는 개인에게 서비스를 제공한 데 대해 대가를 받을 수 있습니다. 연방 Medicaid 및 주 기금에서 이러한 서비스에 대해 대가를 지급합니다.

본 문서는 다른 언어, 큰 글자, 점자 또는 귀하가 선호하는 형태로 받아볼 수 있습니다. 800-241-3013 으로 전화하거나 HCW.Enrollment@dhsosha.state.or.us 로 이메일을 보내 APD 제공자 릴레이션 부서(APD Provider Relations Unit)에 연락주시기 바랍니다. 저희는 모든 통신 중계 통화를 허용하며, 711 번으로 전화하셔도 이러한 서비스 지원을 받으실 수 있습니다.

**제공자 성명**

완전한 법적 성명  
(주니어와 같은 이름 뒤 접미사를 포함하여 현재 사회보장카드에 등록된 성명):

이름: \_\_\_\_\_ 중간 이니셜: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_

별명이나 기타 사용하는 이름:

이름: \_\_\_\_\_ 중간 이니셜: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 중간 이니셜: \_\_\_\_\_ 성: \_\_\_\_\_

**요청하는 제공자 유형(해당 사항 모두 표시):**

신규 HCW 등록(73-737)

HCW 제공자 번호 갱신

제공자 번호: \_\_\_\_\_

HCW 재등록(제공자 번호가 30 일 이상 전에 폐쇄된 경우)

제공자 번호: \_\_\_\_\_

HCW 성명 변경

제공자 번호: \_\_\_\_\_

지점 번호: \_\_\_\_\_

제공자는 사회보장번호(SSN)를 반드시 공개해야 합니다. SSN 이 요구되는 경우:

- ID 를 만들기 위해 [42 USC 405(c)(2)(C)(i)에 따라]
- 제공자에서 제외되지 않았음을 증명하기 위해 [42 CFR 455.104 및 455.436 에 따라]
- 세금 정보를 보고하기 위해 [26 CFR 301.6109-1 에 따라].

ODHS 는 아래에 제공한 성명 및 사회보장번호(Social Security number, SSN)에 의거 정보를 국세청(Internal Revenue Service, IRS) 및 오리건주 세무국에 보고할 수 있습니다.

귀하의 SSN 을 ORCHARDS(신원확인 시스템)에 입력하여 예전의 신원확인 승인에 연결하는 데 동의하십니까?  예  아니요

이 섹션 어느 부분도 공란으로 남겨두지 마십시오. 양식이 완성되지 않으면 신청이 거부됩니다.

도로명 주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_

우편번호 (+4): \_\_\_\_\_ 카운티: \_\_\_\_\_

우편 주소 (위와 다른 경우): _____		
시: _____	주: _____	우편번호 (+4): _____
카운티: _____		

생년월일: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_ 이메일 주소: \_\_\_\_\_

Medicare 또는 주 Medicaid 또는 아동건강보험 프로그램(Children's Health Insurance Program, CHIP)의 제공자로서의 참가가 해지되었거나 제외된 적이 있습니까?  예  아니요

다른 주 Medicaid, Medicare 또는 기타 ODHS, 오리건주 보건당국(Oregon Health Authority, OHA), APD, 발달장애인복지실(Office of Developmental Disabilities Services, ODDS) 또는 OHA 보건제도과(OHA Health Systems Division, OHA-HSD) 제공자 번호를 현재 보유 중이거나 보유한 적이 있습니까?  예  아니요

예인 경우, 제공자 번호를 여기에 적으십시오. \_\_\_\_\_

지난 5 년 동안 오리건주 외부에서 사신 적이 있습니까?  예  아니요

예인 경우, 아래 표에 정보를 입력하십시오.

연도		시	주	국가	해당 거주시 사용한 이름(들)
시작	종료				

**성 정체성 — 생각하는 성별은? (해당되는 모든 것을 체크하십시오.)**

- 여성                       남성
- 논바이너리, 무성, 성 부적응 또는 기타 성 정체성
- 공개를 원하지 않음

자신을 트랜스젠더라고 간주합니까?

- 예                       아니요                       공개를 원하지 않음

**언어**

미국 수화를 포함하여 어떤 언어를 구사하나요? (해당하는 것을 모두 선택하십시오.)

사용하는 언어 \_\_\_\_\_

병행하여 사용하는 언어 \_\_\_\_\_

다른 언어를 구사합니다 (여기에 다른 언어 표시): \_\_\_\_\_

어떤 언어를 읽을 줄 아나요? (해당하는 것을 모두 선택하십시오.)

읽을 줄 아는 언어 \_\_\_\_\_

병행하여 읽을 줄 아는 언어 \_\_\_\_\_

다른 언어를 읽습니다 (여기에 다른 언어 표시): \_\_\_\_\_

**인종 및 민족 — 자신을 어떻게 분류하나요? (해당되는 모든 것을 체크하십시오.)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 아프리카 사람         | <input type="checkbox"/> 라틴 사람                |
| <input type="checkbox"/> 미국 원주민/알래스카 원주민 | <input type="checkbox"/> 두 인종 이상              |
| <input type="checkbox"/> 아랍, 중동          | <input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 태평양 제도 주민 |
| <input type="checkbox"/> 아시아인            | <input type="checkbox"/> 백인                   |
| <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 | <input type="checkbox"/> 기타: _____            |
|  | <input type="checkbox"/> 공개를 원하지 않음           |

이 섹션은 의도적으로 비워 둡니다

## 홈케어 워커(HCW) 제공자 등록 약정

본 HCW 제공자 등록 신청 및 약정(이하 약정이라 함)은 HCW가 적격 소비자-고용주에게 제공한 사전 승인을 받고 공적 자금 지원을 받는 가정 내 서비스에 대하여 오리건주 시민복지부(Oregon Department of Human Services, ODHS) 또는 ODHS가 자금을 지원하고 승인한 조직에 의한 대가 지급에 관하여 오리건주, ODHS, 노인 및 장애인(Aging and People with Disabilities, APD), 오리건주 보건당국(Oregon Health Authority, OHA)과 제공자와의 관계를 기술합니다.

서명하기 전에 본 약정을 세밀히 검토하시기 바랍니다. 본 약정은 오리건주의 Medicaid 제공자로서의 의무에 대하여 약속합니다. 본 약정 및 의무를 준수하지 못하는 경우 제공자 번호 및 등록이 해지되거나 다른 결과를 초래할 수 있습니다.

### 해당 법률 준수

제공자는 다음 사항을 이해하고 이에 동의합니다.

- A. 제공자는 본 약정에 의한 물품 및 서비스와 관련된 연방, 주 및 지방의 법률 및 규정을 준수한다. 여기에는 오리건주 행정 규칙(Oregon Administrative Rules, OAR) 407-120-0325(연방 및 주 법령 준수)가 포함되지만 이에 국한되지 않는다.
- B. 법원이 본 약정의 어느 조건이나 조항이 불법이거나 어느 법률과 상충된다고 결정하는 경우, 본 약정의 나머지 조건 및 조항은 효력을 유지한다. 당사자들의 권리와 의무는 본 약정에 무효로 밝혀진 특정 조건이나 조항이 포함되지 않은 것처럼 해석되고 집행된다.
- C. 본 약정 또는 해당 ODHS 규칙의 조건을 준수하지 못하면 제공자의 제공자 번호가 해지되거나 무효화될 수 있다. 제공자는 OAR 411-031-0050(소비자 고용 제공자 프로그램에 등록된 홈케어 워커)에 따라 이의제기권을 가질 수 있다. 제공자는 ORS 419B.005~419B.050 및 ORS 124.050~124.095에 따른 의무적 보고자이다. 제공자는 다음과 같은 사람에 대한 학대 또는 의심되는 학대를 하루 24시간, 주 7일 보고해야 한다.
  - 아동
  - 노인
  - 요양시설 거주자
  - 정신건강 또는 지적/발달 장애 서비스를 받는 개인

학대 또는 의심되는 학대를 보고하지 않으면 법률에 따라 처벌을 받을 수 있으며 제공자의 등록이 해지될 수 있다.

- D. 제공자가 같은 날 소비자의 가정 사이에 서비스 관련 교통 서비스를 제공하거나 직접 이동하는 경우, 제공자는 유효한 운전면허증과 법률이 요구하는 자동차 보험을 보유하고 유지해야 한다. 제공자는 ODHS에 6개월마다 또는 보험이 그 전에 갱신되는 경우에는 더 일찍 자동차 보험 증명서를 제출해야 한다. 제공자는 제공자가 유효한 운전면허증 및 자동차 보험을 보유하지 않은 경우 서비스 관련 교통 또는 이동 시간이 승인되지도 비용을 받지 못할 것임을 이해한다.

