SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL
Lista de verificación sobre las responsabilidades del beneficiario/empleador

YO, _____, HE SIDO INFORMADO POR MI TRABAJADOR SOCIAL DE QUE, COMO BENEFICIARIO/EMPLEADOR, SOY RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACION.

1) Proporcionarle a mi trabajador social la documentación que se requiera para determinar la continuación de la elegibilidad y necesidad de servicios. La información que se tiene que reportar incluye, pero no se limita a cambios en mis ingresos, estado civil, dominio de propiedades, número de teléfono, y el tiempo que paso fuera del hogar, así como cambios relacionados con los miembros del hogar.

2) Encontrar, contratar, entrenar, supervisar y despedir al proveedor que yo emplee.

3) Cumplir con las leyes y ordenamientos relacionados con salarios/horas/condiciones de trabajo y la contratación de personas menores de 18 años de edad.

NOTA: Refiérase a la Orden Número 15 de la Comisión de Bienestar Industrial (IWC) en relación a salarios/horas/condiciones de trabajo. Puede obtener dicha orden del Departamento de Relaciones Industriales de California, División de Cumplimiento de Normas de Trabajo. Puede encontrar el número de teléfono en la guía telefónica bajo *State Government Offices, Industrial Relations Department, Divisions, Labor Standards Enforcement*. Se puede obtener información adicional sobre la contratación de menores comunicándose con su distrito escolar local.

4) Verificar que mi proveedor reside en los Estados Unidos legalmente. Mi proveedor y yo completaremos el formulario I-9. Guardaré el I-9 por lo menos tres (3) años, o un (1) año después de que se termine el empleo, según lo que dure más tiempo.

5) Asegurar el cumplimiento de las normas de compensación, horario laboral, y condiciones de trabajo para mi proveedor.

6) Proporcionarle a mi trabajador social la siguiente información sobre mi proveedor, así como información sobre cualquier cambio en el futuro respecto a mi proveedor.

- ___ Nombre
- ___ Dirección
- ___ Número de Seguro Social
- ___ Fecha de nacimiento*
- ___ Grupo étnico*
- ___ Idioma primario*
- ___ Número de teléfono
- ___ Parentesco/relación conmigo, si hay alguno(a)
- ___ Horas que cada proveedor va a trabajar y servicios que va a proporcionar

*Por favor proporcione esta información si está a su disposición.

7) Informarle a mi proveedor de que la cantidad bruta de la paga es de $_____ por hora, y de que se deducen del salario del proveedor los impuestos para el Seguro Social y el Seguro del Estado contra Incapacidad.

8) Informarle a mi proveedor de que él/ella puede pedir que se deduzcan de su salario sus impuestos federales o estatales sobre los ingresos. Decirle al proveedor que complete el formulario W-4 para que se le pueda enviar el formulario W-2 (declaración de salarios e impuestos) a fines de enero para su presentación de la declaración de impuestos sobre los ingresos.

9) Informarle a mi proveedor de que tiene cobertura en relación a la compensación por lesiones de trabajo, así como beneficios del Seguro del Estado contra Desempleo y beneficios del Seguro del Estado contra Incapacidad.

10) Informarle a mi proveedor de los servicios autorizados y del tiempo dado para proporcionar esos servicios. También informarle de que no se le paga por desempeñar su trabajo cuando estoy fuera de mi hogar (por ejemplo, cuando estoy en el hospital o me he ido de vacaciones).

11) Pagar mi parte del costo, si hay alguno, directamente a mi proveedor o al departamento de servicios sociales del condado.

12) Verificar y firmar el reporte de horas trabajadas de mi proveedor para cada período de pago, indicando el día correcto y el número total correcto de las horas trabajadas. Entiendo que bajo las leyes federales y estatales, es posible que se lleve a cabo un enjuiciamiento por falsificar o esconder información.

13) Asegurarme de que mi proveedor ha firmado su reporte de horas trabajadas.

14) Notificarle a mi proveedor de que envíe su reporte firmado de horas trabajadas al departamento de servicios sociales del condado apropiado al final de cada período de pago.

LE HE EXPLICADO AL BENEFICIARIO DE IHSS LAS RESPONSABILIDADES QUE SE ENUMERAN EN ESTE FORMULARIO.

Trabajador social	Teléfono	Fecha
Beneficiario		Fecha
Proveedor		Fecha

SOLO PARA USO DEL TRABAJADOR SOCIAL

INSTRUCTIONS FOR USE OF THE RECIPIENT/EMPLOYER RESPONSIBILITY CHECKLIST

1. This form is used for review with recipients receiving service from Individual Providers **only**.
2. Counties shall use this form to assure that recipients have been advised of and understand their basic responsibilities as employers of IHSS providers.
3. Review each item with the recipient and explain how the recipient can comply with each requirement.
4. Sign and date the form.
5. Leave a copy of the form with the recipient and provider.