

# مقدمة عن برنامج الخدمات المنزلية التابع لإدارة الخدمات الإنسانية/ قسم خدمات إعادة التأهيل

(1 من 3)

## مهمتنا

يُعد قسم خدمات إعادة التأهيل التابعة لإدارة الخدمات الإنسانية (DHS) بمثابة المؤسسة الرائدة بالولاية التي تخدم الأفراد أصحاب الإعاقة. ويعمل قسم خدمات إعادة التأهيل (DRS) بالشراكة مع الأفراد أصحاب الإعاقة وعائلاتهم لمساعدتهم في اتخاذ قرارات مستنيرة سعيًا لتحقيق مشاركة مجتمعية كاملة من خلال فرص العمل والتعليم وفرص المعيشة المستقلة.

## رؤيتنا

يتمثل السبب الوحيد لوجودنا في تحسين استقلالية عملائنا. وندرك أن مهارات وقدرات طاقمنا بالخطوط الأمامية تعد بمثابة العامل الرئيسي للنجاح. إدماج شركاء المجتمع والاستماع إليهم والتعاون معهم سيعزز من نجاحنا.

كما إن قسم خدمات إعادة التأهيل بمثابة مؤسسة تستهدف العملاء حيث تعتمد جميع القرارات الرئيسية على احتياجات عملائنا. وسيتم توفير المعرفة اللازمة لطاقم عملنا وتقديرهم حيث يلتزمون التعلم طيلة حياتهم ويسعون إلى صقل مهاراتهم المهنية. ومن المقرر أن نؤسس بيئة حيث يتعاون العملاء وطاقم العمل بشكل مشترك، ويستمتع في إطارها العملاء بالعمل مع طاقم العمل، ويتطلع طاقم العمل إلى الحضور إلى العمل. وأخيرًا، نحن ننشد مؤسسة يشعر فيها العملاء بالثقة إزاء تحقيق أهدافهم.

## الأهداف

### 1. الاستقلالية

- **الهدف:** توفير خدمات تتيح لعملاء قسم خدمات إعادة التأهيل تحقيق أعلى مستوى من الاستقلالية
- **المؤشرات الرئيسية:** عدد الأشخاص الذين انتقلوا من دور الرعاية، وعدد الأشخاص المحرومين من الدخول إلى دار الرعاية، وعدد الأشخاص الذين أكملوا بنجاح التدريب على المعيشة المستقلة، وعدد الأشخاص الذين تلقوا خدمات من مراكز المعيشة المستقلة.

### 2. الإنتاجية

- **الهدف:** تحقيق مستوى مرتفع من الإنتاجية من خلال خدمة العملاء المستحقين على نحو فعال ومساعدتهم في تحقيق نتائج ناجحة
- **المؤشرات الرئيسية:** عدد الأشخاص المعينين في وظائف تنافسية، وعدد الطلاب الذين يدخلون إلى سوق العمل بعد التخرج من المدرسة الثانوية، ومؤشر مركب يقيس إنتاجية مستشاري إعادة التأهيل المهني (VR).

### 3. جودة الوظائف

- **الهدف:** زيادة جودة الوظائف التي يحصل عليها عملاء برنامج إعادة التأهيل المهني
- **المؤشرات الرئيسية:** متوسط الأجر المكتسب بالساعة ومتوسط ساعات العمل في الأسبوع بواسطة العملاء الذين تم تعيينهم من خلال برنامج إعادة التأهيل المهني، وكذا نسبة هؤلاء العملاء الذين تلقوا تأمينًا طبيًا من أرباب عملهم.

### 4. جودة الخدمة

- **الهدف:** التحسين المستمر لجودة الخدمات التي يقدمها قسم خدمات إعادة التأهيل في جميع جوانب البرنامج
- **المؤشرات الرئيسية:** مؤشر ضمان الجودة، ونسبة حالات إعادة التأهيل المهني التي تلبى اشتراطات قسم خدمات إعادة التأهيل (RSA) في الوقت المحدد، ونسبة حالات برنامج الخدمات المنزلية (HSP) مع إعادة استصدار القرارات في الوقت المناسب.

## مقدمة عن برنامج الخدمات المنزلية التابع لإدارة الخدمات الإنسانية/ قسم خدمات إعادة التأهيل

(2 من 3)

### 5. خبرات العميل وطاقم العمل

- الهدف: إنشاء بيئة عمل يترتب عليها خبرة إيجابية للعملاء وطاقم العمل.
- المؤشرات الرئيسية: استبيان يقيس رضا العميل، وصاحب العمل، ومقدم الخدمة، وكذا استبيان الحالة المعنوية لطاقم العمل.

### برنامج الخدمات المنزلية (HSP)

#### ما الغرض من هذه الخدمة؟

يقدم برنامج الخدمات المنزلية (HSP) التابع لقسم خدمات إعادة التأهيل خدماته للأفراد من ذوي الإعاقات الشديدة حتى يظلوا في منازلهم ويتمتعوا بأكثر قدر من الاستقلالية قدر الإمكان.

#### ما الخدمات المقدمة؟

يعرض برنامجنا عدة خيارات للاستقلالية:

- **مقدمو الخدمة الأفراد (IP):** يقدم المساعدة في المهام المنزلية، وخدمات الرعاية الشخصية، وبعض إجراءات الرعاية الصحية المحددة، بتصريح من الطبيب. يتم اختيار مقدمي الخدمات الأفراد، وتعيينهم والإشراف عليهم بواسطة العملاء الأفراد.
  - **خدمات التدبير المنزلي:** هي خدمات الرعاية الشخصية التي يقدمها فرد مُدرَّب ويخضع لإشراف متخصص وتُقدَّم للعملاء الذين لا يستطيعون إدارة الخدمات المقدمة بواسطة مقدمي الخدمة الأفراد. تتاح كذلك التعليمات والمساعدة في إدارة المنزل والرعاية الذاتية.
  - **المحافظة على الصحة المنزلية:** هي الخدمات المقدمة من خلال خطة علاج يضعها طبيب أو اختصاصي آخر للرعاية الصحية. وتتضمن الخدمات الأخرى رعاية كبار السن والعلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق.
  - **نظام الاستجابة المنزلية الإلكتروني:** هو نظام للاستجابة في حالة الطوارئ تقدمه المستشفيات ومؤسسات الخدمة المجتمعية. يوفر جهاز الإشارة المستأجر تغطية على مدار الساعة لحالات الطوارئ، ويسمح للأفراد بتبني الاختصاصيين المدربين بالمستشفيات، أو إدارات المطافئ، أو أقسام الشرطة.
  - **توصيل الوجبات إلى المنازل:** تقدم للأفراد الذين يستطيعون إطعام أنفسهم لكن لا يمكنهم إعداد الطعام.
  - **الرعاية النهارية للبالغين:** الرعاية والإشراف المباشر للعملاء في بيئة مجتمعية لتعزيز عافيتهم الاجتماعية والبدنية والعاطفية.
  - **المعدات المساعدة:** أجهزة أو معدات إما أن تُشترى أو تُستأجر لزيادة استقلالية الفرد وقدرته على أداء مهام الرعاية المنزلية والشخصية في المنزل.
  - **التعديلات البيئية:** هي عبارة عن تعديلات في المنزل تساعد في تعويض فقدان القدرة أو القوة أو الحركة أو الشعور؛ وزيادة الأمان بالمنزل وتقليل الاعتماد على المساعدة المباشرة من الآخرين.
  - **خدمات الرعاية المؤقتة:** هي خدمات الرعاية المؤقتة المقدمة للبالغين والأطفال أصحاب الإعاقة والتي تستهدف تخفيف الضغوط على الأسر. ومن الممكن تقديم خدمات الرعاية المؤقتة في حالات الإجازات أو الراحة أو الذهاب لقضاء الحوائج أو الأزمات الأسرية أو في حالات الطوارئ. وقد تتضمن الخدمات المساعدة الشخصية أو خدمات التدبير المنزلي أو الصحة المنزلية.
- كما توفر كذلك خدمات متخصصة للأفراد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز و/ أو إصابات الدماغ الرضية (TBI).
- ويساعد برنامج إعادة الاندماج المجتمعي الخاص بنا الأفراد أصحاب الإعاقة الذين يعيشون في دور الرعاية على الاندماج مع المجتمع مع توفير الدعم الذي يحتاجون إليه للتمتع بحياة مستقلة قدر الإمكان.

## مقدمة عن برنامج الخدمات المنزلية التابع لإدارة الخدمات الإنسانية/ قسم خدمات إعادة التأهيل

(3 من 3)

### لمن تُقدّم هذه الخدمات؟

تخدم الأفراد ذوي الإعاقات الشديدة دون سن الستين الذين يحتاجون إلى المساعدة في الأنشطة الحياتية اليومية داخل منازلهم. وأكثر هؤلاء الأفراد معرضون للانتقال إلى دور الرعاية أو منشآت أخرى. (للأفراد في سن الستين فأكثر، يُرجى الاتصال بإدارة إلينوي للشيخوخة.)

### كيف تقدم الخدمات؟

يمكن للمعلم الاستعانة بمقدمي خدمات الرعاية بأنفسهم لمساعدتهم في منازلهم استنادًا إلى خطة الخدمات التي أعدها بشكل مشترك مع مستشار قسم خدمات إعادة التأهيل. قد توفر مؤسسات التدبير المنزلي عمالة للأفراد الذين يحتاجون إلى مساعدة أحد الأفراد للإشراف على المساعد الشخصي في المنزل.

### كيف يتم تحديد الخدمات ومراقبتها؟

سيواصل طاقم عمل برنامج الخدمات المنزلية بما في ذلك مديري الحالات المصابة بمرض الإيدز إدارة تحديد الاحتياجات [DON] وكذا تحديد الحدود الوظيفية للعميل. كما سيستمر برنامج الخدمات المنزلية في تجميع الوثائق الطبية. وسيواصل مستشارو قسم خدمات إعادة التأهيل استكمال تحديد الاحتياجات بشأن جميع الإحالات الجديدة الواردة.

وبالإضافة إلى ذلك، سيستكمل مستشارو قسم خدمات إعادة التأهيل كذلك تقييم إعادة البيت بشأن الحالات الموجودة.

وسيستمر طاقم عمل برنامج الخدمات المنزلية في معالجة الدفعات الخاصة بجميع مقدمي الخدمات الأفراد. ويجب على مقدمي الخدمات استخدام نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة (EVV) للدعوة والاستدعاء وتسجيل وقت العمل بالتحديد وبدقة في سجل دوام برنامج الخدمات المنزلية. وسيتم معالجة سجلات الدوام وحزم مقدمي الخدمات بواسطة طاقم العمل في قسم خدمات إعادة التأهيل.

وقد تضطلع مؤسسات الرعاية المدارة (MCOS) بالمسؤولية عن أجزاء من العمل الذي سبق إدارته بواسطة برامج الإعفاءات الفردية في الولاية.

وبمجرد استكمال مستشار قسم خدمات إعادة التأهيل تحديد الاحتياجات، من الممكن "تحويل" الحالة إلى مؤسسة إدارة الرعاية الصحية [MCO] لتخطيط الرعاية. وستصبح الحالة الآن مسؤولية مؤسسة إدارة الرعاية الصحية لتحديد مقدمي الخدمة المناسبين، وإعداد خطة الرعاية، بما في ذلك نوع ومقدار ساعات الخدمة. ويجب على العملاء المعترضين على الأمور المتعلقة بتخطيط الخدمة تقديم اعتراض لدى مؤسسة إدارة الرعاية الصحية وليس طاقم عمل برنامج الخدمات المنزلية.

وبالإضافة إلى ذلك، ستضطلع مؤسسات إدارة الرعاية الصحية بالمسؤولية عن الاستثناءات الخاصة (الاستثناء الخاص بإصابات الدماغ ومرض الإيدز) بما في ذلك خدمات إدارة الحالات. ولن يعد العملاء الذين يتلقوا الخدمة بموجب استثناء إصابات الدماغ الرضية ومرض الإيدز مؤهلين لتلقي هذه الخدمات من مؤسسات إدارة الحالة كما كان يتم مسبقًا وأن يتم التعاقد معهم من خلال برنامج الخدمات المنزلية. ستتحمل مؤسسة إدارة الرعاية الصحية مسؤولية الاتصالات الشهرية.

وسيواصل طاقم عمل برنامج الخدمات المنزلية مراقبة تقديم سجلات دوام مقدمو الخدمة الأفراد وتنبيه مدير الحالة بمؤسسة إدارة الرعاية الصحية بشأن أية أمور أو اختلافات من قبيل تقصير مقدمو الخدمة الأفراد في استخدام نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة في الدعوة/ الاستدعاء وتسجيل الوقت المحدد في سجل الدوام.

### كيف تقدم طلبك؟

استخدم نموذج الإحالة الإلكتروني لخدمات إعادة التأهيل على شبكة الويب (<http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?item=29736>) لإحالة نفسك أو شخص آخر إلى الخدمات.

نحن نقدم الخدمات في 48 مكتبًا محليًا تمتد عبر المجتمعات في جميع أنحاء الولاية.

يُرجى الاستعانة بمحدد مكان مكتب قسم خدمات إعادة التأهيل (<http://www.dhs.state.il.us/page.aspx?module=12&officetype=7>) وابحث عن خدمات إعادة التأهيل للتعرف على أقرب مكتب محلي أو اتصل على الرقم المجاني: 800) 843-6154 (المكالمات الصوتية، أو باللغة الإنجليزية أو اللغة الإسبانية) أو على الرقم 447-6404 (800) (الهاتف النصي).