### 1. 소비자-고용주 자격

제공자는 다음 사항을 근거로 대가를 받게 됩니다.

- 본 약정서
- 오리건주 홈케어 위원회(Oregon Home Care Commission, OHCC)와 서비스 직원 국제조합(Services Employees International Union, SEIU) Local 503 사이의 단체협약

- 승인된 서비스가 공적 기금 지원을 받는 가정 내 서비스를 받을 자격이 되는 소비자-고용주에게 제공되었을 때 유효한 해당 행정 규칙

제공자는 ODHS 또는 지역노인기관(Area Agency on Aging, AAA)이 승인한 소비자-고용주 서비스 플랜 및 업무 목록에서 승인된 서비스에 대하여 대가를 받게 됩니다. 아래 조건에 해당하여 이루어진 지급은 초과 지급으로 간주됩니다.

- 소비자-고용주 승인 서비스 플랜 및 업무 목록에 포함되지 않은 서비스
- 승인된 시간보다 더 오래 제공된 서비스
- 서비스 자격이 안 되는 소비자-고용주에 제공된 서비스

일체의 초과 지급은 ODHS 에 환급해야 하며, 이는 제공자의 단독 책임입니다.

## 2. 소비자-고용주 기록의 보관, 접근 및 기밀 유지

제공자는 다음 사항을 이해하고 이에 동의합니다.

### A. 기록 보관:

- 제공자는 상황을 청구하는 구체적인 서비스에 관한 금융 및 시간 기록(예: 근무시간 기록표)과 기타 모든 문서의 작성 및 이에 대한 정확성을 책임집니다. 제공자는 해당 행정 규칙에 따라 상황을 청구하는, 본 약정에 의거 서비스를 받는 적격 소비자-고용주에게 제공된 구체적인 서비스를 완전히 문서화한 모든 기록을 보관해야 합니다.
- 제공자는 위 3(A)(i)에 기술된 모든 기록을 다음 중 긴 기간 동안 보관하고 제공할 수 있어야 합니다.
  - 최종 지급 및 본 계약의 종료 후 6년
  - 해당 법률이 요구하는 기간
  - 본 계약으로 야기되거나 그와 관련된 일체의 감사, 논란 또는 소송이 종료될 때까지

### B. 접근:

본 약정에 따라 제공된 서비스와 관련된 모든 금융 및 시간 기록 및 기타 모든 문서는 요청하는 즉시 조사, 감사 및 복사할 수 있도록 다음 기관 및 그들에 의하여 정히 임명된 대리인이 즉시 접근할 수 있도록 해야 합니다.

- ODHS
- OHA
- 소비자-고용주
- APD 또는 AAA 현지 사무실
- 오리건주 법무부 Medicaid 사기 방지과(Oregon Department of Justice Medicaid Fraud Unit)
- 오리건주 국무장관실(Oregon Secretary of State Office)
- 미국 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터
- 연방 정부

## 3. 기밀 유지

제공자는 제공자의 소비자-고용주와 관련된 모든 정보의 비밀을 유지해야 한다는 점을 이해합니다. 제공자는 소비자-고용주의 사건 관리자, 현지의 APD 또는 AAA 사무실, 또는 제공자의 소비자-고용주와 함께 일하는 등록된 커뮤니티 건강 간호사와 법률이 허용하는 경우에만 정보를 공유할 수 있습니다.

#### 4. 유효한 등록

본 약정에 서명함으로써 제공자는 오리건주에서 공적 기금을 지원받는 가정 내 서비스를 받을 수 있는 두 명 이상의 소비자-고용주에게 서비스를 제공할 수 있음에 동의합니다. 본 약정 및 제공자의 등록은 서비스가 12개월 동안 승인을 받지 못하거나 대가를 받지 못하는 경우 무효화됩니다. 무효화된 후에 제공자는 ODHS 소비자-고용주에 서비스를 제공하고자 하는 경우 HCW로서 등록을 재신청할 수 있습니다.

#### 5. 자격 및 계속 참가

자격 및 HCW로서 계속 참가는 제공자가 다음 조건을 충족해야 합니다.

