|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Medicaid Services  F-01201CR (02/2017) | | | | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | | | | | |
| **ДОГОВОР УЧАСТНИКА-РАБОТОДАТЕЛЯ / РАБОТНИКА, НАНЯТОГО УЧАСТНИКОМ, В РАМКАХ ПРОГРАММЫ IRIS**  **IRIS PARTICIPANT EMPLOYER / PARTICIPANT-HIRED WORKER AGREEMENT** | | | | | | | | | | | | | |
| **ИНСТРУКЦИИ** | Законодательство штата Висконсин не требует заполнения этой формы. Однако этого требуют правила программы IRIS. Как работник, нанятый участником, так и участник-работодатель должны подписать и датировать нижнюю формы для того, чтобы она считалась завершенной. Работник, нанятый участником, не может начать работать на участника-работодателя до получения по почте письма с указанием даты начала работы.  Идентифицирующая личность информация, собираемая в этой форме, служит для удостоверения того, что заявление завершено и будет использоваться только для этой цели.  Заполненные формы должны быть представлены фискальному агенту работодателя. | | | | | | | | | | | |
| Полное имя – работник, нанятый участником (фамилия, имя) | | | | | Полное имя – участник-работодатель (фамилия, имя) | | | | | | | | |
| Дата рождения – работник, нанятый участником | | | | | | | | | | | | | |
| Участник-работодатель требует от работника, нанятого участником, выполнения следующих задач и обязанностей: | | | | | | | | | | | | | |
| Участник-работодатель соглашается обеспечить/организовать для работника описанное ниже обучение: | | | | | | | | | | | | | |
| **Рабочее расписание работника, нанятого участником – укажите день (дни) недели, когда работник, нанятый участником будет обеспечивать услугу (услуги)** | | | | | | | | | | | | | |
| **Услуга** | **Воскресенье** | **Понедельник** | | **Вторник** | | **Среда** | | **Четверг** | | **Пятница** | **Суббота** | | | |
| Услуги помощи по дому (SHC) |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | | |
| Самоуправляемый личный уход (SDPC) |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | | |
| Услуги временного ухода (R) |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | | |
| Прочее |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | | |
| Пробег автомобиля в милях |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | | |
| Если указано «Прочее», пожалуйста, объясните: | | | | | | | | | | | | | |
| **Услуги работника, нанятого участником – укажите услугу (услуги), ставку (ставки) оплаты труда, тип (типы) единицы измерения и количество единиц в неделю, которые будет предоставлять работник, нанятый участником** | | | | | | | | | | | | | |
| **Услуга** | **Ставка оплаты труда** | | **Тип единицы измерения**  **(за час, за день, и т.д.)** | | | | | | **Единицы/неделя** | | | |
| Услуги помощи по дому (SHC) |  | |  | | | | | |  | | | |
| Самоуправляемый личный уход (SDPC) |  | |  | | | | | |  | | | |
| Услуги временного ухода (R) |  | |  | | | | | |  | | | |
| Прочее |  | |  | | | | | |  | | | |
| Пробег автомобиля в милях | Укажите тариф и количество миль в месяц, которое разрешено использовать работнику, нанятому участником. | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |
| Если указано «Прочее», пожалуйста, объясните: | | | | | | | | | | | | | |
| **ПОДПИСЫВАЯСЬ НИЖЕ:** | | | | | | | | | | | |
| Я (мы) понимаю (понимаем), что услуги предоставляются в соответствии с правилами программы Medicaid и что я (мы) не могу (не можем) взимать плату сверх суммы, разрешенной в плане участника-работодателя. После того, как работник, нанятый участником, предоставил услугу (услуги) в соответствии с настоящим договором, отчеты об отработанных часах должны быть представлены фискальному агенту работодателя. | | | | | | | | | | | |
| Оба подписавших лица соглашаются представлять отчеты об отработанных часах только в пределах разрешенных часов. Без предварительного утверждения излишние заявленные отработанные часы свыше разрешенного предела, могут быть отклонены и не оплачены. | | | | | | | | | | | |
| **ПОДПИСЬ** — работник, нанятый участником | | | | | | | Дата подписания | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |
| **ПОДПИСЬ** — Участник-работодатель | | | | | | | Дата подписания | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |