|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Medicaid ServicesF-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 |
|  |  |