Washington State Department of Social & Health Services

DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

RECONOCIMIENTO DE MIS RESPONSABILIDADES COMO EL EMPLEADOR DE MIS PROVEEDORES INDIVIDUALES

ACKNOWLEDGMENT OF MY RESPONSIBILITIES AS THE EMPLOYER OF MY INDIVIDUAL PROVIDERS

Deseo recibir servicios de un proveedor individual pagado por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) a través de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo.

Entiendo y reconozco que soy el principal responsable de entrevistar y emplear un proveedor individual calificado y que soy el empleador de mi proveedor.

- Entiendo que en cualquier momento puedo terminar los servicios de mi proveedor y seleccionar otro proveedor.
- Entiendo que soy responsable de supervisar las tareas y actividades diarias de mi proveedor y de aprobar las horas que el proveedor cobra al DSHS. Aunque mi proveedor tiene un contrato con DSHS, DSHS no puede supervisar el trabajo y las actividades diarias de mi proveedor.
- Entiendo que puedo ponerme en contacto con el Administrador de Recursos de mi caso DSHS/ DDD si tengo alguna inquietud sobre mi plan de servicio o la calidad del cuidado que recibo de mi proveedor.
- Entiendo que DSHS no tiene la responsabilidad de retener o pagar los impuestos sobre entradas para algún proveedor individual. Sin embargo, como la fuente del pago, DSHS es responsable de retener y pagar los impuestos de Seguro Social y Medicare (FICA) y de pagar los impuestos federales y estatales del desempleo (FUTA/SUTA) excepto para ciertos miembros de la familia empleados como proveedores individuales.
- Entiendo que DSHS es responsable de asegurar que los proveedores hagan el trabajo por el cual les pagan y que debo cooperar con DSHS en estos esfuerzos.
- Entiendo que tengo el derecho a una Audiencia Imparcial si DSHS termina el Contrato Medicaid de Cuidado Personal de mi proveedor individual.