State of Illinois  
Department of Human Services - Division of Rehabilitation Services  
HOME SERVICES PROGRAM SERVICE PLAN

Customer Name: Jane Doe  Interim  Addendum  
Case Number: \_\_\_\_\_  Formal Addendum No. \_\_\_\_\_  
Next Redetermination Date: \_\_\_\_\_  Redetermination Date: \_\_\_\_\_

| TASK  | Type Service | Days/Month | HRS/Day | HRS/Month |
|---|--------------|------------|---------|-----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Eating          | PA           | 31         | .50     | 15.50     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bathing         | PA           | 31         | .50     | 15.50     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Grooming        | PA           | 31         | .25     | 7.75      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dressing        | PA           | 31         | .50     | 15.50     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transferring    | PA           | 31         | .50     | 15.50     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Incontinence    | PA           | 31         | .75     | 23.25     |
| <input type="checkbox"/> Managing Money             |              |            |         |           |
| <input type="checkbox"/> Telephoning                |              |            |         |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Preparing Meals | PA           | 31         | 1.0     | 31.00     |
| <input checked="" type="checkbox"/> Laundry         | PA           | 15         | 1.0     | 15.0      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Housework       | PA           | 5          | 1.0     | 5.0       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Outside Home    | PA           | 5          | 2.0     | 10.0      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Routine Health  | PA           | 31         | .25     | 7.75      |
| <input type="checkbox"/> Special Health             |              |            |         |           |
| <input type="checkbox"/> Being Alone                |              |            |         |           |
| <input type="checkbox"/> Other                      |              |            |         |           |
| Total Hours/Month:                                  |              |            |         | 161.75    |

IL488-1049W (12-14)  
Printed by the Authority



State of Illinois  
Department of Human Services - Division of Rehabilitation Services  
HOME SERVICES PROGRAM SERVICE PLAN

Customer Name: Jane Doe  Interim  Addendum  
Case Number: \_\_\_\_\_  Formal Addendum No. \_\_\_\_\_  
Next Redetermination Date: \_\_\_\_\_  Redetermination Date: \_\_\_\_\_

| Type Service | Total HRS/Week | Total HRS/Month | Rate    | Subtotal   |
|--------------|----------------|-----------------|---------|------------|
| PA           | 27.18          | 161.75          | \$13.00 | \$2,102.75 |
|              |                |                 |         |            |
|              |                |                 |         |            |

TOTAL MONTHLY ESTIMATED SERVICE COST **\$2,102.75**

PERSONAL ASSISTANT BACK-UP: John Doe

I have been given the choice of care in my home or in a nursing home. I choose to remain at home and agree that the plan of services described above will allow me to remain there. I understand that my eligibility for these services and the appropriateness of this service plan will be reviewed yearly, every six months, or more often if my situation changes. I have been given a copy of this Service Plan and of the Customer Rights and Responsibilities brochure (HSP-1). These documents have been explained to me and I understand the contents of both.

Jane Doe  
Customer Signature  
Susan City  
HSP Counselor/Case Mgr.

\_\_\_\_\_  
Parent, Representative, Witness  
Date: 1-6-17  
Date: 1-6-17

Distribution: Original - customer  
Copy - case file  
Copy - each service provider





سيشكل كل عنصر في خطة الخدمات نموذج مساعدة مختلف لكل عميل – صاحب عمل فردي. فيما يلي بعض أمثلة المساعدة التي قد تقدمها لكل عنصر:

1. الأكل
  - تقطيع الأطعمة
  - الإمساك بأدوات المائدة
  - رفع الأطعمة والمشروبات إلى الفم
  - تنظيف ما ينسكب
2. الاستحمام
  - الانتقال إلى/ من حوض الاستحمام/ الدش
  - حمل/ الإمساك بأدوات النظافة
  - استخدام الصابون
  - ضبط درجة حرارة المياه
  - غسل/ تجفيف جميع أجزاء الجسم
  - التشجيع على الاستحمام
3. العناية بالجسم
  - وضع رغوة الصابون والحلاقة
  - العناية الأساسية بالشعر: التصفيف، تجفيف الشعر، وما إلى ذلك.
  - نظافة الفم، تنظيف الأسنان بالفرشاة، استخدام خيط الأسنان، وما إلى ذلك.
  - العناية بالأظافر
  - استخدام مرطب، المطهر، وما إلى ذلك.
4. ارتداء الملابس
  - الارتداء بشكل يتناسب مع المواقف/ الطقس
  - ارتداء الجوارب، الأحذية، وما إلى ذلك.
  - المساعدة في استخدام السحابات
  - وضع الأطراف الصناعية أو الأجهزة التقويمية عند الضرورة
5. الانتقال
  - الانتقال من/ إلى أماكن النوم والراحة
  - المساعدة في ارتداء أو خلع الجهاز المساعد/ جهاز الحركة
  - تشغيل الأجهزة المساعدة/ أجهزة الحركة في أثناء التنقل
  - تحريك/ إعداد الأسرة، العكازات وما إلى ذلك
6. سلس البول
  - المساعدة في الاستحمام في الوقت المناسب
  - تفرغ/ ملء القسطرة أو حقائب الإخراج
  - استخدام الحقنة الشرجية، أو الضمادات الماصة، أو وعاء التبول بالفراش
  - تنظيف الجسم بالكامل وأية بياضات متسخة
  - إدارة الطمث
7. الإدارة المالية
  - المساعدة في الميزانية
  - كتابة/ إرسال الشيكات
  - تداول العملات
  - القراءة، الكتابة، العد
8. إجراءات المكالمات الهاتفية
  - الرد على الهاتف
  - المساعدة في الاتصال أو الضغط على الأزرار
  - استلام الرسائل
  - إبلاغ المعلومات الرئيسية بالنيابة عن العميل – صاحب العمل
9. إعداد الوجبات
  - الطهي وإعداد الوجبات
  - تقديم الوجبات
  - حفظ وتمييز الوجبات/ بقايا الطعام
  - فتح/ غلق الأوعية
  - استخدام أجهزة المطبخ
  - تطبيق جميع احتياطات السلامة
10. الغسيل
  - فرز الملابس
  - تشغيل أجهزة الغسيل والتجفيف
  - غسل/ تجفيف الملابس
11. الأعمال المنزلية
  - الكنس، المسح، الكنس بالمكنسة
  - الغبار
  - تنظيف ما ينسكب
  - تنظيم المنزل
  - غسل/ تجفيف/ حفظ الأطباق
  - تنظيف بالوعات، دورات المياه، الأحواض وما إلى ذلك.
  - التخلص من النفايات
12. خارج المنزل
  - مهام التسوق/ قضاء الحوائج (\*الدفع مقابل الوقت المنقضي في المتجر – دون الانتقالات)
13. الخدمات الصحية الاعتيادية (\*مقدمو الرعاية غير الماهرين فقط)
  - فهم/ اتباع التعليمات السريرية
  - الإشراف على الأدوية الموصوفة، المراهم، وما إلى ذلك.
  - التعامل مع الضمادات، العناية بقرح الفراش، وما إلى ذلك.
  - مراقبة العلامات الحيوية
14. الخدمات الصحية الخاصة
  - (المقدمة بواسطة اختصاصي الرعاية الصحية المرخص)
15. البقاء منفرداً
  - مراقبة والتأكد من سلامة العميل – صاحب العمل
  - إدراك المخاطر، وتجنبها و/أو الاستجابة لها
  - استخدام التقدير الصحيح بشأن الخصوصية بالتزامن مع خدمات مقدمي الرعاية الأفراد





## استخدام نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة واستكمال سجل الدوام

## نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة (EVV)

يُعد نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة إلزاميًا لجميع مقدمي الرعاية الأفراد الذين يقدمون الخدمات للعملاء في برنامج الخدمات المنزلية.

يُعد نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة بمثابة نظام يعتمد على الهاتف والحاسب الآلي ويتحقق آليًا عندما يقدم مقدمو الخدمة الأفراد خدماتهم للعميل. سيطلب من مقدم الخدمة استخدام هاتف العميل أو هاتف العميل الخلوي في إجراء المكالمات واستلامها. يتحقق النظام عند إجراء كل زيارة ويسجل الوقت المحدد لبدء خدمات مقدم الخدمة ونهايتها كل يوم. ويتمثل الغرض من نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة في المساعدة في تسجيل وقت مقدمي الخدمة الأفراد على نحو أسرع، وأسهل وأكثر دقة. وبالإضافة إلى ذلك، سيساعد نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة في مراقبة الرعاية المقدمة للعميل.

**الدعوة والاستدعاء** – يجب على مقدمي الخدمات الاتصال بنظام التحقق الإلكتروني من الزيارة من هاتف العميل في بداية كل زيارة وفي نهايتها. سيتم تخصيص رمز تعريف سانتراكس لمقدم الخدمة الذي يجب عليه كتابته، ومن المهم أن تكتب رمز تعريف سانتراكس الصحيح في كل اتصال. يجب عليك كتابة الوقت المحدد مُبينًا في سجل الدوام الورقي لبرنامج الخدمات المنزلية (انظر الدليل رقم 14). يُرجى الاطلاع على الدليل المرجعي المرفق لاتصالات نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة.

## استكمال سجل الدوام

في نهاية كل فترة مدفوعة الأجر، يجب أن يوقع كل من العميل ومقدم الخدمة على سجل الدوام ويرسلانه إلى مكتب قسم خدمات إعادة التأهيل! يجب على مقدمي الخدمة الاستعانة بنظام التحقق الإلكتروني من الزيارة وإرسال سجلات الدوام الورقية كي يتسنى سداد أجرهم في الوقت المحدد.

## • والدقة مهمة للغاية!

- ويجب عليهم في كل يوم تسجيل وقت البدء ووقت الانتهاء بدقة. ويجب التأكد من الإشارة إلى فترة العمل في الصباح أو المساء أمام جميع الساعات المسجلة. وكتابة الوقت المحدد بواسطة الاتصال بنظام التحقق الإلكتروني من الزيارة.
- ولا يلزم إضافة الإجمالي اليومي وإجمالي فترة الأجر إذا أدخلت وقت البدء ووقت الانتهاء بشكل دقيق. وإذا لم يتم ذلك، سيتم الاستفسار منك بشأن التضارب ويجب توضيح الأمر من قبل قسم خدمات إعادة التأهيل. وفي حالة وجود أي شكوك، قد تكون هناك حاجة لإجراء تحقيقات إضافية.
- لا تسلم سجل الدوام مبكرًا
- لا يمكن لمقدمي الخدمة الأفراد تقييد الساعات المستقبلية. فعلى سبيل المثال، لا يمكن تسليم سجل الدوام المستكمل عن فترة استحقاق الأجر التي تنتهي في اليوم الحادي والثلاثين أو قبله وذلك قبل وقت الانتهاء من الخدمة.
- يجب كتابة رقم الضمان الاجتماعي، ورقم المقاطعة، ورقم تعريف العميل بوضوح على جميع سجلات الدوام. وإذا لم يتم ذلك، سيلزم التوضيح وقد تحتاج إلى الانتظار لفترة أطول لاستلام الدفعات.
- يجب على العميل – صاحب العمل ومقدمي الخدمة الأفراد التوقيع على سجلات الدوام لتأكيد ساعات العمل
- ولا يمكن لمقدمي الخدمة الأفراد العمل لصالح العميل – صاحب العمل في أثناء إجازاتهم في المستشفى وما إلى ذلك.
- تُطبق استثناءات محددة؛ ومع ذلك يجب على العميل – صاحب العمل طلب واستلام موافقة من مستشار قسم خدمات إعادة التأهيل قبل العمل في هذه الساعات
- ولا يمكن لمقدمي الخدمة الأفراد الإبلاغ عن ساعات العمل لأكثر من عميل واحد في نفس الوقت.

## صرف الأجور

يجب إرسال سجلات الدوام إلى برنامج الخدمات المنزلية بشكل فوري بعد اليوم الخامس عشر وآخر يوم بكل شهر. مرفق في حزم مقدم الخدمة تعليمات بشأن استكمال سجلات الدوام، والدليل المرجعي للاتصالات وإجراءات إعداد فواتير مقدم الخدمة. يُرجى الاطلاع على هذه الوثائق للتعرف على معلومات إضافية.

- ويمكن لمقدمي الخدمات الأفراد إرسال سجلات الدوام بطريقتين: (1) بالبريد إلى مكتب قسم خدمات إعادة التأهيل، (2) التسليم باليد في مكتب قسم خدمات إعادة التأهيل.
- ويوصى أن يسجل مقدمو الخدمات الأفراد في خدمة الإيداع المباشر. وسيضمن ذلك:
- عدم إرسال الشيكات بالبريد إلى منزل العميل – صاحب العمل
- صرف الدفعات على نحو أسرع وأكثر أمنًا بشكل مباشر إلى الحساب البنكي لمقدمي الخدمات الأفراد
- ويمكن لمقدمي الخدمات الأفراد إرسال سجلات الدوام بعد نهاية فترة استحقاق الأجر بمدة تصل إلى 5 أيام عمل بولاية إلينوي (راجع جدول السداد)
- لتجنب رسوم الشيكات والاحتيايل المحتمل، هناك خياران ينبغي أخذهما في الحسبان فيما يخص صرف الأجور:
  - (1) يوفر الاتحاد الدولي لموظفي الخدمات (SEIU) فرصة لمقدمي الخدمات الأفراد لبدء حساب لدى كريديت يونيون، وسيتم إيداع المدفوعات المستحقة الخاصة بك تلقائيًا في حساب كريديت يونيون الخاص بك. يجب أن تكون عضوًا كاملًا في الاتحاد الدولي لموظفي الخدمات.
  - (2) توفر قسم خدمات إعادة التأهيل خيار بطاقة الخصم، حيث سيتم تحميل المدفوعات الخاصة بك تلقائيًا في بطاقة الخصم الخاصة بك
  - (3) ولمزيد من المعلومات بشأن ذلك، يُرجى الاتصال بمركز موارد الأعضاء 866-933-7348
- لجميع الاستفسارات بخصوص موعد معالجة سجل الدوام وتاريخ الدفع المتوقع، يُرجى الاتصال بخط معلومات مقدم الخدمة على رقم الهاتف 1-800-804-3833 أو يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال مباشرة بالرقم 1-877-434-1082.
- يجب أن يدرك جميع مقدمي الخدمة الأفراد أنه في حالة استلام المدفوعات الخاصة بك المستحقة من خلال شيك ورقي، قد تحدث تأخيرات بسبب أمور تتعلق بتسليم البريد. تشتمل كل من الشيكات الورقية أو الإيداعات المباشرة أو بطاقات الخصم على تاريخ الاستحقاق ذاته. ويُرجى العلم أن المبالغ المستحقة في بطاقات الخصم لن تتاح قبل الساعة 12:00 م في تاريخ السداد.
- وإذا كان لديك أي أسئلة إضافية بعد الاتصال بخط معلومات مقدم الخدمة، يُرجى الاتصال بالمكتب المحلي لبرنامج الخدمات المنزلية لطلب المساعدة.

