STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814
(916) 445-6410

April 17, 1984

ALL-COUNTY INFORMATION NOTICE I-39-84

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL COUNTY ADULT SERVICES MANAGERS

SUBJECT: IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES RECIPIENT/EMPLOYER CHECKLIST, FORM SOC 332 - SPANISH VERSION

REFERENCE:

Attached is the camera-ready copy of the Spanish-translated form SOC 332 to follow as advised under All-County Letter No. 84-28, February 24, 1984.

If there are any questions, please contact Pete Hilliard of the Adult Services Bureau at (916) 322-8097.

Sincerely,

LOREN D. SUTER
Deputy Director
Adult and Family Services Division

cc: CWDA

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES

Recipient/Employer Responsibility Checklist

I, ______________________________, HAVE BEEN INFORMED BY MY WORKER THAT AS A RECIPIENT/EMPLOYER, I AM RESPONSIBLE FOR THE ACTIVITIES LISTED BELOW:

1) To find, hire, train, supervise, and fire the provider(s) I employ.

2) To provide my worker with the following information regarding my provider(s), and any future change in my provider(s).

   — Name
   — Address
   — Social Security Number
   — Date of Birth (if minor)
   — Telephone Number
   — Relationship to me, if any
   — Hours to be worked and services to be performed by each provider

3) To inform my provider(s) that the hourly rate of pay is $__________, gross and that Social Security and State Disability Insurance taxes may be deducted from the payment.

4) To inform my provider(s) that Federal or State Income Taxes will not be deducted from the payment and he/she will be sent a Form W-2 Wage and Tax Statement at the end of January for income tax filing.

5) To inform my provider(s) if he/she may be covered by Workers' Compensation, State Unemployment Insurance benefits, and State Disability Insurance benefits.

6) To inform my provider(s) of the services authorized and the time given to perform authorized services.

7) To pay my share of cost, if any, directly to my provider(s) or directly to the county social services department.

8) To verify and sign my provider(s) timesheet for each pay period showing the day and the number of hours worked.

9) To advise my provider(s) to mail his/her signed timesheet to the appropriate county social services department at the end of each pay period.

10) To comply with laws and regulations relating to wages/hours/working conditions and hiring of persons under age 18.

   Note: Refer to Industrial Welfare Commission (IWC) Order 15-80 regarding wages/hours/working conditions obtainable from the State Department of Industrial Relations, Division of Labor Standards and Enforcement listed in the telephone book. Additional information regarding the hiring of minors may be obtained by contacting your local school district.

* *

I HAVE EXPLAINED THE RESPONSIBILITIES LISTED ON THIS FORM TO THE IHSS RECIPIENT.

______________________ ______________________ ______________________
Worker | Telephone | Date

INSTRUCTIONS FOR USE OF THE RECIPIENT/EMPLOYER RESPONSIBILITY CHECKLIST

1. This form is recommended for review with recipients receiving service from Individual Providers **only**.

2. Counties may 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.

SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL

Lista de Verificación de Responsabilidades del(a) Recipiente/Empleador

YO, ______________________________, HE SIDO INFORMADO POR MI TRABAJADOR(A) QUE COMO RECIPIENTE/EMPLEADOR, SOY RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES ENUMERADAS ENSEGUIDA:

1) Encontrar, emplear, entrenar, supervisar, y despedir al(los) proveedor(es) que yo emplee.

2) Proporcionarle a mi trabajador(a) la siguiente información respecto a mi proveedor y cualquier cambio futuro en cuanto a su:

   — Nombre
   — Domicilio
   — Número de Seguro Social
   — Fecha de Nacimiento (si es menor de edad)
   — Número de Teléfono
   — Parentesco conmigo, si lo hay
   — Horas que se van a trabajar y servicios que se van a desempeñar por cada proveedor

3) Informarle a mi proveedor que la tasa bruta de pago por hora es de $ ____________ y que se pueden descontar del pago los impuestos del Seguro Social y del Seguro contra Incapacidad del Estado.

4) Informarle a mi proveedor que no se descontarán los Impuestos sobre Ingresos Federales ni Estatales del pago y que le será enviada una Forma W-2, Declaración de Salarios e Ingresos, al final de enero para su declaración de impuestos sobre ingresos.

5) Informarle a mi proveedor si él/ella pudiera estar cubierto por Compensación por Lesiones de Trabajo y beneficios del Seguro contra Desempleo.

6) Informarle a mi proveedor cuáles son los servicios autorizados y el tiempo dado para desempeñar tales servicios autorizados.

7) Pagar mi parte del costo, si la hay, directamente a mi proveedor o directamente al departamento de servicios sociales del condado y beneficios del Seguro Estatal contra Incapacidad.

8) Verificar y firmar el horario de mi proveedor para cada período de pago, mostrando el día y el número de horas trabajadas.

9) Avisarle a mi proveedor que envíe por correo su horario, ya firmado por mí, al departamento de servicios sociales del condado apropiado al final de cada período de pago.

10) Cumplir con las leyes y regulaciones relativas a los salarios/horas/condiciones de trabajo y contratación de personas menores de 18 años.

Nota: Consulte la Orden 15-80 de la Comisión de Bienestar Industrial (Industrial Welfare Commission - IWC) con referencia a los salarios/horas/condiciones de trabajo, lo cual se puede obtener por medio del Departamento de Relaciones Industriales del Estado, División de Normas Laborales y su Aplicación (Division of Labor Standards and Enforcement), cuyo número puede encontrar en la guía telefónica. Puede obtener información adicional respecto a la contratación de menores comunicándose con el distrito escolar de su localidad.

* *

HE EXPLICADO LAS RESPONSABILIDADES ENUMERADAS EN ESTA FORMA AL RECIPIENTE DE IHSS.

______________________ ______________________ ______________________

Trabajador(a) Teléfono Fecha

INSTRUCCIONES PARA USAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE RESPONSABILIDADES DEL(A) RECIPIENTE/EMPLEADOR

1. Se recomienda que se repase esta forma con los recipientes que reciban servicio de Proveedores Individuales solamente.

2. Los condados pueden usar esta forma para asegurarse de que se haya orientado a los recipientes con respecto a sus responsabilidades como empleadores de proveedores de Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS).

3. Repase cada detalle con el recipiente y explique la manera en que el recipiente puede cumplir con cada requisito.

4. Firme y feche la forma.

5. Deje una copia de la forma con el recipiente.