- 본 약정에 서명
- 필요한 경우 새로운 약정 작성
- OAR 411-031-0040에 기술된 모든 등록 기준 충족
- 신원조회 통과
- OAR 418-020-0035에 약속된 모든 교육 요건 이수(의무 교육 및 자격 평가 기준).

제공자는 등록 및 재인증 전에 모든 필수 제공자 등록 데이터베이스 점검을 통과해야 합니다. 여기에는 감찰국(Office of Inspector General, OIG) 제외 목록, 시스템 수상 관리(System Award Management, SAM) 제외 목록, 사회보장국 사망 마스터 파일, IRS 법적 성명 및 사회보장번호확인이 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

#### 6. 제공자 중단 및 대가 회수

신청이 어느 면에서 정확하지 못하거나 본 약정의 조건을 준수하지 못하는 경우 APD 규칙 또는 오리건주 보건 당국의 규칙에 따라 OAR 411-031-0020, OAR 411-031-0040 ~ 411-031-0050, OAR 411-034-0050 및 411-034-0055, OAR 411-020-0000 ~ OAR 411-020-0130 및 410-120-1397 ~ 410-120-1600에 따라 제재, 본 약정의 해지 또는 대가 회수가 이루어질 수 있습니다. 제공자는 다음에 기술된 이의제기권을 가질 수 있습니다.

- 홈케어 워커에 대한 OAR 411-031-0050
- 개인 케어 제공자에 대한 OAR 411-034-0055
- 신원조회에 기반한 경우 OAR 407-007-0200 ~ 410-007-0370

#### 7. 고용 관계

A. 제공자는 제공자가 오리건주, ODHS 또는 OHA의 부서 또는 지역노인기관(Area Agency on Aging, AAA)에 의해 고용되지 않았고, 어떠한 목적을 위해서도 오리건주의 직원(단체협상 목적상 법률에서 정한 경우는 제외) 또는 AAA의 직원으로 간주되지 않는다는 점을 이해합니다. 기록에서 홈케어 워커 위원회를 고용주로 언급하는 것은 주 법률에서 규정한 바와 같이 단지 단체협상 목적입니다.

B. 소비자-고용주는 적격 제공자를 찾아 면담하고 고용할 책임을 집니다. 고용 관계의 조건은 고용 시점에 소비자-고용주가 정해야 합니다.

#### 8. Medicaid 참가

제공자는 다음 사항을 이해하고 이에 동의합니다.

- A. ODHS 는 제공자가 공개한 정보가 진실이고 정확한지 확인할 것입니다. 이 정보는 Medicaid 프로그램을 관리하는 데 사용될 것이다.
- B. 제공자는 ODHS 에 본 약정이나 본 약정에서 다루는 서비스에 대한 대가 지급에 영향을 줄 수 있는 변경 사항을 변경이 발생한 날로부터 삼십(30) 일 내에 통보한다. 여기에는 성명의 변경, 연락처 정보 또는 범죄 기록의 변경이 포함되지만 이에 국한되지 않는다.
- C. 제공자는 항상 필수 교육을 이수하고 해당 자격을 충족해야 하며 본 약정에 따라 업무를 수행할 전문적인 자격을 갖추어야 한다. 교육을 이수하지 못하거나 해당 자격을 갖추지 못하는 경우 제공자의 등록이 종료될 수 있다.
- D. 본 약정 목적상 제공자로부터의 연락 또는 통지는 현지의 노인장애인사무소, 지역노인기관(Area Agency on Aging, AAA) 또는 ODHS 에 직접, 이메일, 팩스 또는 정규 우편으로 전달해야 한다.
- E. 본 약정의 제공자가 제출하는 모든 정보는 진실되고 정확하다. ODHS 에 대한 연락에 제공되거나 포함된 정보의 의도적인 누락, 허위진술 또는 위조는 행정법이나 형법, 또는 모두에 따라 처벌될 수 있다. 여기에는 ODHS 제공자 번호 발급, ODHS 제공자 번호 취소 및 초과지급의 회수 거부가 포함되지만 이에 국한되지 않는다.
- F. 제공자는 제공자의 Medicare 프로그램, Medicaid 프로그램 또는 아동 건강보험 프로그램 참여와 관련된 형사 범죄를 그러한 프로그램이 시작된 후 공개해야 한다.
- G. ODHS 는 ORS 443.004(3)에서 확인된 범죄에 대하여 유죄를 받은 개인 및 Medicaid 자격을 갖춘 개인과 연락이 되는 개인의 고용을 전부 또는 일부 지원하기 위해 공적 기금을 사용하면 안 된다.

## 9. 서비스

제공자는 다음 사항을 이해하고 이에 동의합니다.

- A. 제공자는 소비자-고용주 서비스 플랜 및 업무 목록에 확인된 서비스를 해당하는 경우 다음 규칙에 따라 수행해야 한다.
  - I. OAR 제 411 장, 제 30 부 (가정 내 서비스)
  - II. OAR 제 411 장, 제 34 부 (주 플랜 개인 케어)
  - III. OAR 제 411 장, 제 35 부 (K-주 플랜 부수 서비스)
  - IV. OAR 제 411 장, 제 32 부 (오리건주 프로젝트 독립성)
- B. 제공자는 하도급을 체결하면 안 되며, 다른 사람으로 하여금 본 약정에 따라 승인된 서비스를 제공자를 대신하여 수행하도록 하면 안 된다. 제공자는 하도급 계약을 체결하거나 다른 사람으로 하여금 제공자를 대신하여 서비스를 수행하도록 하는 것은 Medicaid 사기에 해당하며 법률에 의거 처벌될 수 있다는 점을 이해한다.

## 10. 지급

제공자는 다음 사항을 이해하고 이에 동의합니다.

- A. ODHS 는 본 약정에 의하여 제공되고 지급에 대하여 사전 승인을 받은 HCW 서비스에 대하여 소비자-고용주를 대신하여 제공자에게 대가를 지급한다. 공적 기금에서 ODHS 가 지급하는 대가는 ORS 293.462 를 따른다. 제공자에 대한 ODHS 지급과 관련된 ODHS 및 제공자의 의무는 OAR 제 411 장, 제 27 부 및 제 31 부; OAR 제 407 장, 제 120 부; OAR 제 410 장, 제 120 부에 기술되어 있다.

- B. 제공자는 **OHCC** 와 **SEIU1 503** 사이의 단체협약에서 합의한 임금율로 대가를 받게 된다.
- C. 자격이 안 되는 소비자-고용주에게 제공된 서비스 또는 승인되지 않은 서비스에 대한 대가 지급은 제공자의 단독 책임이다. **ODHS** 는 자격이 안 되는 소비자-고용주를 대신하여 또는 승인이 안 된 서비스에 대하여 대가를 지급하지 않는다.
- D. 본 약정에 의하여 제공된 서비스에 대한 **ODHS** 의 대가는 전액 지급된다. 제공자는 다음 사항에 대하여 소비자-고용주, 소비자-고용주의 친척 또는 대리인에게 청구할 수 없다.

- 서비스 대가 지급에 포함된 물품
- **ODHS** 가 대가를 지급하는 물품
- 제공자가 소비자-고용주에게 제공하기로 한 추가 서비스

대가 지급을 수락함으로써 제공자는 모든 해당 **ODHS** 규칙을 준수하였음을 증명한다.

- E. 대가 지급의 조건으로서 제공자는 본 약정과 대가 지급 규칙 **OAR 407-120-0300 ~ 407-120-1505**, **OAR** 제 410 장, 제 120 부, **42 CFR 455.400 ~ 455.470**, 해당하는 경우 **42 CFR 455.100 ~ 455.106** 을 준수해야 한다.
- F. **ODHS** 는 **OAR 410-120-1397 ~ 410-120-1600** 에 따라 그리고 해당 단체협약에 따라 승인되어 제공자에게 이루어진 초과지급을 환수할 수 있다. 여기에는 제공자에 대한 향후 대가 지급의 보류가 포함되지만 이에 국한되지 않는다.
- G. 서명 시점 기준으로 2년을 초과하여 수행된 **HCW** 서비스에 대한 대가 지급은 **ODHS** 가 오리건주 입법부로부터 합리적인 행정적 재량권에 의해 대가를 계속 지급하는 데 충분한 예산, 제한사항, 배정 또는 기타 지출 권한을 받아야 가능하다.
- H. **ODHS** 는 다음 경우에 수행된 서비스에 대해 제공자에게 대가를 지급하지 않는다.
  - 약정이 체결되고 **ODHS** 가 제공자에게 제공자 번호를 발급하기 전에
  - 약정이 만료되거나 해지된 후에
  - 신원조회가 만료된 후에
  - 제공자 번호가 무효화되거나 중단되거나 즉시 해지된 경우에
- I. 제공자 등록 및 제공자 번호 발급이 서비스 또는 최소의 서비스를 보증하는 것은 아니다.
- J. **OAR 410-120-1300** 및 **411-031-0040**에 따라 서비스에 대한 모든 청구를 서비스 날짜로부터 12개월 이내에 제출하지 않으면 대가가 지급되지 않는다.