# الدليل المرجعي لاتصالات نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة

## دليل الاتصال المرجعي

اكتب رقم هوية سائركس الخاص بك أعلاه  
لسهولة الرجوع إليه.

اتصل:  
1-855-347-1770  
أو  
1-855-573-0726

## إرشادات مفيدة:

لضمان التحقق الناجح للمتحدث، اتبع هذه الإرشادات المفيدة:

- تحدث بشكل معتاد
- لا تغير نبرة الصوت المعتادة أو درجة الصوت
- تحدث بوضوح
- لا تهمس أو تمضغ شيئاً في أثناء اتصال سائركس.
- استخدم سماعة هاتفك
- تجنب استخدام مكبر الصوت، أو الهواتف اللاسلكية
- تجنب البيانات الصاخبة
- تخلص من ضوضاء الخلفية من خلال الابتعاد عن أجهزة التلفزيون أو المذياع أو مصادر الضوضاء الأخرى.

## ماذا تفعل إن صادفت

### مشكلة:

فيما يلي بعض المشكلات المحتملة التي قد تواجهها عند استخدام الهاتف.

- إشارة مشغولة
- عدم الرد

- راجع الرقم للتأكد من الاتصال بالرقم الصحيح.
- حاول إعادة الاتصال.
- حاول الاتصال برقم الاتصال المجاني المذكور في الصفحة الأولى من هذا الدليل.
- إن كنت لا تستطيع استكمال المكالمة، يُرجى الاتصال بخط المساعدة بنظام التحقق الإلكتروني من الزيارة بإدارة الخدمات الإنسانية على الرقم 1-888-713-5139.

إذا ذكر النظام: "عذراً، رقم غير صحيح"

تأكد إذا كان بالهاتف مفتاح T-P (التحويل من النعمة إلى النيض)؛ وتأكد من ضبط المفتاح على T. وفي حالة عدم وجود مفتاح، يجب عليك أن تذكر رقم هويتك ببرد رقم واحد في كل مرة إلى الهاتف بعد النعمة.

## تعليمات الاتصال

6. اضغط على واحد (1) للإشارة إلى أنك سوف تسجل مهمة واحدة.

سينذكر سائركس ما يلي، "أدخل رمز تعريف المهمة"

7. اضغط على رقم المهمة التي قمت بتنفيذها.

ملاحظات:  
راجع المخطط المرجعي للمهام الخاص بك أدناه.  
إذا ارتكبت خطأ في أثناء تسجيل المهمة، اضغط على "00"، وسيؤكد النظام من خلال الرسالة: "البداية من جديد، أدخل عدد المهام".

سينذكر سائركس ما يلي: "لقد سجلت مهمة واحدة."

8. أغلق الخط.

### المخطط المرجعي للمهام

| الوصف             | رمز تعريف المهمة |
|-------------------|------------------|
| مساعد تمييز معتمد | 11               |
| ممرض ممارس معتمد  | 12               |
| مساعد شخصي        | 13               |
| ممرض معتمد        | 14               |

## تعليمات الاتصال

سينذكر سائركس ما يلي: "إذا كانت هذه الزيارة خاصة بالتحقق من الزيارات الثابتة باستخدام جهاز التحقق من الزيارات الثابتة (FVU)، يرجى الضغط على مفتاح النجمة (\*) لإدخال أرقام التحقق من الزيارة. وإلا، اضغط على مفتاح المربع (#) للمتابعة."

إذا كان هذا اتصالاً للتحقق من الزيارات الثابتة، اضغط على مفتاح النجمة (\*) وراجع الدليل المرجعي لاتصالات التحقق من الزيارات الثابتة لمزيد من التعليمات بخصوص إجراءات اتصال التحقق من الزيارات الثابتة. وإن لم يكن الأمر كذلك، اضغط على مفتاح المربع (#) واستمر.

4. اضغط على مفتاح المربع (#) للاستمرار.

سينذكر سائركس ما يلي: "يرجى اختيار '1' للدعوة أو '2' للاستدعاء."

5. اضغط على مفتاح واحد (1) لـ "الدعوة" أو

2 لـ "استدعاء".

سينذكر سائركس ما يلي: "تم الاستلام في الوقت). أدخل عدد المهام."

ملحوظة: إن تحدد اتصال الدعوة، أغلق الخط الآن.

تسجيل المهام في اتصال الاستدعاء.

## تعليمات الاتصال

الاتصال بسائركس: عند الوصول إلى منزل العميل أو مغادرته، تأكد أن لديك المعلومات التالية:

- الدعوة:
- رقم هوية سائركس الخاص بك.
- الاستدعاء:
- رقم هوية سائركس الخاص بك.

1. اتصل بأي من أرقام الاتصال المجاني الموجودة بالصفحة الأولى من هذا الدليل.

سينذكر سائركس ما يلي: "مرحباً، يرجى إدخال رقم هوية سائركس الخاص بك."

إذا واجهت مشكلات مع رقم الاتصال المجاني الأول، يرجى استخدام رقم الاتصال المجاني الثاني.

2. اضغط على الأرقام الخاصة برقم هوية سائركس الخاص بك على الهاتف ذي لوحة المس

سينذكر سائركس ما يلي: "للتحقق من هويتك، يرجى تكرار: في سائركس، صوتي هو كلمة مروري."

ملحوظة: في حالة عدم تسجيلك في خدمة "تحقق المتحدث"، ستتخطى سائركس هذا الأمر. إن كان الأمر كذلك، تخطي الخطوة الثالثة، ثم استمر مع الأمر التالي.

3. قل "في سائركس، صوتي هو كلمة مروري" سيطلب منك نظام سائركس تكرار العبارة عدة مرات قبل التحقق من هويتك.




## 6 تعليمات سجل الدوام

ملحوظة: يجب على طاقم العمل الاستمرار في استخدام نظام سانتراكس للتحقق الإلكتروني من الزيارة للإبلاغ الإلكتروني عن موعد البدء والانتهاء اليومي.

### يجب استكمال جميع الحقول بغرض معالجة سجل الدوام.

- 1 أدخل رقم المقاطعة المكون من ثلاثة أرقام
- 2 أدخل رقم الحالة، واسم العميل، والعنوان، والرمز البريدي، ورقم الهاتف الحالي. ضع علامة في المربع إذا تغيرت هذه المعلومات.
- 3 أدخل رقم الضمان الاجتماعي للعامل، واسم العامل، والعنوان، والرمز البريدي، والهاتف الحالي. ضع علامة في المربع إذا تغيرت هذه المعلومات.
- 4 أدخل الشهر والسنة التي تم تقديم الخدمة بهما.
- 5 إن كنت تعمل في وظيفة أخرى خلاف مقدم الخدمة الفردي، يُرجى وضع علامة في المربع.
- 6 حدد الوقت المحدد بالضبط من خلال نظام سانتراكس. لا تكتب وقتاً تقريبياً!
- 7 توقيع العامل والتاريخ
- 8 توقيع العميل والتاريخ



State of Illinois  
Department of Human Services - Division of Rehabilitation Services

### Home Services Program Time Sheet

District: 344

Case Number: 04926401  
Customer Name: John Smith  
Address: 123 Main St Apt # 4  
City/Zip Code: Bloomington, IL 61701  
Phone: 309 782-2722

Worker SSN: 123-45-6789  
Worker Name: Mary Jones  
Home Address: 1 W. Capital Apt #  
City/Zip Code: Moline, IL 61759  
Phone: 309 449-0300

Information has changed since last time sheet was submitted.  Information has changed since last time sheet was submitted.  
NOTE: Check will be mailed to individual Provider's home address.

Month: July Year: 2014

Dates (check box) Indicate AM or PM with each start and stop time

|                                    |      |      | Start  | Stop    | Start | Stop | Start | Stop | Daily Total |
|------------------------------------|------|------|--------|---------|-------|------|-------|------|-------------|
| 5 X Personal Assistant             | 1st  | 16th | 9:02am | 11:30am |       |      |       |      |             |
|                                    | 2nd  | 17th | 9:00am | 11:31am |       |      |       |      |             |
| Certified Nurse Assistant          | 3rd  | 18th |        |         |       |      |       |      |             |
|                                    | 4th  | 19th |        |         |       |      |       |      |             |
| Licensed Practical Nurse           | 5th  | 20th |        |         |       |      |       |      |             |
|                                    | 6th  | 21st |        |         |       |      |       |      |             |
| Registered Nurse                   | 7th  | 22nd | 8:30am | 11:35am |       |      |       |      |             |
|                                    | 8th  | 23rd | 8:45am | 11:49am |       |      |       |      |             |
| Physical or Occupational Therapist | 9th  | 24th | 8:49am | 11:16am |       |      |       |      |             |
|                                    | 10th | 25th |        |         |       |      |       |      |             |
| Speech Therapist                   | 11th | 26th |        |         |       |      |       |      |             |
|                                    | 12th | 27th |        |         |       |      |       |      |             |
|                                    | 13th | 28th | 8:51am | 11:33am |       |      |       |      |             |
|                                    | 14th | 29th | 8:50am | 11:31am |       |      |       |      |             |
|                                    | 15th | 30th |        |         |       |      |       |      |             |
|                                    | 31st |      |        |         |       |      |       |      |             |

Pay Period Total

**CUSTOMER/INDIVIDUAL PROVIDER CERTIFICATION FOR SERVICES RENDERED**

I certify that the above information is true and in accordance with the Individual Provider Payment Policies (IL488-2252). I understand falsification of any information submitted on this form could lead to criminal prosecution.

Worker Signature: Mary Jones Date: July 18, 2014

I certify that the above information is true and that services were received as stated. I understand falsification of any information submitted on this form could lead to criminal prosecution.

Customer Signature: John Smith Date: July 18, 2014

**FOR OFFICE USE ONLY**

DHS Payment Approval \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Gross: \_\_\_\_\_ Auth: \_\_\_\_\_

IL488-2251 (R-7-12) - Home Services Program Time Sheet  
Printed by the Authority of the State of Illinois P.O. #13-0094 350,000 Copies Page 1 of 1

### الخط الساخن لمقدم الخدمة

اتصل بهذا الرقم أولاً للحصول على معلومات عن شيكاتك.

1-800-804-3833

### إرشادات مفيدة

- ❖ اكتب الوقت المحدد بالضبط على النحو الوارد في اتصال نظام سانتراكس للتحقق الإلكتروني من الزيارة.
- ❖ فكر في استخدام قلم تمييز لتدوين التغييرات في العنوان أو معدل الأجر.
- ❖ استخدم قلم حبر أزرق أو أسود.
- ❖ استكمل سجل الدوام بالكامل؛ وقد يترتب على التقصير في القيام بذلك تأخر السداد.

### أرقام سانتراكس:

| اللغة الإنجليزية | اللغة الإسبانية | عدة عملاء في المنزل |
|------------------|-----------------|---------------------|
| 1-855-347-1770   | 1-855-347-0771  | 1-844-604-7391      |
| 1-855-573-0726   | 1-855-573-1726  | 1-844-786-7495      |

المراجعة 09-24-14

اعتمد برنامج الخدمات المنزلية التابع لإدارة الخدمات الإنسانية بولاية إلينوي محتوى هذه الأمانة



فهم الاشتراطات الوظيفية، وبطاقات الوقت ومساعدة مقدمي الرعاية في مكافحة الاحتيايل والإساءة والإهمال والاستغلال

9



# جدول الرواتب – برنامج الخدمات المنزلية

7

ولاية إلينوي  
إدارة الخدمات الإنسانية



| تاريخ السداد  | الرقم الساخن لمقدم الخدمات الفردي | سجل الدوام المستحق | فترة استحقاق الأجر |
|---------------|-----------------------------------|--------------------|--------------------|
| 11 مارس/ آذار | 28 فبراير/ شباط                   | 23-16 فبراير/ شباط | 15-1 فبراير/ شباط  |
| 28 مارس/ آذار | 15 مارس/ آذار                     | 7-1 مارس/ آذار     | 28-16 فبراير/ شباط |

لجدول الرواتب الكامل، يُرجى مراجعة الملحق A5





## مخرجات التعلم

- ✓ فهم سياسة ساعات العمل الإضافي لمقدم الخدمة الفردي
- ✓ فهم الفرق بين أسبوع العمل وفترة استحقاق الأجر
- ✓ فهم المسؤوليات عند العمل لدى عدة عملاء ببرنامج الخدمات المنزلية
- ✓ التعرف على العواقب في حالة استخدام ساعات العمل الإضافي غير المبررة
- ✓ فهم استثناءات ساعات العمل الإضافي

## المحتوى الرئيسي

سيتم التأكيد على أهمية العمل لعدد لا يتجاوز 60 ساعة في أسبوع العمل ما لم يرد ذكر استثناء ساعات العمل الإضافي للعميل التابع لمقدم الخدمة الفردي مع بيان عواقب الاستخدام غير المبرر لساعات العمل الإضافي التي تتطوي على عقوبات قد تصل إلى وتتضمن إنهاء الخدمة بالبرنامج.

## تقديم نبذة عن السياسة العامة

1. يجب على عملاء برنامج الخدمات المنزلية الذين يستعينون بمقدمي الخدمات الأفراد الاستعانة بعدد كاف من مقدمي الخدمة لتغطية ساعات العمل الأسبوعية في خطة الخدمات والاستعانة بمقدم خدمة فردي احتياطي للتغطية عندما لا يتمكن مقدم الخدمة الفردي الآخر من تقديم الخدمات.
2. يخضع مقدمو الخدمات الأفراد للعمل لسنتين ساعة في الأسبوع بحد أقصى ما لم تصدر الموافقة للعميل لنيل استثناء ساعات العمل الإضافي.
3. يتحمل العملاء ومقدمو الخدمة الأفراد الذين يعملون لصالح عدة عملاء مسؤولية مراقبة ساعات العمل لضمان عدم عمل مقدم الخدمة الفردي لأكثر من 60 ساعة في أسبوع العمل ما لم تصدر الموافقة للعميل لنيل استثناء ساعات العمل الإضافي.
4. من المهم تذكر أن أي استخدام معتمد لساعات العمل الإضافي لا يغير من قواعد البرنامج الحالية. ويعني ذلك أنه يحظر على أي مقدم خدمة العمل لأكثر من 16 ساعة خلال فترة 24 ساعة ويحظر على أي مقدم خدمة العمل لعدد ساعات يتجاوز خطة الخدمات الخاصة بالعميل.
5. سيتم مراقبة استخدام ساعات العمل الإضافي لرصد حالات إساءة الاستخدام أو الاحتيال.

## أسبوع العمل مقابل فترة استحقاق الأجر

تُحتسب ساعات العمل الإضافي حسب أسبوع العمل، لكن سيتقاضى مقدمو الخدمة الأفراد أجورهم حسب فترة استحقاق الأجر. لذلك من المهم فهم الفارق بين العنصرين.

1. تبدأ فترات استحقاق الأجر من اليوم الأول من الشهر وحتى اليوم الخامس عشر من الشهر، ومن اليوم السادس عشر من الشهر وحتى آخر يوم بالشهر.
2. يمتد أسبوع العمل لسبعة أيام ويبدأ يوم الأحد في تمام الساعة 12:00 ص وينتهي يوم السبت في تمام الساعة 11:59 م.
3. وفي بعض الحالات، قد يمتد أسبوع العمل عبر فترة استحقاق الأجر.

## العمل لصالح عدة عملاء

1. يتحمل مقدمو الخدمة الأفراد الذين يخدمون عدة عملاء مسؤولية رصد عدد ساعات عملهم في أسبوع العمل لضمان امتثالهم لسياسة ساعات العمل الإضافي.
2. ويجب على مقدمي الخدمة إضافة إجمالي ساعات العمل لصالح كل عميل؛ ويجب ألا يتجاوز هذا المجموع الكلي 60 ساعة في أسبوع العمل ما لم تصدر الموافقة للعميل لنيل استثناء ساعات العمل الإضافي
3. في حال مطالبة مقدمو الخدمة بوقت الانتقال عند التنقل بين العملاء في ذات يوم العمل، يجب ألا يتجاوز المجموع الكلي لإجمالي ساعات العمل ووقت الانتقال 60 ساعة في أسبوع العمل ما لم تصدر الموافقة للعميل لنيل استثناء ساعات العمل الإضافي.

## استخدام ساعات العمل الإضافي غير المبررة

1. تسمح سياسة ساعات العمل الإضافي في الوقت الحالي لمقدمي الخدمة الأفراد العمل حتى 60 ساعة في أسبوع العمل مقارنة بالـ 40 ساعة التقليدية في أسبوع العمل. ويتم دفع أجر الـ 20 ساعة الإضافية على أساس سداد الأجر مقابل مرة ونصف من ساعات العمل.
2. سيرسل إشعار خطي إلى مقدمي الخدمة الأفراد في أول ثلاث (3) حالات من ساعات العمل الإضافي غير المصرح بها. يسري كل إشعار خطي لفترة أربع وعشرين (24) شهرًا متعاقبة.
3. في حالة ارتكاب المخالفة الرابعة لساعات العمل الإضافي غير المصرح بها خلال فترة الأربع وعشرين (24) شهرًا متعاقبة، سيخطر مقدم الخدمة الفردي خطيًا بعدم استحقاقه الأجر عن برنامج الخدمات المنزلية بشكل مؤقت لمدة ثلاثة (3) أشهر.
4. بعد الإيقاف المؤقت لأجر مقدم الخدمة الفردي من برنامج الخدمات المنزلية لثلاث (3) مرات، سيخطر مقدم الخدمة الفردي خطيًا بإيقاف مستحقاته بشكل دائم في برنامج الخدمات المنزلية.
5. في حالة إيقاف مستحقات مقدم الخدمة الفردي بشكل دائم، يجوز أن يطلب مقدم الخدمة الفردي إجراء مراجعة بعد 12 شهرًا لإعادة قيده في برنامج الخدمات المنزلية، وذلك فيما عدا حالات الاحتيال أو الإساءة أو الإهمال أو الاستغلال المثبتة.

## فهم استثناءات ساعات العمل الإضافي

1. توجد أربعة استثناءات لساعات العمل الإضافي يجوز أن يتقدم العميل بطلب للحصول عليها. في حالة الموافقة على طلب استثناء ساعات العمل الإضافي للعميل، سيسمح لمقدمي الخدمة الأفراد الذين يعملون لصالح هذا العميل أن يعملوا لأكثر من 60 ساعة في أسبوع العمل. طالما لم يتجاوز إجمالي عدد الساعات لجميع مقدمي الخدمة الأفراد خطة الخدمات المعتمدة للعميل.
  - a. قدرة مقدم الخدمة – تسري عندما لا يوجد مقدم خدمة مؤهل على مسافة 45 ميلًا من مكان خدمة العميل ويرغب مقدم الخدمة في تقديم الخدمات المطلوبة.
  - b. يجب تقديم طلب استثنائي خاص بقدرة مقدم الخدمة مقدمًا أو خلال أسبوعين من الحاجة إلى الخدمة. وبمجرد الموافقة على الطلب، يسري هذا الاستثناء لمدة عام واحد (1) وسيُجدد تلقائيًا ما لم تقرر الولاية عدم تجديد الاستثناء.
  - c. الاحتياجات الفريدة/المعقدة – تسري عندما تتعرض صحة وسلامة العميل إلى الخطر من خلال إضافة عدد زائد من مقدمي الخدمة الأفراد إلى خطة الخدمات: التي قد تتضمن خطط الخدمة التي تقضي بها المحكمة، أو العملاء الذين حققوا 70 درجة أو أكثر على نظام تحديد الاحتياجات، أو العملاء الذين لا يمكنهم الاستعانة بعدة عمال بسبب احتياجات طبية أو سلوكية أو العملاء من أصحاب الرعاية الاستثنائية.
  - c. يجب تقديم طلب استثناء الاحتياجات الفريدة/المعقدة مسبقًا. وبمجرد الموافقة على الطلب، يسري هذا الاستثناء لمدة عام واحد (1) وسيُجدد تلقائيًا ما لم تقرر الولاية عدم تجديد الاستثناء. حالات الإقامة خارج المدينة – تسري عندما يحتاج العميل إلى الرعاية لضمان صحته وسلامته خارج المدينة ولا يمكن بشكل عملي الاستعانة بمزيد من مقدمي الخدمة الأفراد. يسمح هذا الاستثناء بخدمات الرعاية الشخصية فقط في أثناء الإقامة خارج المدينة.
  - d. يمكن الاستعانة باستثناء حالات الإقامة خارج المدينة لمدة 14 يومًا في العام ويجب تقديم الطلب مقدمًا.
  - d. يسري استثناء الحاجة إلى الطوارئ عندما توجد حاجة عاجلة للرعاية ولا يمكن تجنب العمل لأكثر من 60 ساعة في أسبوع العمل دون المخاطرة بصحة وسلامة العميل. قد يستفيد العميل بهذا الاستثناء أربع (4) مرات في العام وحتى 10 ساعات في فترة استحقاق الأجر ويجب تقديم الطلب خلال أسبوعين (2) من وقت الاحتياج.

2. عندما يتقدم العميل بطلب للحصول على استثناء وفي حالة عدم اتخاذ قرار خلال ثلاثين (30) يوماً، يُعتبر مقدم الخدمة الفردي حاصلاً على موافقة مشروطة للعمل في ساعات عمل إضافية حتى اتخاذ قرار.

### التعريفات

- ساعات العمل الإضافي - وقت العمل بواسطة مقدم الخدمة الفردي لعميل/ عملاء برنامج الساعات المنزلية الذي يتجاوز 40 ساعة في أسبوع العمل.
- أسبوع العمل - أسبوع يبدأ يوم الأحد في تمام الساعة 12:00 ص (منتصف الليل) وينتهي كل يوم سبت في تمام الساعة 11:59 م.
- وقت الانتقال - الوقت الذي يستغرقه مقدم الخدمة الفردي في الانتقال بين عناوين عميلين مختلفين أو أكثر ببرنامج الخدمات المنزلية في ذات يوم العمل ولا ينتهي العمل أو يبدأ في مقار إقامة الأفراد أو يشتمل على أية حوائج شخصية.



في برنامج الخدمات المنزلية (HSP)، تحرر Medicaid "فواتير" لصالح مقدمي الخدمة الأفراد يتم إرسالها إلى العملاء.

**مكافحة الاحتيال ببرنامج ميديكيد-** هو أي جهد لمكافحة الاحتيال ببرنامج ميديكيد. تقديم معلومات مغلوطة للمطالبة برد التكاليف الطبية خارج نطاق سداد الخدمات الفعلية المقدمة من خلال تقديم فاتورة بالخدمات التي لم يتم تنفيذها. التقيير في تنفيذ الخدمات عندما يتلقى أحد الأشخاص دفعة نقدية نظير هذه الخدمات. يعد ذلك بمثابة إساءة استخدام مخادع ومتعمد لأموال الولاية والأموال الاتحادية أو تضليل متعمد أو سلوك مخادع يترتب عليه الحرمان من موارد برنامج الخدمات المنزلية بولاية إلينوي.

### أمثلة للاحتيال ببرنامج ميديكيد:

- إرسال دفعات مقابل مطالبة مغلوطة أو احتيالية نظير الخدمات غير المقدمة
- إرسال معلومات مغلوطة عن قصد بغرض الحصول على أجر أكبر من المستحق قانوناً لتقديم الخدمات
- تصرف أي شخص احتال، عن عمد، بشأن خدمات الولاية غير المنفذة
- إرسال فاتورة إلى برنامج الخدمات المنزلية مقابل ساعات عمل لم يتم أداؤها
- إرسال فاتورة إلى برنامج الخدمات المنزلية مقابل الخدمات التي لم يتم تنفيذها
- إرسال فاتورة إلى برنامج الخدمات المنزلية مرتين مقابل ذات الخدمات
- إرسال فاتورة مقابل الخدمات غير المشمولة في خطة الخدمات ببرنامج الخدمات المنزلية
- تقاضي أتعاب نظير نقل عملاء برنامج الخدمات المنزلية
- تقاضي أتعاب نظير الخدمات المقدمة بواسطة مقدم الخدمة الفردي عندما لا يكون العميل في المنزل، دون موافقة مسبقة
- تقاضي أتعاب نظير العمل الذي لم يتم تنفيذه في منزل العميل، دون موافقة مسبقة
- السماح لشخص آخر بأداء العمل بدلاً منك ثم تسدد له مستحقاته بنفسك بعد ذلك
- تقاضي أتعاب نظير ذات الساعات بينما كنت تؤدي وظيفة أخرى
- التوقيع باسم العميل في سجل دوامك عن المستهلك
- توجيه العميل بالتوقيع على سجل الدوام لمقدم الخدمة الفردي قبل أداء جميع الخدمات أو قبل نهاية فترة استحقاق الأجر
- يقتسم العميل/ مقدم الخدمة شبك الراتب
- المطالبة بخدمات برنامج الخدمات المنزلية نظير إعاقة غير مغطاة

قبل البدء في العمل كمقدم خدمة فردي، يجب على كل من العميل ومقدم الخدمة الفردي التوقيع على بيان يتفان فيه على "سياسات سداد مستحقات مقدم الخدمة" (انظر الدليل \*\*). يمكنك تجنب ارتكاب مخالفة الاحتيال على برنامج ميديكيد من خلال اتباع هذه السياسات. للإبلاغ عن حالة احتيال على برنامج ميديكيد، يجب عليك الاتصال بوحدة مراقبة الاحتيال ببرنامج ميديكيد بإدارة الشرطة بولاية إلينوي على رقم الهاتف 1-888-557-9503. تذكر أنه يمكنك الاتصال بخط الساخن للحصول على المعلومات أو الاستشارات قبل أن تقرر الإبلاغ.



ولاية إلينوي

إدارة الخدمات الإنسانية – قسم خدمات إعادة التأهيل

برنامج الخدمات المنزلية

## سياسات سداد مستحقات مقدم الخدمة الفردي



يتحمل عملاء برنامج الخدمات المنزلية ومقدمو الخدمة الأفراد مسؤولية الحساب الدقيق والتوقيع على جميع سجلات دوام مقدم الخدمة الفردي. سيستلزم استكمال سجل الدوام توقيع كلا الطرفين على المعلومات المذكورة والتحقق من صحتها. سيترتب على استكمال هذه الوثائق بشكل احتيالي إجراء تحقيق رسمي بواسطة قوة الواجب ببرنامج ميديكيد، مع احتمال المقاضاة الجنائية من قبل إدارة الشرطة بولاية إلينوي (ISP). تقدم هذه الوثيقة معلومات حساسة لاستكمال سجل الدوام.

يجب على كل مقدم خدمة فردي إعداد حزمة توظيف على ملف لكل عميل استعان به لأداء الخدمات المطلوبة في المنزل.

سيتم التحقق من أرقام الضمان الاجتماعي لمقدم الخدمة الفردي. سيتم إخطار الأفراد الذين لم يتم التحقق من أرقام الضمان الاجتماعي الخاصة بهم بعدم قدرتهم على بدء العمل أو الاستمرار في العمل كمقدم خدمة فردي.

يمكن لمقدمي الخدمة الأفراد استلام مستحقاتهم عن ساعات العمل التي قاموا بأدائها للعميل طبقاً لخطة الخدمات ببرنامج الخدمات المنزلية. يعد تحرير فاتورة نظير ساعات عمل لم يتم أداءها بمثابة احتيال على برنامج ميديكيد. يجب على مقدمي الخدمة الأفراد استخدام نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة وتسجيل الوقت (EVV) على النحو المعدل من خلال قانون SMART رقم 97-0689 القسم رقم 5.5 (و) و(ز).

توجه الخدمات المقدمة في المنزل للعميل/ العملاء الذين لديهم خطة خدمات ببرنامج الخدمات المنزلية. لن يتم سداد مقابل الخدمات المقدمة لأفراد الأسرة، والضيوف، والحيوانات، وما إلى ذلك.

توضح خطة الخدمات عدد الأيام في الشهر حيث يجب أداء مهام محددة في الشهر بواسطة العميل. يدير العميل جداول العمل وعلى الرغم من مرونتها، يجب أن تتبع بشكل عام خطة الخدمات؛ وقد ينطوي ذلك على الساعات المحددة للمهام اليومية التي من قبيل الرعاية الشخصية، واستخدام دورة المياه، وإعداد الوجبات وما إلى ذلك. ومن أمثلة سجل الدوام غير المناسب تحرير مقدم الخدمة الفردي فاتورة لإجمالي ساعات العمل المتاحة في أثناء فترة واحدة لاستحقاق الأجر بالشهر.

