



家庭护理工作者 (HCW) 服务提供者注册报名申请和协议

此份家庭护理工作者 (HCW) Medicaid 服务提供者注册报名申请和协议，对如何顺利完成以下各项内容给予了清晰说明：

- 注册报名成为俄勒冈州公众服务部 (ODHS) 老年人及残障人士 (APD) 计划的服务提供者，并列明遵守 HCW 的相应义务
- 更新注册报名信息，以及
- 领取服务提供者编号。

注：在俄勒冈州，服务提供者必须拥有一个服务提供者编号，以便在向符合 Medicaid 资格的个人提供服务时获得相应报酬。联邦 Medicaid 和州政府资金为这些服务支付相应费用。

您可获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好格式的版本。请致电 800-241-3013 或发送电子邮件至 HCW.Enrollment@dhsosha.state.or.us 联系 APD 服务提供者关系部门。我们会接听所有转接电话，或者您可拨打 711。

服务提供者名称

您的法定全名 (

例如您目前的社会安全卡上所列的名字，包括名字后面的后缀，例如“小”字)：

名字： _____ 中间名首字母： _____ 姓氏： _____

曾用的别名或其他名字：

名字： _____ 中间名首字母： _____ 姓氏： _____

名字： _____ 中间名首字母： _____ 姓氏： _____

申请的服务提供者类型 (请标明所有适用项)：

新的 HCW 注册报名 (73-737)

HCW 服务提供者编号更新

服务提供者编号： _____

HCW 重新注册报名 (如果服务提供者编号已关闭超过 30 天)

服务提供者编号： _____

HCW 姓名变更

服务提供者编号： _____ 分支机构号码： _____

服务提供者必须披露他们的社会安全号码 (SSN)。SSN 用于以下用途：

- 确定您的身份 [根据 42 USC 405(c)(2)(C)(i)]
- 核实您是否被排除在服务提供者之外 [根据 42 CFR 455.104 和 455.436]，以及

- 报告税务信息 [根据 26 CFR 301.6109-1]。

ODHS 可以使用下方所提供的姓名和社会安全号码 (SSN) 向美国国税局 (IRS) 和俄勒冈州税务局报告信息。

您是否同意将您的 SSN 输入 ORCHARDS (背景调查系统), 以链接到以前的背景调查审批部分? 是 否

本部分的任何区域均不要留空。如果表格填写不完整, 您的申请会被拒绝。

街道地址: _____ 城市: _____ 州: _____
 邮政编码 (+4): _____ 县: _____

| | | |
|------------------------|----------|------------------|
| 邮件地址 (如不同于上述地址): _____ | | |
| 城市: _____ | 州: _____ | 邮政编码 (+4): _____ |
| 县: _____ | | |

出生日期: _____ SSN: _____

电话号码: _____ 电子邮箱地址: _____

作为 Medicare 或任何州 Medicaid 或儿童健康保险计划 (CHIP) 计划的服务提供者, 您是否已被终止参与或被排除在参与行列之外? 是 否

您是否现在拥有或曾经拥有过任何其他州的 Medicaid、Medicare 或其他 ODHS、俄勒冈州卫生局 (OHA)、APD、发育障碍人士服务办公室 (ODDS) 或 OHA 卫生系统部门 (OHA-HSD) 的服务提供者编号? 是 否

如果是, 请在此处列明服务提供者编号: _____

在过去五年内, 您是否曾在俄勒冈州之外居住过? 是 否

如果是, 请在下方表格中填写相关信息。

| 年份 | | 城市 | 州 | 国家/地区 | 在该住所使用的名字 |
|----|----|----|---|-------|-----------|
| 开始 | 结束 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

性别认同 — 您怎样认为？（勾选所有适用选项。）

- 女 男
- 非二元、无性别、非常规性别或其他性别
- 倾向于不透露

您是否认为自己属于跨性别者？

- 是 否 倾向于不透露

语言

您都会讲哪些语言（包括美国手语）？（请选择所有适用项。）

我讲 _____

并且还讲 _____.

我讲另一种语言（请在此填写语言名称）： _____

您能读懂哪些语言？（请选择所有适用项。）

我能
读懂 _____

并且还能读懂 _____.

我能读懂另一种语言（请在此填写语言名称）： _____

种族和族裔 — 您怎样认为？（勾选所有适用选项。）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 非洲人 | <input type="checkbox"/> 拉美裔/拉丁裔/拉丁美洲裔 |
| <input type="checkbox"/> 美洲印第安人 / 阿拉斯加原住民 | <input type="checkbox"/> 不止一个种族 |
| <input type="checkbox"/> 阿拉伯人、中东人 | <input type="checkbox"/> 夏威夷原住民或太平洋岛民 |
| <input type="checkbox"/> 亚裔 | <input type="checkbox"/> 白人 |
| <input type="checkbox"/> 黑人/非裔美国人 | <input type="checkbox"/> 其他： _____ |
| | <input type="checkbox"/> 倾向于不透露 |

本部分特意留空

家庭护理人员（HCW）服务提供者注册报名协议

本 HCW 服务提供者注册报名申请和协议（简称“协议”）清晰说明了俄勒冈州、俄勒冈州公众服务部（ODHS）、老年人及残障人士（APD）计划、俄勒冈州卫生局（OHA）和服务提供者之间的关系：由 ODHS 或 ODHS 资助和授权的实体所支付的费用，用以支付 HCW 向符合资格的消费者雇主提供的事先授权、公共资助的家庭服务费用。

在签署本协议之前，请仔细阅读本协议。该协议概述了您作为一名俄勒冈州 Medicaid 服务提供者应承担的相关义务。如果不遵守本协议和相关义务，则可能会导致您的服务提供者编号和注册报名被终止或其他后果。

遵守适用的法律和法规

服务提供者理解并同意：

- A. 服务提供方应遵守与本协议规定的项目和服务有关的联邦、州和地方法律和法规。这包括但不限于俄勒冈州行政法规（OAR）407-120-0325（*遵守联邦和州法规*）。
- B. 如果法院裁定本协议的任何条款或规定非法或与任何法律相冲突，则本协议的其余条款和规定应继续有效。双方的权利和义务应按照犹如本协议未包含被认为无效的特定条款或规定的情形予以解释和执行。
- C. 如果不遵守本协议的条款或任何适用的 ODHS 规则，则可能会导致服务提供者的服务提供者编号被终止或停用。根据 OAR 411-031-0050（已报名参加消费者雇主服务提供者计划的家庭护理人员），服务提供者可能会有上诉的权利。根据 ORS 419B.005 至 419B.050 以及 ORS 124.050 至 124.095 的规定，服务提供者是强制性报告人。每周 7 天每天 24 小时，服务提供者均必须对存在虐待或涉嫌虐待以下对象的情况予以报告：
 - 儿童；
 - 老年人；
 - 护理机构的居民，或
 - 接受心理健康或智力/发育障碍服务的个人。

不报告虐待或涉嫌虐待情况的行为会受到法律的惩罚，并可能会导致服务提供者的注册资格被终止。

- D. 如果服务提供者提供与服务有关的交通服务或在同一天内直接往返于不同消费者家庭，则服务提供者必须持有并保持有效的驾驶执照以及法律规定所要求的汽车保险。服务提供者必须每六个月向 ODHS 提供一次汽车保险承保凭证，如果保险续保则需要更早提供。服务提供者清楚，如果服务提供者没有有效的驾驶执照和汽车保险，则与服务相关的交通服务或出行时间不会获得认可或付款。

1. 消费者雇主资格

服务提供者将根据以下方面获得付款：

- 本协议，
- 俄勒冈州家庭护理委员会（OHCC）和服务业雇员国际工会（SEIU）503 地方分会之间的集体谈判协议，以及
- 当经批准的服务提供给有资格获得公共资助的家庭服务的消费者雇主时，所适用的行政法规。

服务提供者将获得由 ODHS 或地区老龄化机构（AAA）批准的消费者雇主服务计划和任务清单上所授权的服务的报酬。在以下任何条件下支付的任何款项均被视为超额支付：

- 未包含在消费者雇主经批准的服务计划和任务列表中的服务；
- 提供的服务时间超过授权允许的时间，或
- 向不符合服务资格的消费者雇主所提供的服务。

任何超额支付的款项均必须偿还给 ODHS，并且由服务提供者全权负责。

2. 消费者雇主记录的保存、使用和保密

服务提供者理解并同意：

A. 记录保存：

- i. 服务提供者负责财务和记时记录（例如，时间表）以及与服务提供者申请报销的具体服务有关的所有其他文件的完整性和准确性。服务提供者应保留充分记录为根据本协议所服务的合格消费者雇主所提供的特定服务的所有记录，对此服务提供者应根据适用的行政法规申请报销。
- ii. 服务提供者应保留并能够提供上述 3(A) (i) 中所述的所有记录，以时间较长者为准：
 - 在最后付款和本协议终止后的六年内；
 - 适用法律规定的任何期限，或
 - 直至因本协议引起或与本协议相关的任何审计、争议或诉讼结束。

B. 使用：

与根据本协议所提供的服务相关的所有财务和计时记录以及所有其他文件应立即提供给以下实体及其正式指定的代表，以便根据要求进行检查、审计和复制：

- ODHS
- OHA

- 消费者雇主
- APD/AAA 本地办公室
- 俄勒冈州司法部的 Medicaid 欺诈部门
- 俄勒冈州州务卿办公室
- 美国 Medicare 和 Medicaid 服务中心，以及
- 联邦政府。

3. 保密

服务提供者知悉服务提供者必须对涉及服务提供者的消费者雇主的所有信息给予保密。服务提供者只能与消费者雇主的个案经理、当地 APD 或 AAA 办公室或与服务提供者的消费者雇主合作并经法律授权的社区健康注册护士共享信息。

4. 主动注册报名

通过签署本协议，则表示服务提供者同意其可以并能够向一个或多个有资格在俄勒冈州获得公共资助的家庭服务的消费者雇主提供服务。如果服务在 12 个月内未获得授权或付款，则本协议和服务提供者的注册将被停用。在停用后，如果服务提供者希望为 ODHS 消费者雇主提供服务，则服务提供者可以重新申请注册报名为 HCW。

5. 资格和继续参与

是否有资格成为 HCW 以及是否可以继续参与，取决于服务提供者是否满足以下条件：

- 签署本协议
- 在需要时达成新的协议
- 满足 OAR 411-031-0040 中所规定的所有注册报名标准
- 通过背景调查，以及
- 满足 OAR 418-020-0035 (*强制性培训和能力评估标准*) 中所列出的所有培训要求。

服务提供者必须在注册报名和重新认证之前通过所有要求的服务提供者注册数据库检查。这包括但不限于监察长办公室 (OIG) 排除名单、系统奖励管理 (SAM) 排除名单、社会安全管理死亡主文件以及美国国税局法定姓名和社会安全号码验证。

6. 暂停服务提供者资格和追回付款

如果申请在任何方面存在不准确的问题，或未能遵守本协议条款、APD 规则或俄勒冈卫生局规则，则可能会导致制裁、协议终止或根据 OAR 411-031-0020、OAR 411-031-0040 至 411-031-0050、OAR 411-034-0050 和 411-034-0055、OAR 411-020-0000 至 OAR 411-020-0130 和 410-120-1397 至 410-120-1600 的规定追回付款。如以下所述规定，服务提供者可能会有上诉的权利：