## 11. 약정 기간 및 해지

- A. 본 약정은 서명일로부터 2년간 유효합니다. 제공자는 적시 처리를 위해 반드시 만료일 최소 7일 전에 새로운 약정을 제출해야 합니다.
- B. **ODHS** 는 다음과 같은 경우 본 약정을 해지, 중단 또는 무효화할 것입니다.
  1. **ODHS** 가 **OAR 411-031-0050** 에서 정한 해지 조건에 따라 발견한 사항을 기준으로 제공자 번호 및 등록을 취소하는 최종 명령을 내린 경우.
  2. 제공자가 적시에 완전하고 정확한 정보를 제출하지 못하거나 심사 요건에 협조하지 못하는 경우. 단, **ODHS** 가 그것이 **Medicaid** 프로그램에 이득이 되지 않는다고 결정하는 경우는 예외입니다.
  3. 제공자의 등록이 사회보장법의 **Title XIX** 또는 다른 주의 **Medicaid** 프로그램이나 **CHIP** 프로그램에 의거 해지되는 경우



4. 제공자가 Medicare 및 Medicaid 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) 또는 ODHS 요청이 있는지 30 일 내에 ODHS 가 정하는 방법으로 일련의 지문을 제출하지 못하는 경우. 단, ODHS 가 그것이 Medicaid 프로그램에 이득이 되지 않는다고 결정하는 경우는 예외입니다.
5. 제공자가 지난 10 년 동안 형사 범죄로 유죄판결을 받은 적이 있거나 Medicare, Medicaid 또는 아동 건강보험 프로그램 참여가 중단되거나 금지된 적이 있는 경우.
6. CMS 또는 ODHS 가 제공자가 신청서의 정보를 변조하였다고 판단하거나 CMS 또는 ODHS 가 신청한 제공자의 신원을 확인할 수 없는 경우
7. ODHS 또는 특정 프로그램이 본 약정에서 취급하는 서비스 또는 물품에 대하여 대가를 지급하기에 충분하다고 결정한 수준의 자금 지원, 책정, 제한사항 또는 기타 지출 권한을 ODHS 가 받지 못한 경우
8. 연방 또는 주 법률, 규정 또는 가이드라인이 변경되거나 ODHS 가 다음 사항을 금지하는 것으로 해석하는 경우
  - 약정에 따른 서비스 또는 물품의 제공
  - 계획된 자금 지원 원천으로부터 그러한 서비스 또는 물품에 대한 대가 지급
9. 제공자가 더 이상 제공자로서 자격이 안 되는 경우 제공자가 더 이상 자격이 안 되는 날에 해지가 발효됩니다.
10. 제공자가 ODHS 등록 제공자로서 참가를 규율하는 요건의 하나 이상을 충족하지 못하는 경우. 여기에는 2 년마다 신원확인을 통과해야 하는 요건이 포함됩니다. 약정의 해지, 중단 또는 무효화 외에, 제공자 번호는 OAR 407-120-0360 에 따라 즉시 중단될 수 있습니다. 중단 기간 동안에는 어떠한 서비스 또는 물품도 소비자-고용주에게 제공하면 안 됩니다.
11. 제공자가 모든 필수 교육 및 평가 요건을 이행하지 못하는 경우
12. ODHS 가 제공자에게 서면으로 통지한 다음 언제든 본 약정을 해지한 경우
13. 제공자가 구체적인 해지일을 적어 현지 사무실이나 지역노인기관에 직접 또는 우편으로 서면 통지를 제출함으로써 언제든 본 약정을 해지하는 경우. 본 약정이 해지되었다 하여 제공자가 약정이 유효하던 기간의 서비스 일수에 대하여 제공된 보장 대상 서비스 또는 물품에 대한 의무가 면제되는 것은 아닙니다.