يجب على مقدمي الخدمة الأفراد أداء المهام المحددة فقط في خطة الخدمات وفي حدود الإطار الزمني المعتمد.

يمكن لمقدمي الخدمة الأفراد استلام مقابل الساعات والمهام المنفذة في منزل العميل فقط ما لم يتعين استكمال مهام خارج المنزل التي من قبيل غسل الملابس نظراً لعدم وجود مرافق في المنزل، والخدمات المصرفية، وتسوق البقالة. وتحت أي ظرف، لا يستحق مقدم الخدمة الفردي أجرًا مقابل ساعات العمل والمهام التي تم تنفيذها في منزل مقدم الخدمة الفردي. ومن أمثلة المهام غير مستحقة الأجر في حالة تنفيذها في منزل مقدم الخدمة الفردي غسل الملابس أو إعداد الوجبات أو الإشراف على العميل. ولن تؤثر هذه السياسة على مقدمي الخدمة الأفراد الذين يقيمون في ذات المنزل مع العميل.

ولن يصرح بساعات العمل التي تتجاوز خطة الخدمات ببرنامج الخدمات المنزلية أو دفع مقابل لها دون موافقة مسبقة من مستشار العميل.

ولن يصرح بساعات العمل المنفذة التي تتجاوز ست عشرة ساعة خلال أربع وعشرين ساعة أو دفع مقابل لها دون موافقة مستشار العميل. ولا ينطبق هذا الحد المقدر بست عشرة ساعة على مقدمي الخدمة الأفراد الذين يقدمون خدمات الرعاية المؤقتة.

لا يمكن لمقدمي الخدمة الأفراد العمل إذا كان العميل خارج المنزل، أي في دار رعاية، أو بالمستشفى، أو في إجازة أو خلاف ذلك. ومع ذلك، هناك بعض الاستثناءات المسموح بها، مثل منح المستشار موافقة مسبقة وتلبية الطلب إرشادات السياسة. يُرجى الاتصال بالمستشار لمناقشة أي أمر قبل المخاطرة بعدم سداد مقابل الخدمات المقدمة.

ويحظر بشدة نقل أحد العملاء في سيارة مقدم الخدمة الفردي الشخصية أو وسيلة انتقالات أخرى في أثناء أداء أي مهمة بصفته مقدم الخدمة الفردي. ويجب أن يلتزم العملاء ويؤمنون وسائل نقل بديلة مثل استخدام موارد الأسرة أو وسائل النقل العام. ويتحمل مقدم الخدمة الفردي المسؤولية عن قيادته السيارة.

لا يسمح لمقدمي الخدمة الأفراد إبرام تعاقد من الباطن. يعني التعاقد من الباطن السماح لشخص آخر بالعمل بدلاً منك وتسجيل الوقت في سجل دوامك ثم تسدد له مستحقاته بنفسك. ولا يعد ذلك بمثابة إجراء غير مشروع فحسب بل أنه يتسبب في مشكلات مع استقطاع الضمان الاجتماعي. سيستحق كل مقدم خدمة فردي مقابل الخدمات التي أداها بشكل مباشر لصالح العميل.

ويتعارض مع القواعد الإدارية أن يعمل الأقارب المسؤولون قانوناً كمقدمي خدمة أفراد لعملاء برنامج الخدمات المنزلية. ويتضمن ذلك عمل الزوج/ الزوجة لصالح زوجته/ المعاققة/ زوجها المعاق؛ وعمل الأطفال دون 18 عاماً لصالح والده المعاق؛ أو عمل الوالد، أو زوج الأم، أو الأب بالتبني كمقدم خدمة فردي لصالح ابنه المعاق دون سن 18 عاماً. يمكن لمقدمي الخدمة الأفراد والعملاء طلب توضيح في أي وقت قد يثار فيه سؤال أو استفسار بشأن هذا الأمر.

لا يمكن لمقدمي الخدمة الأفراد مطالبة برنامج الخدمات المنزلية بمقابل عن ذات ساعات العمل المنفذة في أثناء أداء وظيفة أخرى. ويشمل ذلك العمل لصالح عملاء آخرين ببرنامج الخدمات المنزلية أو كمقدم خدمات رعاية الأطفال مستحق الأجر من إدارة الخدمات الإنسانية. ويعد ذلك بمثابة احتيال وسيتم مقاضاة المخالف.

يحظر على العملاء التوقيع المسبق على سجلات الدوام ومن المتوقع منهم مراجعة دقة تواريخ وأوقات العمل قبل إرسال سجل الدوام في آخر يوم من الإطار الزمني لاستحقاق الرواتب. سيتم إعادة سجلات الدوام التي تتضمن ساعات لم يتم أدائها بعد إلى العميل ومن الممكن تأخير دفعات مقدم الخدمة الفردي.

لا يجب على مقدمي الخدمة الأفراد التوقيع المشترك على شيك راتبهم بواسطة العميل حتى في حالة إرسال الشيك إلى عنوان العميل.

يحظر على مقدمي الخدمة الأفراد التوقيع على سجلات الدوام بالنيابة عن العميل إلا بموجب وكالة قانونية أو إن كان هو الوصي القانوني. يحظر على العملاء التوقيع على سجل الدوام بالنيابة عن مقدم الخدمة الفردي.

يجب على مقدمي الخدمة الأفراد إرسال الفواتير في الوقت المحدد لضمان الدفع في حينه. من المحتمل أن يترتب على استلام سجلات الدوام بعد خمسة (5) أيام عمل من تاريخ نهاية الخدمة تأخير السداد. يعد التقصير المتكرر بواسطة مقدم الخدمة الفردي في الامتثال لهذا الاشتراط بمثابة دليل على تقصير العميل في التعاون مع برنامج الخدمات المنزلية بسبب التقصير في الإشراف على مقدم الخدمة الفردي بشكل مناسب.

قد يحصل مقدمو الخدمة الأفراد على إجراءات تحقق للتوظيف من ولاية إلينوي. تتضمن المعلومات على سبيل المثال لا الحصر: إجمالي الدخل عن كل فترة مستحقة الأجر للإطار الزمني المحدد، وقيمة الأجر بالساعة، وإجمالي الأجر المكتسب خلال الاثني عشر شهرًا الماضية، ورقم الضمان الاجتماعي، والعنوان، والمدينة، والولاية، والرمز البريدي. يجب طلب جميع طلبات التحقق من التوظيف خطياً. سيوفر المكتب المحلي توجيهات في حالة إرسال الطلب بالفاكس أو البريد.



يجب أن يستخدم مقدمو الخدمة الأفراد خط معلومات مقدم الخدمة المجاني على الرقم 1-800-804-3833 عند الحاجة إلى معلومات بخصوص الشيكات. ويمكن لهذا النظام التحقق من استلام معلومات الفواتير ومعالجة المدفوعات بما في ذلك الموعد المتوقع لوصول الشيكات. من الممكن أن يترتب على المحادثات الهاتفية إلى المكاتب المحلية في أثناء دورات السداد تأخير السداد لصالح مقدمي الخدمة الأفراد نظرًا لحجم إدخال البيانات المطلوب من طاقم العمل الميداني.

يخضع مقدمو الخدمة الأفراد للتغطية لأغراض المفاوضات الجماعية بواسطة الاتحاد الدولي لموظفي الخدمات (SEIU) الرعاية الصحية في إلينوي/ إنديانا (على النحو المعدل بواسطة اتفاق المفاوضات الجماعية للاتحاد الدولي لموظفي الخدمات مع ولاية إلينوي). مع كل فترة مستحقة الأجر، سيتم الخصم من أجر مقدم الخدمة الفردي لتغطية رسوم العضوية للانضمام إلى الاتحاد الدولي لموظفي الخدمات. إذا كان لديك أي أسئلة بشأن رسوم العضوية بالاتحاد يرجى الاتصال بالاتحاد الدولي لموظفي الخدمات على رقم الهاتف 1-866-933-7348.

يشجع العملاء ومقدمو الخدمة الأفراد على الاتصال بالمكتب المحلي لبرنامج الخدمات المنزلية لطرح أي أسئلة أو استفسارات بخصوص الفواتير قبل إرسال سجلات الدوام لاستلام الدفعات. ستعزز هذه الخطوة الإضافية من إرسال الدفعات على نحو دقيق وفي الوقت المحدد إلى مقدم الخدمة الفردي.

أقر أن المعلومات المقدمة آنفاً تم مراجعتها وفهمها.



**الإساءة** - تعرف بأنها تصرف أو إجراء متكرر بواسطة شخص تجاه أو ضد أحد العملاء ينطوي على تقييد، أو عزل، أو احتجاز قد يترتب عليه حدوث أضرار من خلال ارتكاب أي مما يلي:

- ✓ سلوك غير لائق أو إساءة تصرف قد يترتب عليه الإصابة بألم أو جروح أو وفاة للعميل ببرنامج الخدمات المنزلية (HSP)
- ✓ تجاهل ملموس لحقوق العميل
- ✓ التسبب في أضرار عقلية أو عاطفية للعميل يترتب عليه مشاعر القلق، أو الاكتئاب، أو الانسحاب، أو التحريض، أو الخوف، أو الضرر، أو الوفاة، أو مزيج من هذه السلوكيات

وهناك العديد من أشكال الإساءة وقد يتعرض الضحايا في أغلب الحالات إلى أكثر من نوع من إساءة التعامل.

## أنواع الإساءة:

- الإساءة البدنية
- الإساءة اللفظية
- الإساءة الجنسية
- الإساءة العاطفية/العقلية
- الاحتجاز

في ولاية إلينوي، زعم 54% من البالغين تعرضهم لإساءات تنطوي على استغلال مالي؛ وزعم 23% تعرضهم لإساءة بدنية؛ وزعم 52% تعرضهم لإهمال نشط أو سلبي؛ وزعم 43% تعرضهم إلى إساءة عاطفية.



**الإساءة البدنية -** التسبب في ضرر بدني غير عرضي، أو ألم أو إصابة لأحد الأشخاص. ويشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الضرب، أو الصفع، أو اللكم، أو العض، أو الركل، أو السلوك المسيطر من خلال العقاب البدني.

## أمثلة الإساءة البدنية:

- بالإضافة إلى الأمثلة المذكورة آنفاً
- الدفع والتعثر والسحب والثني
- الخدش والعض والبيصق
- الضغط بعنف والقرص
- الحرق
- استخدام الماء الساخن للغاية أو المتجمد بشكل متعمد (عند الاستحمام مثلاً)

## علامات الإساءة البدنية

- الإصابات أو شكاوى الألم غير المبررة دون إصابة ظاهرة
- الكدمات والتمزقات الجلدية والخدوش والتقطعات
- الحروق
- إصابات الذراع أو القدم
- التعب وقلة النظافة الشخصية



الإساءة اللفظية/ العاطفية/ العقلية - الاستخدام غير اللائق للكلام، أو الصوت، أو الكتابة أو الإيماءات عند التواصل مع شخص آخر. ويشمل ذلك التهديد بالإيذاء، أو العنف أو قول أشياء بهدف الترهيب المتعمد لأحد الأشخاص.

### أمثلة الإساءة اللفظية:

- الصراخ أو الصياح
- التهديد بعقاب الشخص
- التصريح بأشياء وضيعة أو السخرية من أحد الأشخاص
- التحدث إلى أحد الأشخاص كما لو أنه طفل
- التحدث عن أحد الأشخاص كما لو أنه غير موجود
- ترك شخص عالق في سرير أو في مقعد دون أية محاولة لإيقاظه أو إخراجه
- عدم السماح لأحد الأشخاص بالمشاركة في الأنشطة
- تجاهل أسئلة أو تعليقات
- الامتناع عن الكلام
- إهانة أحد الأشخاص من خلال تركه عارياً أو كشفه دون المحافظة على الخصوصية

### علامات الإساءة اللفظية

- الخوف أو الشكوك غير المعتادة
- رفض التحدث
- الانسحاب
- تغيير السلوك المفاجئ
- إنكار العلامات
- الاكتئاب غير المبرر
- فقدان الاهتمام بأي شيء
- التغيير في مستوى النشاط





**الإساءة الجنسية** - اللمس غير المرغوب، أو المداعبة، أو التهديدات الجنسية، أو الملاحظات الجنسية، أو أي نشاط جنسي آخر غير لائق تجاه العميل. تتضمن الإساءة الجنسية على سبيل المثال لا الحصر، التحرش الجنسي، أو الإكراه أو الاعتداء.

### أمثلة الإساءة الجنسية:

- مداعبة مقدم الخدمات الفردي الأعضاء الجنسية للعميل في أثناء الاستحمام (على نحو يتجاوز الحاجة للتنظيف)
- أي نشاط جنسي أو ملامسة جنسية تحدث بينما لا يرغب العميل في ذلك أو عدم فهمه ما يحدث أو تهديده أو إجباره على المشاركة
- مضاجعة أحد أفراد الأسرة عميلاً مصاباً بإعاقة عقلية أو لا يستطيع الرفض

### علامات الإساءة الجنسية

- الخدوش، أو الدموع، أو الاحمرار، أو تورم حول الأعضاء التناسلية
- عدم الراحة في أثناء الجلوس أو المشي
- الإخراج غير الطبيعي من القضيب أو المهبل
- الانسحاب، الاكتئاب
- علامات الخوف غير المبررة أو عدم الراحة المصاحبة لأفراد محددین



**الاحتجاز** - تقييد أو عزل العميل لأسباب غير طبية. يعد الاحتجاز بمثابة تقييد متعمد وغير ضروري للعميل في غرفة مغلقة أو فصله بشكل غير تطوعي عن منطقة المعيشة أو استخدام قيود بدنية أو تقديم أدوية غير ضرورية أو مبالغ فيها.

### أمثلة الاحتجاز:

- الاحتفاظ بأجهزة الحركة بعيدًا عن متناول العميل مما يمنع استقلالته
- نقل الكرسي المتحرك الخاص بالعميل عبر الغرفة أو بعيدًا عن متناوله للحد من حرية النقل والحركة

### علامات الاحتجاز

- علامات التقييد على الذراعين أو القدمين
- غرف تغلق من الخارج
- تغيرات في كمية الفراش المتسخ



**الإهمال** - يعرف بأنه تقصير في تقديم الخدمات بخصوص خطة خدمات العميل اللازمة لتجنب أو عدم التسبب في أضرار بدنية أو ألم أو معاناة عقلية أو اضطراب عاطفي:

- ✓ الإجراءات أو سوء السلوك الذي يتسبب في آلام أو جروح للعميل أو اضطراب عاطفي
- ✓ الإهمال المتعمد أو التقصير أو تجاهل العميل
- ✓ التسبب في أضرار عقلية أو عاطفية للعميل يترتب عليه مشاعر القلق، أو الاكتئاب، أو الانسحاب، أو التحريض، أو الخوف، أو الضرر، أو الوفاة، أو مزيج من هذه السلوكيات
- ✓ التسبب في تدهور حالة وصحة العميل البدنية أو العقلية

## أنواع الإهمال:

- الإهمال السلبي
- الحرمان المتعمد
- الإهمال الذاتي
- التخلي



**الإهمال السلبي** - تقصير مقدم الرعاية في توفير ضروريات الحياة للعميل بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الأطعمة أو الملابس أو المأوى أو الرعاية الطبية بسبب التقصير في فهم احتياجات هذا الشخص، وعدم الوعي بالخدمات للمساعدة في تلبية الاحتياجات، أو الافتقار إلى القدرات لرعاية الشخص.

### تتضمن أمثلة الإهمال السلبي تكرار ما يلي:

- إخبار العميل أنك ستعود خلال 5 دقائق، ثم تنسى العودة
- ترك العميل في دورة المياه ونسيان العودة إليه
- نسيان مساعدة أحد الأشخاص في الأنشطة المعيشية اليومية
- عدم اتباع جميع قواعد السلامة
- نسيان التنظيف أو التنظيف بشكل غير مناسب
- نسيان إطعام أحد العملاء

**الحرمان المتعمد** - الإنكار المتعمد لمساعدة شخص يحتاج للدواء، أو الرعاية الطبية، أو المأوى، أو الطعام، أو جهاز علاجي، أو مساعدة بدنية أخرى، وبالتالي تعريض هذا الشخص إلى خطر الإضرار.

### تتضمن أمثلة الحرمان المتعمد:

- عدم تقديم الطعام أو المياه للعميل بشكل متعمد
- عدم المساعدة في الأنشطة المعيشية اليومية مع معرفتك باحتياجات الشخص للمساعدة
- عدم اصطحاب العميل إلى دورة المياه عند معرفتك بحاجته إلى الذهاب
- عدم تقديم خدمة التغيرير أو التنظيف للعميل الذي تعرض لحادث
- تجاهل المكالمات التي تطلب المساعدة





**الإهمال الذاتي** - تقصير العميل في مراعاة احتياجات الرعاية الأساسية الخاصة به بما في ذلك الطعام، أو المأوى، أو الملابس، أو الصحة الشخصية، أو أية احتياجات أخرى خاصة بالرعاية الصحية أو الطبية عندما يكون مسؤولاً عن هذه الرعاية، وبالتالي التسبب في مخاطر لصحة هذا الشخص البدنية و/ أو العقلية.

**التخلي** - يحدث عندما يترك مقدم خدمات الرعاية المكلف العميل للاعتماد على نفسه. ويشمل ذلك عناصر الإهمال؛ ويعرف التخلي بأنه هجر العميل بشكل كامل.



**الاستغلال المالي** - يعرف بأنه إساءة استخدام أو استغلال أصول العميل، أو ممتلكاته أو موارده المالية لغير صالح الشخص أو لمصلحة شخص آخر.

### أمثلة الاستغلال المالي:

- سرقة أو إساءة استخدام الأموال أو بطاقات الائتمان أو المجوهرات أو الأغراض الشخصية
- أخذ المال من العميل بما في ذلك تحرير شيك من حساب العميل لمصلحتك الخاصة
- سرقة الهوية - مثل أخذ قرض أو بطاقة ائتمان باسم شخص آخر
- السداد النقدي لشيك لصالح أحد الأشخاص دون تصريح
- تزيف توقيع شخص آخر
- إجبار أو خداع العميل للتوقيع على وثيقة
- استخدام الوكالة القانونية أو الوصاية بشكل غير لائق
- تحرير شيك من حساب العميل لمصلحتك الخاصة
- اقتراض مال من العميل حتى في حالة نية رد المبلغ
- عدم الاستماع إلى شكوى العميل بشأن ضياع الأشياء أو فقدانها
- عدم إعادة المبلغ المتبقي بعد التسوق
- تناول طعام العميل دون تصريح
- استخدام أموال العميل لمصلحة آخرين ولغير صالح العميل

### علامات الاستغلال المالي

- فقدان الملابس
- فقدان الأموال سواء النقدية أم من الحسابات البنكية
- فقدان الأشياء الثمينة
- فقدان الأطعمة
- إبلاغ العميل عن تعرضه للسرقة
- عدم سداد الفواتير (عندما يقيم العميل في منزله)

يجب على مقدمي الخدمة الأفراد **عدم** قبول هدايا أو أموال من عملائهم في حالة إساءة فهم ذلك لاحقًا باعتباره حالة سرقة أو استغلالاً. والاستثناء الوحيد إن كان مقدم الخدمة الفردي عضوًا في أسرة العميل.



## كيفية التعامل مع حالات الإساءة، أو الإهمال، أو الاستغلال المالي أو الاحتياي على برنامج ميديكيد

20

**خدمات حماية كبار السن (APS) -** تتعامل مع تقارير الإساءة المزعومة، أو الإهمال، أو الاستغلال المالي، وتعمل على حماية ودعم حقوق وجودة حياة كبار السن والأفراد المعاقين.

✓ **مسؤوليات مقدم الخدمة:** يصنف مقدمو الخدمة الأفراد على أنهم **مبلغون ملزمون**. المبلغ الملزم هو شخص، نظرًا لمهنته، ملزم قانونًا بإبلاغ السلطات المعنية في حالة الاشتباه بأي شكل من أشكال الإساءة أو الإهمال.

✓ **ومن الضروري أن يبلغ مقدمو الخدمة الأفراد عن أي مزاعم للإساءة أو الإهمال أو الاستغلال إلى خدمات حماية البالغين.** ويلزمهم قانون ولاية إلينوي بالإبلاغ عن الإساءة المشتبهة للأفراد الذين لا يستطيعون الإبلاغ بأنفسهم.

✓ **متطلبات/ اشتراطات الإبلاغ:** للإبلاغ عن الإساءة المشتبهة، أو الإهمال أو الاستغلال المالي، يُرجى الاتصال بخط المساعدة لخدمات حماية البالغين بالولاية على مدار الساعة على الرقم **1-866-800-1409** أو **1-888-206-1327 (الهاتف النصي)**

✓ **الاحتياي على برنامج ميديكيد -** أي جهود لمكافحة الاحتياي على برنامج ميديكيد. للإبلاغ عن الاحتياي على برنامج ميديكيد، يرجى الاتصال بوحدة مراقبة الاحتياي ببرنامج ميديكيد بإدارة الشرطة بولاية إلينوي على الرقم **1-888-557-9503**

اعتبارًا من 1 يوليو/ تموز 2013، صدر تشريع بواسطة جمعية إلينوي العامة للتوسع في برنامج إساءة وإهمال كبار السن الحالي التابع لإدارة كبار السن (يُعرف في الوقت الحالي برنامج خدمات حماية البالغين) لمنع الإساءة، والإهمال، والاستغلال المالي للأفراد ذوي الإعاقة في المرحلة العمرية 18-59 الذين يعيشون في المجتمع.



**ماذا يمكن أن يحدث في حالة عدم الإبلاغ؟**

- قد يتفاقم وضع الإساءة أو الإهمال.
- قد يصاب العميل بضرر بالغ.
- قد يتوفى العميل.
- من الممكن أن يكرر الشخص الذي ارتكب الإساءة أو الإهمال الأمر مع عملاء آخرين.

**متى يجب الإبلاغ؟**

- إذا شهدت حدوث إساءة أو إهمال أو استغلال
- إذا رأيت علامات على الإساءة لا يبدو أنها بسبب حادث
- إذا أخبرك الشخص البالغ من أصحاب الإعاقة أنه تعرض لأضرار من مقدم الرعاية
- في حالة وجود علامات تشير إلى تعرض الشخص البالغ صاحب الإعاقة إلى الإهمال أو الاستغلال المالي

**هل يجب أن تتأكد من حدوث الإساءة قبل الإبلاغ؟**

- لا. ليست وظيفة مقدم الخدمة الفردي إجراء تحقيق بشأن الموقف. يتحمل أفراد آخرون مسؤولية القيام بذلك.
- في حالة عدم وجود إساءة ولكن تم تقديم بلاغ بحسن نية، لن يتعرض الشخص المبلغ لأي عقاب.

وتذكر أنه يمكنك كذلك الاتصال بأرقام خط المساعدة لمجرد طرح أسئلة أو الحصول على مزيد من المعلومات.

**ما الذي سيطلب منك الإبلاغ عنه؟**

- اسم الضحية المزعوم والعنوان ورقم الهاتف والجنس والسن والحالة العامة؛
- اسم المسمى المزعوم وكنيته وكنيته والصلة بالضحية والحالة؛
- الظروف التي قادت المبلغ إلى الاعتقاد بتعرض الشخص كبير السن إلى الإساءة أو الإهمال أو الاستغلال المالي بأكبر قدر من التحديد قدر الإمكان؛
- إذا كان الضحية المزعوم في خطر فوري، وأفضل وقت للاتصال بالشخص، وإذا كان يعرف بالبلاغ، وإذا كان هناك أي خطر على العامل الذي سيذهب للتحقيق؛
- إذا كان المبلغ يعتقد أن العميل من الممكن أن يبلغ بنفسه؛
- اسم ورقم الهاتف ومهنة المبلغ؛
- أسماء الأفراد الآخرين مع معلومات بشأن الموقف؛
- إذا كان المبلغ يود أن يتم معاودة الاتصال به مرة أخرى؛ و
- أي معلومات أخرى ذات صلة.

**ماذا يحدث عندما أتصل بخط المساعدة؟**

- سيتم الإجابة على اتصالك بواسطة محقق خط المساعدة (بين الساعة 8:30 ص و 4:45 م، من الإثنين إلى الجمعة) أو بواسطة مشغل. في حالة رد المشغل، سيسجل اسمك ورقم الهاتف، حتى يستطيع المحقق معاودة الاتصال بك. في حالات الطوارئ، سيعاود المحقق الاتصال بك بشكل فوري. إن لم يكن الأمر كذلك، سيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي.
- سيستمع المحقق إلى بلاغك وسيطرح أسئلة لتحديد إذا كان الموقف يعد بمثابة إساءة أو إهمال أو استغلال. إذا لم يكن الأمر كذلك، سوف يساعك المحقق في البحث عن الشخص أو الخدمة التي تحتاج إليها. في حالة تقديم بلاغ رسمي، سيبدأ التحقيق مع اتخاذ إجراء فوري إن كان الشخص البالغ المعاق معرضاً لخطر الأضرار.

**هل سيستخدم اسمي؟**

- تخضع جميع تقارير وسجلات خدمات حماية البالغين إلى أحكام السرية المطلقة، فيما عدا على النحو المحدد طبقاً للقانون أو أمر المحكمة.



يشتمل برنامج الخدمات المنزلية على وحدة احتيال حيث يكلف طاقم العمل بالتأكد من الإخطار المناسب ومتابعة جميع ادعاءات وتحقيقات خدمات حماية كبار السن. ستقدم وحدة الاحتيال بلاغات مباشرة إلى خدمات حماية كبار السن بشأن مزاعم الاحتيال، والإساءة، والإهمال، والاستغلال المشتبه بها. تشارك وحدة الاحتيال ببرنامج الخدمات المنزلية في إجراءات خدمات حماية كبار السن عند الإبلاغ عن مزاعم سوء التصرف:

### تحقيقات ونتائج خدمات حماية كبار السن

- ستحتاج خدمات حماية كبار السن إلى 30 – 35 يوماً من تاريخ الإخطار بالتحقيق بغرض إجراء التحقيق
- وبنهاية تحقيق خدمات حماية كبار السن، سيرسل بلاغ إلى وحدة الاحتيال ببرنامج الخدمات المنزلية يوضح إن كانت مزاعم الإساءة والإهمال والاستغلال مثبتة أم غير مثبتة.
- سيرسل طاقم العمل بوحدة الاحتيال ببرنامج الخدمات المنزلية نسخة من تقرير قرار الإثبات (RoSD) إلى جميع أفراد طاقم العمل المطلوب بالولاية.

### في حالة تبين أن تحقيق خدمات حماية كبار السن مثبت:

- إذا تبين أن تقرير قرار الإثبات مثبت، سيلجأ طاقم العمل بوحدة الاحتيال ببرنامج الخدمات المنزلية إلى إيقاف تمويل مقدم الخدمة الفردي بشكل فوري.
- سيتصل المكتب الميداني بقسم خدمات إعادة التأهيل بالعميل ومقدم الخدمة الفردي عبر الهاتف لإخطارهم بقرار خدمات حماية كبار السن ويرسل تصريح لمورد الخدمات يوضح تاريخ انتهاء خدمات مقدم الخدمة الفردي.
- كذلك، سيحتاج المكتب الميداني التابع لقسم خدمات إعادة التأهيل إلى إخطار وحدة الاحتيال ببرنامج الخدمات المنزلية خلال يومي (2) عمل بالإجراءات المتخذة حتى يمكن إغلاق ملف خدمات حماية كبار السن.

### في حالة تبين أن التحقيق غير مثبت:

- إذا تبين أن تقرير قرار الإثبات غير مثبت، سيرفع طاقم عمل وحدة الاحتيال ببرنامج الخدمات المنزلية الإيقاف المفروض على مقدم الخدمة الفردي بشكل فوري.
- سيتصل طاقم العمل بالمكتب الميداني التابع لقسم خدمات إعادة التأهيل بالعميل ومقدم الخدمة الفردي عبر الهاتف مع المتابعة الخطية لإبلاغه برفع الإيقاف ويمكن لمقدم الخدمة استئناف العمل لصالح العميل إن أراد العميل ذلك.
- سيخطر طاقم العمل بالمكتب الميداني التابع لقسم خدمات إعادة التأهيل وحدة الاحتيال خلال يومي (2) عمل بالإجراءات المتخذة حتى يمكن إغلاق ملف خدمات حماية كبار السن.

وبالإضافة إلى ذلك، في سبيل العمل مع خدمات حماية كبار السن، ستحقق وحدة الاحتيال ببرنامج الخدمات المنزلية في ادعاءات الاحتيال المشتبه بها لمقدم الخدمة والعميل. وقد يترتب على نتائج تحقيقات طاقم العمل اتخاذ أي من الإجراءات التالية:

- إنهاء خدمات مقدم الخدمة الفردي
- اقتطاع المدفوعات الزائدة من مقدم الخدمة الفردي
- الشروع في نقل خدمات مقدم الخدمة الفردي إلى وكالة التدبير المنزلي
- إنهاء حالة العميل
- الإحالة إلى إدارة الشرطة بولاية إلينوي (ISP) ووحدة الاحتيال على برنامج ميديكيد



## فرص التدريب مدفوعة الأجر

- الاستحمام وترتيب الفراش - عمل يومي كامل مع أكثر التقنيات أمناً وفعالية لحماية كرامة العميل كذلك، بما في ذلك: ترتيب سرير مشغول، واستحمام العملاء، ومساعدة العملاء في خدمات التنظيف الشخصي والعناية الشخصية.
  - التعامل مع عميل مصاب بالاكتئاب - إدراك علامات الاكتئاب والتعرف بشأن كيفية الاستجابة لعميل يتعامل مع هذا المرض البالغ بينما يتم التعامل مع استجاباتك الشخصية الخاصة. تعرف على المكان الذي ستلجأ إليه أو يحتاج فيه العميل إلى المساعدة.
  - تغذية وتدريب الأفراد المصابين بإعاقات بدنية - تطبيق أحدث الإرشادات المتعلقة بالتغذية، والتدريب، وعادات الحياة الصحية الأخرى المقدمة لتحسين حياة الأشخاص.
  - الإسعافات الأولية والإنعاش القلبي الرئوي\* - التعرف على كيفية تحديد والاستجابة لحالات الطوارئ المرتبطة بأمراض القلب والتنفس والإسعافات الأولية واستخدام جهاز مزيل رجفان القلب الخارجي.
  - الاحتياطات الشاملة - حماية نفسك والعميل من العدوى والمرض.
  - حركات الجسم والرفع الآمن - منع الإصابة من خلال حركات الجسم المناسبة.
  - الإبلاغ عن الاحتياطات، والإساءة، والإهمال، والاستغلال - تحديد علامات الإساءة، والإهمال، والاستغلال والاحتياطات والتعرف على ما يجب القيام به إن لاحظت هذه العلامات.
  - تعزيز مهارات التواصل - الاستجابة للمواقف المثيرة للتحدي مع مهارات التواصل اللفظية الفعالة.
  - فلسفة المعيشة المستقلة - التعرف على معنى فلسفة المعيشة المستقلة للأفراد ذوي الإعاقة وكيفية توجيه أعمالنا.
  - العمل بشكل فعال مع العملاء لحل المشكلات - إدارة الحدود الشخصية والخاصة بالعمل واكتشاف طرق لنقل المشكلة بشكل بناء إلى العميل/ صاحب العمل.
- \*لن تتال أجزاً نظير حضور دورات التدريب على الإسعافات الأولية والإنعاش القلبي الرئوي، لكنك ستستلم شهادة اعتماد تسري لمدة عامين

## تتضمن امتيازات مقدمي الخدمة الأفراد...

- أجر ثلاث ساعات بحسب الأجر الحالي بالساعة - حتى 300 دولار أمريكي إضافية كل عام
- شهادة مركز تعليم وتدريب الأعضاء بالاتحاد الدولي لموظفي الخدمات (SEIU METC) عقب الاستكمال الناجح للتدريب
- الارتباط مع مقدمي الخدمة الأفراد الآخرين في المنطقة
- فرصة الحصول على تدريب مهني يحسن من الأداء الوظيفي والتمتع بقابلية أكبر للتسويق بخصوص فرص العمل في المستقبل
- تشجيع إقامة علاقات أكثر إيجابية بين مقدم الخدمة الفردي والعميل
- تحسين السلامة والصحة لمقدم الخدمة الفردي والعميل



# حزمة موارد تدريب مقدم الخدمة الفردي

(يتعين مشاركتها مع مقدم الخدمة الفردي كمادة  
مرجعية إضافية وليس جزءاً من التدريب لساعتين.)



1. **من صاحب العمل الذي أتبعه؟**  
العميل هو صاحب العمل الذي تتبعه. يضطلع العميل – صاحب العمل بالمسؤولية عن التعيين وإنهاء الخدمة. سيتم إسناد مهامك بواسطة العميل – صاحب العمل من خطة خدمات إدارة الخدمات الإنسانية التي تعد بمثابة وثيقة رسمية يقوم بصياغتها العميل – صاحب العمل ومستشار قسم خدمات إعادة التأهيل. في حالة عدم حصولك على نسخة من خطة خدمات العميل، يجب عليك طلب نسخة من منسق الرعاية بإدارة الخدمات الإنسانية – قسم خدمات إعادة التأهيل أو مؤسسة إدارة الرعاية الصحية.
2. **كم عدد مرات استلامي الأجر؟**  
ستنال أجرك بشكل نصف شهري – مرتين في الشهر. تختلف مواعيد سداد الأجر. لذلك راجع جدول رواتب مقدم الخدمة الفردي (الدليل رقم 7) للتعرف على المواعيد الدقيقة. فعلى سبيل المثال، ستنال أجرك عن العمل المقدم خلال الفترة من 1 – 15 مارس/ آذار في 13 أبريل/ نيسان أو نحو ذلك؛ وستنال أجرك عن العمل المقدم في 16 – 31 مارس/ آذار في 28 أبريل/ نيسان أو نحو ذلك. تأكد من استكمال جميع الأعمال الورقية المطلوبة ومعالجتها وإرسال سجل دوامك في الوقت المحدد واستكماله بدقة. يجب أن يستلم مقدمو الخدمة الأفراد المبالغ من خلال بطاقة ماستر كارد® للخصم بولاية إلينوي، أو من خلال الإيداع المباشر أو شيك ورقي في اليوم المحدد.
3. **ما الذي أحتاج إلى تنفيذه بهدف استلام الأجر؟**  
يجب استعاء مقدمي الخدمة الأفراد من نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة من خلال هاتف العميل في بداية الزيارة ونهايتها بهدف الإبلاغ عن ساعات العمل المنفذة. يجب على مقدمي الخدمة الأفراد تدوين الوقت المحدد من نظام التحقق الإلكتروني من الزيارة في سجل الدوام الورقي لبرنامج الخدمات المنزلية (الدليل رقم 4). يجب أن يرسل مقدمو الخدمة الأفراد سجل الدوام بعد آخر يوم بفترة استحقاق الأجر بمدة تصل إلى 5 أيام عمل بولاية إلينوي. تأكد من استكمال سجل الدوام بشكل دقيق على النحو الوارد في الدليل رقم 4 والتوقيع عليه من طرفك ومن جانب العميل.
4. **أين وكيف أرسل سجلات الدوام؟**  
ويمكن لمقدمي الخدمات الأفراد إرسال سجلات الدوام بطريقتين: (1) بالبريد إلى المكتب المحلي لقسم خدمات إعادة التأهيل، أو (2) تسليمه باليد في المكتب المحلي لقسم خدمات إعادة التأهيل.
5. **هل أنا مؤهل لإعانة البطالة؟**  
يُعد مقدم الخدمة الفردي مؤهلاً لنيل إعانة البطالة مثل أي عامل آخر – ويعني ذلك أنه يجب أن تفقد وظيفتك دون أي تقصير من جانبك؛ فعلى سبيل المثال، لم يعد العميل – صاحب العمل في حاجة إلى خدماتك أو اتخاذ إدارة الخدمات الإنسانية/ برنامج الخدمات المنزلية إجراء ضد توظيف مقدم الخدمة الفردي لأسباب يعترض مقدم الخدمة الفردي عليها. تتبع جميع امتيازات التأمين ضد البطالة والدخل الخاصة بمقدمي الخدمة الأفراد إرشادات إدارة الضمان الوظيفي بولاية إلينوي (IDES).
6. **كيف أعرف أنني مؤهل للتأمين الصحي؟**  
تعتمد الأهلية على عدد الساعات المبلغ عنها بواسطة الولاية إلى صندوق الصحة والمزايا التابع للاتحاد. كي أكون مؤهلاً، يجب أن يعمل مقدم الخدمة الفردي لمدة 120 ساعة في المتوسط أو أكثر في الشهر لمدة ثلاثة أشهر متعاقبة لصالح العميل – صاحب العمل. بعد أن أصبح مؤهلاً، ستستمر أهلية مقدمي الخدمة الأفراد إن عملوا لمدة 60 ساعة في المتوسط في الشهر (انظر الدليل رقم 2A). لمعرفة عدد الساعات المبلغ عنها أو التسجيل في التأمين الصحي، يُرجى الاتصال بصندوق الصحة التابع للاتحاد الدولي لموظفي الخدمات على الرقم 773-385-9300 أو على الرقم المجاني 877-734-8543.
7. **كيف أشارك في الاتحاد الذي أتبعه؟**  
اتصل بمركز موارد الأعضاء (MRC) على رقم الهاتف 1-866-933-7348. إذا كان لديك أي أسئلة بشأن وظيفتك، وبشأن المزايا، وبشأن الفعاليات والفصول الدراسية القادمة، يمكنك الحصول على معلومات من مركز موارد الأعضاء.
8. **إذا كنت أبحث عن مراجع وظيفية من أجل وظيفة أخرى، من يكون مرجعي؟**  
من الممكن أن يكون صاحب العمل – العميل مرجعك الوظيفي.
9. **كيف يمكن لمقدم الخدمة الفردي طلب التحقق من الوظيفة؟**  
قد يحصل مقدمو الخدمة الأفراد على إجراءات تحقق للتوظيف من ولاية إلينوي. تشتمل المعلومات على سبيل المثال لا الحصر: الدخل الإجمالي عن كل فترة مستحقة الأجر خلال الإطار الزمني المطلوب، ومعدل الأجر بالساعة، وإجمالي الأجر المكتسبة خلال آخر اثني عشر شهراً، ورقم الضمان الاجتماعي، والعنوان، والمدينة، والولاية، والرمز البريدي. يجب تقديم جميع طلبات التحقق من الوظيفة خطياً. سيقدم المكتب المحلي توجيهات بشأن مكان إرسال الطلب بالفاكس أو البريد.
10. **ما الفارق بين وحدة الرعاية الصحية بالاتحاد الدولي لموظفي الخدمات "SEIU HCII" ومركز تعليم وتدريب الأعضاء بالاتحاد الدولي لموظفي الخدمات "SEIU METC"؟**  
يعد مركز الرعاية الصحية IIMK التابع للاتحاد الدولي لموظفي الخدمات "SEIU" بمثابة اتحاد لموظفي الخدمات العاملين في مجالات رعاية الأطفال، ودور الرعاية، والمستشفيات، والرعاية الصحية المنزلية. أما مركز تعليم وتدريب الأعضاء بالاتحاد الدولي لموظفي الخدمات فهو مؤسسة غير ربحية تأسست عام 2007 بغرض توفير التدريب للعاملين في مجالات الرعاية الصحية ورعاية الأطفال.

- 11. متى أستلم مقابل حضور تدريب مقدم الخدمة الفردي الإلزامي؟**  
لنتلقى الأجر خلال 21 يوم عمل من تاريخ الفصل، يجب على مقدمي الخدمة الأفراد إرسال المستندات الورقية لاستلام المبلغ من خلال الإيداع المباشر. وإلا، سنتال أجرك من خلال شيك وستتلقى المبلغ خلال 8 أسابيع بعد نهاية الفصل.
- 12. بمن يمكنني الاتصال لتسوية نزاعات شيك الراتب؟**  
لدى مقدم الخدمة الفردي ثلاثة خيارات:  
• للتعرف على وقت معالجة سجل دوامك ووقت إصدار أجرك، يمكنك الاتصال برقم إدارة الخدمات الإنسانية الآلي: على الرقم **1-800-804-3833** (الهاتف الصوتي) أو الرقم **1-877-434-1082** (الهاتف النصي).  
• ويمكنك الاتصال بالمكتب المحلي لإدارة الخدمات الإنسانية – قسم خدمات إعادة التأهيل لترى إن كان يمكنك تسوية نزاعات شيك الرواتب بنفسك.  
• ويمكنك الاتصال بمركز موارد الأعضاء بالاتحاد على الرقم **866-933-7348** لاتخاذ إجراء بشأن مشكلة شيك راتبك.
- 13. ما مراكز المعيشة المستقلة؟**  
يعد مركز المعيشة المستقلة، أو CIL، "مؤسسة مجتمعية غير سكنية، توجه وتدار بواسطة أفراد من ذوي الإعاقة، وهي معنية بالفلسفة التي قوامها أن جميع الأفراد ذوي الإعاقة يتمتعون بالحق والمسؤولية في اتخاذ الخيارات للتحكم في اتجاهات حياتهم والمشاركة بشكل كامل ومتساو في مجتمعاتهم." (<http://www.incil.org>)
- 14. ماذا يحدث في حالة إصابتي بأضرار في منزل العميل – صاحب العمل؟**  
يستحق مقدم الخدمة الفردي تعويض العمالة، ومع ذلك، يجب عليك أن تبلغ أولاً عن الإصابة بمكان العمل واستكمال نموذج الإبلاغ عن الإصابة. لطلب نموذج الإبلاغ عن الإصابة، يُرجى الاتصال بالمكتب المحلي لقسم خدمات إعادة التأهيل. إذا واجهت مشكلة في ذلك، يُرجى الاتصال بمركز موارد الأعضاء بالاتحاد على رقم الهاتف **866-933-7348**.
- 15. كيف يمكنني استلام نسخة 2-W في حالة فقد الوثائق الأصلية/ سرقته/ تلفها؟**  
يمكن طلب بديل لوثائق 2-W من المكتب المركزي لبرنامج الخدمات المنزلية اعتباراً من منتصف فبراير/ شباط من كل عام ميلادي. يجب إرسال جميع الطلبات خطياً، ويفضل باستخدام نموذج طلب نسخة 2-W لبرنامج الخدمات المنزلية. يمكن الحصول على الطلب من المكتب المحلي لقسم خدمات إعادة التأهيل. كذلك، يمكن لمقدمي الخدمة الأفراد إرسال طلب بالبريد إلى وحدة شئون العمال – المكتب المركزي لبرنامج الخدمات المنزلية، 100 إس غراند أفينو إيست، سبرينغفيلد، إلينوي 62762، و/ أو إرسال الطلب بالفاكس على الرقم **217-557-9434** أو **217-557-1042**.  
يجب أن تتضمن جميع الطلبات اسم مقدم الخدمة الفردي، ورقم الضمان الاجتماعي من 9 أرقام، والعنوان، ورقم الهاتف، وعنوان البريد الإلكتروني، والتوقيع. كذلك، لا يمكن إرسال نسخة من نموذج 2-W بالبريد أو الفاكس إلى مقدمي الخدمة الأفراد. ترسل نسخة بديلة من نموذج 2-W مباشرة من مكتب المراقب المالي بولاية إلينوي (IOC) وقد يستغرق وقت البت/ المعالجة مدة تصل إلى أسبوعين وسيتم الرد بالبريد فقط على مقدم الطلب.
- 16. كيف يمكن التأكد من إدراج العنوان الصحيح، ورقم الهاتف والبريد الإلكتروني في قاعدة بيانات الولاية؟**  
في حالة انتقال مقدم الخدمة الفردي، يجب عليك استكمال نموذج 4-W المحدث مع عنوانك الجديد. وسيساعد ذلك في التأكد من استلامك الاتصالات المهمة من ولاية إلينوي. وللتأكد ممن استلام نموذج 2-W في الوقت المحدد، يجب عليك الإبلاغ عن أي تغيير في العنوان أو تحديث قبل 1 ديسمبر/ كانون أول.
- لجميع الأسئلة و/ أو الاستفسارات الأخرى، يُرجى الاتصال بمركز موارد الأعضاء بالاتحاد الدولي لموظفي الخدمات على الرقم (866) 933-7348!**