- 适用于家庭护理工作者的 OAR 411-031-0050 规定
- 适用于个人护理人员的 OAR 411-034-0055 规定，以及
- 当基于背景调查时的 OAR 407-007-0200 至 410-007-0370 规定。

7. 雇佣关系

- A. 服务提供者清楚，服务提供者并非受雇于俄勒冈州、ODHS 或 OHA 的任何部门，或任何地区老龄化机构 (AAA)，并且不得出于任何目的而被视为俄勒冈州（除法律规定的集体谈判目的之外）或 AAA 的雇员。根据州法律的规定，任何提及家庭护理委员会作为雇主的记录，均只是为了集体谈判的目的。
- B. 消费者雇主负责寻找、面试和雇用合格的服务提供者。雇佣关系的条款是消费者雇主在雇佣时所确定的责任。

8. 参加 Medicaid 计划

服务提供者理解并同意：

- A. ODHS 会核实服务提供者所披露的信息是否真实准确。此信息将被用于对 Medicaid 计划的管理。
- B. 如果有任何变更会对本协议或本协议所涵盖的服务的付款产生影响，则服务提供者应在发生变更后三十 (30) 天内通知 ODHS。这包括但不限于姓名、联系信息或犯罪记录的更改。
- C. 服务提供者应在任何时候均符合规定的培训和适用的资格，并在专业上有能力履行本协议的相关工作。如果未完成相关培训或未达到适用的资格要求，则可能会导致服务提供者的注册被终止。
- D. 服务提供者就本协议之目的所发出的任何通信或通知应以书面形式通过专人递送、电子邮件、传真或常规邮件的方式发送给当地的老年人及残障人士计划、地区老龄化机构 (AAA) 或 ODHS。
- E. 服务提供者在本协议中所提交的所有信息均真实准确。如果在与 ODHS 的任何通信中提供或包含任何故意遗漏、不实陈述或伪造的任何信息，则均可能会受到行政或刑事法律的处罚，或同时受到惩罚。惩罚包括但不限于拒绝签发 ODHS 服务提供者编号、撤销 ODHS 服务提供者编号以及追回任何多付的款项。
- F. 服务提供者必须披露自 Medicare、Medicaid 或儿童健康保险计划开始以来，与服务提供者参与这些计划有关的任何刑事犯罪情况。
- G. ODHS 不会使用公共资金以全部或部分的方式支持以任何被判定犯有 ORS 443.004(3) 中所确定的罪行的身份并且与符合 Medicaid 资格的个人有联系的个人的雇佣关系。

9. 服务

服务提供者理解并同意：

- A. 服务提供者应根据以下适用的规则，严格执行消费者雇主服务计划和任务清单中所确定的服务。
 - I. OAR 第 411 章第 30 部分（家庭服务）
 - II. OAR 第 411 章第 34 部分（州计划个人护理）
 - III. OAR 第 411 章第 35 部分（K-State 计划辅助服务）
 - IV. OAR 第 411 章第 32 部分（俄勒冈州项目独立服务）
- B. 服务提供者不得签订任何分包合同或授权他人代表服务提供者履行本协议所授权的服务。服务提供者清楚，签订分包合同或授权他人代表服务提供者履行服务会被视为 Medicaid 欺诈，并会受到法律惩罚。

10. 付款

服务提供者理解并同意：

- A. ODHS 应代表消费者雇主对根据本协议所提供的 HCW 服务向服务提供者付款，这些服务已经事先获得了付款授权。由 ODHS 利用公共资金所支付的款项均必须遵守 ORS 293.462 的相关规定。OAR 第 411 章第 27 和 31 部分、OAR 第 407 章第 120 部分和 OAR 第 410 章第 120 部分明确规定了与 ODHS 向服务提供者付款有关的 ODHS 和服务提供者的相关义务。
- B. 将按照 OHCC 和 SEIU (503) 集体谈判协议中约定的工资标准为服务提供者付款。
- C. 针对为不符合条件的消费者雇主提供的服务或未经授权的服务的任何付款，由服务提供者全权负责。ODHS 不会为不符合条件的消费者雇主或未被授权的服务付款。
- D. ODHS 为根据本协议所提供的任何服务所支付的款项均为全额付款。服务提供者不得就以下方面向消费者雇主，或消费者雇主的亲属或代表收取费用：
 - 服务费中已包含的项目
 - 任何由 ODHS 支付的项目，或
 - 服务提供者选择为消费者雇主提供的任何额外服务。

通过接受付款，服务提供者依此证明遵守了所有适用的 ODHS 规则。

- E. 作为付款条件，服务提供者必须符合并保持遵守本协议和付款规则 OAR 407-120-0300 至 407-120-1505、OAR 第 410 章第 120 部分、42 CFR 455.400 至 455.470（如适用），以及 42 CFR 455.100 至 455.106 的规定。

- F. ODHS 可能会根据 OAR 410-120-1397 至 410-120-1600 的授权并根据适用的集体谈判协议，收回向服务提供者支付的任何多付款项。这包括但不限于，预扣的未来要支付给服务提供方的款项。
- G. 在签字时，对本两年期之后的 HCW 服务的付款要取决于 ODHS 从俄勒冈州立法会是否获得了足够的批款、限制、拨款或其他支出授权，以使 ODHS 可以在其合理的行政酌情权下继续进行付款。
- H. ODHS 不会为在以下情形下所做的工作向服务提供者付款：
- 在协议完成和 ODHS 发放服务提供者编号之前
 - 在协议期满或终止后
 - 在背景调查过期后，或
 - 当服务提供者编号被停用、暂停或立即终止时。
- I. 服务提供者注册报名和服务提供者编号的发放并不保证会有工作或任何最低限度的工作量。
- J. 根据 OAR 410-120-1300 和 411-031-0040 的规定，所有服务的申报必须在服务之日起 12 个月内提交，否则将不予付款。

11. 协议的期限和终止

- A. 本协议自签署之日起有效期为 2 年。服务提供者必须在到期前至少七十天提交新协议，以便及时处理。
- B. 在下列情况下，ODHS 将终止、暂停或停用本协议：
1. ODHS 根据 OAR 411-031-0050 中规定的终止条款和条件的调查认定结果，发布了撤销服务提供者编号和注册资格的最终命令。
 2. 服务提供者未能及时、完整且准确地提交信息或配合任何筛选要求，除非 ODHS 认为这并不符合 Medicaid 计划的最佳利益。
 3. 根据《社会保障法》第十九条或任何州的 Medicaid 计划或 CHIP 计划，服务提供者的注册资格被终止。
 4. 服务提供者未能在医疗保险和医疗补助服务中心 (CMS) 或 ODHS 请求后 30 天内以 ODHS 确定的方式提交成套指纹，除非 ODHS 认为这并不符合 Medicaid 计划的最佳利益。
 5. 在过去 10 年内服务提供者被判犯有刑事罪行，或服务提供者被暂停或禁止参与 Medicare、Medicaid 或儿童健康保险计划
 6. CMS 或 ODHS 确定服务提供者伪造了任何申请信息，或 CMS 或 ODHS 无法核实服务提供者申请人的身份
 7. ODHS 未能获得 ODHS 或具体计划所确定的足以支付本协议所涵盖的服务或项目的资金、批款、限制或其他支出的授权。

8. 联邦或州法律、法规或指南发生变更或 ODHS 以禁止以下情况的方式对其进行解释：
 - 提供协议规定的服务或项目，或
 - 从计划的资金来源支付此类服务或项目的费用
9. 该服务提供者不再满足作为服务提供者的资格。终止将在服务提供者不再满足资格之日生效。
10. 服务提供者未能满足参与作为 ODHS 注册服务提供者的一项或多项要求。这包括每两年要通过一次背景调查的要求。除了终止、暂停或停用本协议之外，根据 OAR 407-120-0360 的规定，服务提供者编号可能会被立即暂停。在暂停期间，不得向消费者雇主提供任何服务或项目。
11. 服务提供者未能满足所有要求的培训和评估要求。
12. ODHS 可能会随时以书面通知的形式通知服务提供者终止本协议。
13. 服务提供者可能会随时终止本协议，可以采用亲自或通过电子邮件向当地办公室或地区老龄化机构提交书面通知的方式，并且应列明具体的终止生效日期。本协议的终止并不解除服务提供者在本协议有效期间就服务日期所提供的服务或项目应承担的任何义务。

12. 服务提供者要证明：

- A. 服务提供者没有违反俄勒冈州的任何税法。在本证明中，“俄勒冈州的税法”指的是：
 - 俄勒冈州修订法规 (ORS) 320.005 至 320.150 和 403.200 至 403.250 所征收的州税，以及
 - ORS 第 118、314、316、317、318、321 和 323 章，以及
 - 由税务局根据 ORS 305.620 管理的州地方税。
- B. 由于以下原因，服务提供者无需支付备用预扣税：
 - 服务提供者被免除备用预扣税
 - 由于未报告所有利息或股息，美国国税局 (IRS) 未通知服务提供者应承担备用预扣税的责任，或
 - IRS 已通知服务提供者不再受备用预扣税的约束。
- C. 服务提供者会为消费者雇主提供服务，不会考虑种族、宗教、国籍、性别、年龄、婚姻状况、性取向或残疾等情况（根据《美国残疾人法》的定义）。签订的合同服务必须合理地满足消费者雇主的文化、语言以及其他特殊需求。
- D. 服务提供者未被列入题为“特别指定国民和被封锁人员”名单。美国财政部海外资产控制办公室留有此名单，可在 <https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf> 获得。

E. 服务提供者清楚，俄勒冈州虚假申报法（ORS 180.750 至 180.785）适用于服务提供者提出或引起的任何“申报”（如 ORS 180.750 所定义），并且此类申报与本协议或与本协议相关的工作和要求付款的服务有关。

- 服务提供者证明，任何申报均不是或将不会是“虚假申报”（如 ORS 180.750 所定义）或 ORS 180.755 所禁止的行为。
- 服务提供者还承认，除了本协议规定的补救措施之外，如果其提出（或导致提出）虚假申报或实施（或导致实施）俄勒冈州虚假申报法所禁止的行为，则俄勒冈州总检察长可以对服务提供者执行俄勒冈州虚假申报法所规定的责任和处罚。

13. 赔偿

对于因服务提供者在本协议下的作为或者不作为而引起的或与之相关的任何性质的所有索赔、起诉、诉讼、损失、损害、责任、成本和费用，服务提供者应向俄勒冈州、其各自的机构及其官员、雇员和代理人进行赔偿并为其辩护以使其免受前述侵害。

14. 服务提供者签名

通过签署本家庭护理工作服务提供者注册报名申请，我承认我已阅读本注册报名协议、理解本协议的相关条款、同意接受本协议条款和条件的约束，并证明我向 ODHS 所提供的所有信息均真实且准确。本人进一步表示理解并同意，违反本协议中的任何条款和条件将成为本协议终止的理由，并可能成为法律、行政法规或本协议规定的其他制裁的理由。

服务提供者的正楷书写姓名： _____

服务提供者的签名： _____

签名日期
(生效日期)

请将填妥的文件交回给当地的老年人及残障人士办公室或地区老龄化机构办公室。

注：本表格包含您的个人信息。如果您通过不安全的电子邮件交回本表格，则存在可能遭到您未向其发送本表格的人士拦截的风险。

如果您不确定如何发送安全的电子邮件，请考虑使用普通邮件或传真方式。