## 12. 제공자는 다음을 증명해야 합니다.

- A. 제공자가 오리건주 세법을 위반하지 않았다는 사항. 이러한 증명에 있어서, “오리건주 세법”이란
  - 오리건주 개정 법령(Oregon Revised Statutes, ORS) 320.005 ~ 320.150 및 403.200 ~ 403.250 에 의하여 부과된 주의 세금
  - ORS 제 118, 314, 316, 317, 318, 321 및 323 장
  - ORS 305.620 에 따라 세무국(Department of Revenue)이 관리하는 현지 세금
- B. 다음과 같은 경우 제공자는 예비 원천징수세를 납부하지 않아도 된다는 사항.
  - 제공자가 예비 원천징수가 면제된 경우
  - 국세청(Internal Revenue Service, IRS)이 제공자에게 모든 이자 또는 배당금의 미보고로 인해 예비 원천징수세에 대해 책임이 있음을 통지하지 아니한 경우
  - IRS 가 제공자에게 더 이상 예비 원천징수세를 납부하지 않아도 된다고 통지한 경우

- C. C. 제공자는 인종, 종교, 출신국, 성, 연령, 결혼상태, 성적 지향성 또는 장애(*미국 장애인법(Americans with Disabilities Act)에서 정의*)와 관계없이 소비자-고용주에게 서비스를 제공한다는 사항. 계약을 맺은 서비스는 반드시 합리적으로 소비자-고용주의 문화적, 언어적 및 기타 특수한 필요성을 충족해야 합니다.
- D. 제공자는 “특별히 지정된 국민 및 차단된 사람들”이란 제목의 목록에 포함되어 있지 않다는 사항. 미국 재무부 해외자산관리국은 이 목록을 유지하며, 이 목록은 <https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf>에서 확인할 수 있습니다.
- E. 제공자는 오리건주 허위청구법(Oregon False Claims Act), ORS 180.750 ~ 180.785 가 제공인이 신청하거나 신청하도록 하는 “청구”(ORS 180.750에서 정의)에 적용되고, 본 약정 또는 본 약정과 관련된 일이 수행되고 지급을 요청한 서비스와 관련된다는 점을 인정한다는 사항.
  - 제공자는 청구가 “허위 청구”(ORS 180.750에서 정의) 또는 ORS 180.755에서 금지하는 행위가 아니며 그러지 아니할 것임을 증명한다.
  - 제공자는 또한 본 약정에 따른 구제책 외에도, 허위 청구를 하거나(또는 하도록 시키거나) 오리건주 허위청구법에서 금지하는 행위를 하는 경우(또는 하도록 시키는 경우), 오리건주 검찰총장은 제공자에 대하여 오리건주 허위청구법에 따른 법적 책임 및 처벌을 집행할 수 있음을 인정한다.

### 13. 면책

제공자는 오리건주, 그 각각의 기관 및 그 책임자, 직원 및 대리인을 본 약정에 의한 제공자의 작위 또는 부작위로부터 또는 이와 관련하여 발생하는 일체의 청구, 소송, 법적 조치, 손실, 손해, 법적 책임, 비용 및 경비로부터 면책하고 보호합니다.

### 14. 제공자 서명

본 홈케어 워커 제공자 등록 신청서에 서명함으로써 본인은 본인이 등록 약정서를 읽었고, 약정서의 조건을 이해하며, 약정서의 조건에 구속된다는 데 동의하며, 본인이 ODHS에 제공한 모든 정보가 진실되고 정확함을 증명합니다. 또한 본인은 본 약정 조건의 위반이 본 약정 해지의 근거가 되며 법령, 행정 규칙 또는 본 약정에서 규정한 다른 제재의 근거가 될 수 있음을 이해하고 이에 동의합니다.

제공자의 정자체 이름: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
제공자의 서명

\_\_\_\_\_  
서명일  
(발효일)

작성된 서류는 현지의 노인장애인사무소 또는 지역노인기관으로 반송하십시오.

**참고:** 본 양식에는 귀하의 개인 정보가 포함되어 있습니다. 보안 이메일로 양식을 반송할 경우, 수신자가 아닌 사람이 중간에 가로챌 위험이 있습니다.

보안 이메일을 보내는 방법을 잘 모르는 경우, 일반 우편 또는 팩스 이용을 고려하십시오.