# التأمين الصحي على استحقاق مقدم الخدمة الفردي بإدارة الخدمات الإنسانية/ قسم خدمات إعادة التأهيل

A2

## حساب استحقاق المساعد الشخصي لعام 2022

### الاستحقاق المبدئي

120 ساعة في الشهر لمدة ثلاثة أشهر (إجمالي 360 ساعة خلال فترة ربع سنة).  
\*يرجى العلم: يجب عليك العمل لساعة واحدة على الأقل في كل شهر خلال فترة ربع السنة.

| الحد الأدنى للساعات المطلوبة | تاريخ الاستحقاق         |   | ربع السنة               |                         |                         |
|------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 360                          | يناير/ كانون ثاني 2022  | → | سبتمبر/ أيلول 2021      | أغسطس/ آب 2021          | يوليو/ تموز 2021        |
| 360                          | فبراير/ شباط 2022       | → | أكتوبر/ تشرين أول 2021  | سبتمبر/ أيلول 2021      | أغسطس/ آب 2021          |
| 360                          | مارس/ آذار 2022         | → | نوفمبر/ تشرين ثاني 2021 | أكتوبر/ تشرين أول 2021  | سبتمبر/ أيلول 2021      |
| 360                          | أبريل/ نيسان 2022       | → | ديسمبر/ كانون أول 2021  | نوفمبر/ تشرين ثاني 2021 | أكتوبر/ تشرين أول 2021  |
| 360                          | مايو/ أيار 2022         | → | يناير/ كانون ثاني 2022  | ديسمبر/ كانون أول 2021  | نوفمبر/ تشرين ثاني 2021 |
| 360                          | يونيو/ حزيران 2022      | → | فبراير/ شباط 2022       | يناير/ كانون ثاني 2022  | ديسمبر/ كانون أول 2021  |
| 360                          | يوليو/ تموز 2022        | → | مارس/ آذار 2022         | فبراير/ شباط 2022       | يناير/ كانون ثاني 2022  |
| 360                          | أغسطس/ آب 2022          | → | أبريل/ نيسان 2022       | مارس/ آذار 2022         | فبراير/ شباط 2022       |
| 360                          | سبتمبر/ أيلول 2022      | → | مايو/ أيار 2022         | أبريل/ نيسان 2022       | مارس/ آذار 2022         |
| 360                          | أكتوبر/ تشرين أول 2022  | → | يونيو/ حزيران 2022      | مايو/ أيار 2022         | أبريل/ نيسان 2022       |
| 360                          | نوفمبر/ تشرين ثاني 2022 | → | يوليو/ تموز 2022        | يونيو/ حزيران 2022      | مايو/ أيار 2022         |
| 360                          | ديسمبر/ كانون أول 2022  | → | أغسطس/ آب 2022          | يوليو/ تموز 2022        | يونيو/ حزيران 2022      |

### الاستحقاق المستمر

60 ساعة في الشهر لمدة ثلاثة أشهر (إجمالي 180 ساعة في ربع السنة).  
\*يرجى العلم: يجب عليك العمل لمدة لا تقل عن ساعة واحدة في شهرين من الأشهر الثلاثة خلال ربع السنة.

| الحد الأدنى للساعات المطلوبة | تاريخ الاستحقاق         |   | ربع السنة               |                         |                         |
|------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 180                          | يناير/ كانون ثاني 2022  | → | سبتمبر/ أيلول 2021      | أغسطس/ آب 2021          | يوليو/ تموز 2021        |
| 180                          | فبراير/ شباط 2022       | → | أكتوبر/ تشرين أول 2021  | سبتمبر/ أيلول 2021      | أغسطس/ آب 2021          |
| 180                          | مارس/ آذار 2022         | → | نوفمبر/ تشرين ثاني 2021 | أكتوبر/ تشرين أول 2021  | سبتمبر/ أيلول 2021      |
| 180                          | أبريل/ نيسان 2022       | → | ديسمبر/ كانون أول 2021  | نوفمبر/ تشرين ثاني 2021 | أكتوبر/ تشرين أول 2021  |
| 180                          | مايو/ أيار 2022         | → | يناير/ كانون ثاني 2022  | ديسمبر/ كانون أول 2021  | نوفمبر/ تشرين ثاني 2021 |
| 180                          | يونيو/ حزيران 2022      | → | فبراير/ شباط 2022       | يناير/ كانون ثاني 2022  | ديسمبر/ كانون أول 2021  |
| 180                          | يوليو/ تموز 2022        | → | مارس/ آذار 2022         | فبراير/ شباط 2022       | يناير/ كانون ثاني 2022  |
| 180                          | أغسطس/ آب 2022          | → | أبريل/ نيسان 2022       | مارس/ آذار 2022         | فبراير/ شباط 2022       |
| 180                          | سبتمبر/ أيلول 2022      | → | مايو/ أيار 2022         | أبريل/ نيسان 2022       | مارس/ آذار 2022         |
| 180                          | أكتوبر/ تشرين أول 2022  | → | يونيو/ حزيران 2022      | مايو/ أيار 2022         | أبريل/ نيسان 2022       |
| 180                          | نوفمبر/ تشرين ثاني 2022 | → | يوليو/ تموز 2022        | يونيو/ حزيران 2022      | مايو/ أيار 2022         |
| 180                          | ديسمبر/ كانون أول 2022  | → | أغسطس/ آب 2022          | يوليو/ تموز 2022        | يونيو/ حزيران 2022      |

صندوق الصحة بالاتحاد الدولي لموظفي الخدمات: 773-385-9300 أو 877-734-8543







### (لأغراض التدريب فقط)

State of Illinois - Department of Human Services

**Illinois Debit MasterCard Payment Option Form**

If you chose the Illinois Debit MasterCard<sup>®</sup> Card, we will update our records and you will receive your Illinois Debit MasterCard in the mail. Activate your card immediately by calling the toll free number (1-866-338-2944) and follow the instruction on the materials enclosed with your card. Make sure we have your correct address. Your card will not be forwarded.

In order to get a Illinois Debit MasterCard:

- \* **Attach a copy of your current Driver's License or State I.D. card**
- \* You **MUST** fill in all the blanks in the section you are completing (Section 1 to start card use, section 2 to stop card use. )
- \* All information must be clear and readable
- \* Once you choose the Illinois Debit MasterCard your payments will continue on the card until a written cancellation Payment Option Form is received and processed at DHS.
- \* You **MUST** send the form to:

Department of Human Services  
Bureau of Expenditure Accounting Debit Card Project  
100 South Grand Ave. East, 1st Floor  
Springfield, Illinois 62762

**COMPLETE ONLY ONE SECTION BELOW: If you want to START using the Illinois Debit MasterCard, complete section 1. If you have a card now and wish to STOP using it, complete Section 2.**

**SECTION 1 (To request a new Illinois Debit MasterCard)**

**Illinois Debit MasterCard<sup>®</sup> Card Payment Option - All blanks in this section below MUST be completed**  
(Choose your Provider type)  Child Care Provider  PA - DRS Personal Assistant

Social Security Number: \_\_\_\_\_ Daytime Phone: \_\_\_\_\_ *Enter "N/A" if you do not have a phone*  
(Include area code)

Enter your name below as it appears on your Social Security Card or on your current IDHS payment checks:  
Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_  
Doing Business As Name: \_\_\_\_\_ (Use this line for your DBA, if licensed with one)

**Mailing Address: (Indicate Street, Apartment Number, Floor)**  
\_\_\_\_\_  
(Street # and Name: with St. Ave, Ct, Apt. #, Floor)  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

I authorize the State of Illinois Office of the Comptroller to direct payment for deposit to the Illinois Debit MasterCard card account as directed by the paying State agency. I understand the card will be sent to me by mail and my payments will be held by the bank until I withdraw them using my Illinois Debit MasterCard card. I further authorize the Comptroller to initiate, if necessary, debit entries and adjustments for any credit entries in error. This authorization is applicable to all Child Care and Personal Assistants payments issued by the Comptroller to the below named payee as identified by its designated payee identification number.

I understand the Illinois Debit MasterCard is issued by Comerica Bank, pursuant to a license by MasterCard International Incorporated. I further certify that I am at least 18 years of age.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*With this signature, I certify that the information provided above is accurate.*

All blanks above MUST be completed in order to request a Illinois Debit MasterCard.

**SECTION 2 (To cancel your Illinois Debit MasterCard)**

I would like to **CANCEL** use of my Illinois Debit MasterCard and receive my payments the way I did before requesting the Debit card (either paper check or Direct Deposit).

If you were using Direct Deposit, and that bank account is now closed, your next payment may be delayed and possibly will come in the mail. Child Care providers must contact The Office of the Comptroller Direct Deposit Unit at (217) 557-0930 if the account has changed or closed. Personal Assistants must contact the DRS Local Office if there have been any changes to your bank account since the last time you received Direct Deposit in order to avoid delays.

Reason for Card Cancellation \_\_\_\_\_

Print Your Name: \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_  
Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Please retain your Illinois Debit MasterCard until you receive your next payment by check or direct deposit.**

| فترة استحقاق الأجر               | سجل الدوام المستحق          | الرقم الساخن لمقدم الخدمات الفردي | تاريخ السداد           |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 1 - 15 ديسمبر / كانون أول 2021   | 16 - 22 ديسمبر / كانون أول  | 30 ديسمبر / كانون أول             | 13 يناير / كانون ثاني  |
| 16 - 31 ديسمبر / كانون أول، 2021 | 3 - 7 يناير / كانون ثاني    | 14 يناير / كانون ثاني             | 28 يناير / كانون ثاني  |
| 1 - 15 يناير / كانون ثاني        | 18 - 24 يناير / كانون ثاني  | 28 يناير / كانون ثاني             | 10 فبراير / شباط       |
| 16 - 31 يناير / كانون ثاني       | 1 - 7 فبراير / شباط         | 14 فبراير / شباط                  | 28 فبراير / شباط       |
| 1-15 فبراير / شباط               | 16-23 فبراير / شباط         | 28 فبراير / شباط                  | 11 مارس / آذار         |
| 16-28 فبراير / شباط              | 1-7 مارس / آذار             | 15 مارس / آذار                    | 28 مارس / آذار         |
| 1 - 15 مارس / آذار               | 16 - 22 مارس / آذار         | 31 مارس / آذار                    | 13 أبريل / نيسان       |
| 16 - 31 مارس / آذار              | 1 - 7 أبريل / نيسان         | 15 أبريل / نيسان                  | 28 أبريل / نيسان       |
| 1 - 15 أبريل / نيسان             | 18 - 22 أبريل / نيسان       | 29 أبريل / نيسان                  | 13 مايو / أيار         |
| 16 - 30 أبريل / نيسان            | 2 - 6 مايو / أيار           | 13 مايو / أيار                    | 27 مايو / أيار         |
| 1 - 15 مايو / أيار               | 16 - 20 مايو / أيار         | 31 مايو / أيار                    | 13 يونيو / حزيران      |
| 16 - 31 مايو / أيار              | 1 - 7 يونيو / حزيران        | 14 يونيو / حزيران                 | 28 يونيو / حزيران      |
| 1 - 15 يونيو / حزيران            | 16 - 23 يونيو / حزيران      | 29 يونيو / حزيران                 | 13 يوليو / تموز        |
| 16 - 30 يونيو / حزيران           | 1 - 8 يوليو / تموز          | 15 يوليو / تموز                   | 28 يوليو / تموز        |
| 1 - 15 يوليو / تموز              | 18 - 22 يوليو / تموز        | 29 يوليو / تموز                   | 12 أغسطس / آب          |
| 16 - 31 يوليو / تموز             | 1 - 5 أغسطس / آب            | 15 أغسطس / آب                     | 26 أغسطس / آب          |
| 1 - 15 أغسطس / آب                | 16 - 22 أغسطس / آب          | 30 أغسطس / آب                     | 13 سبتمبر / أيلول      |
| 16 - 31 أغسطس / آب               | 1 - 8 سبتمبر / أيلول        | 15 سبتمبر / أيلول                 | 28 سبتمبر / أيلول      |
| 1 - 15 سبتمبر / أيلول            | 16 - 22 سبتمبر / أيلول      | 29 سبتمبر / أيلول                 | 13 أكتوبر / تشرين أول  |
| 16 - 30 سبتمبر / أيلول           | 3 - 7 أكتوبر / تشرين أول    | 14 أكتوبر / تشرين أول             | 28 أكتوبر / تشرين أول  |
| 1 - 15 أكتوبر / تشرين أول        | 17 - 21 أكتوبر / تشرين أول  | 27 أكتوبر / تشرين أول             | 10 نوفمبر / تشرين ثاني |
| 16 - 31 أكتوبر / تشرين أول       | 1 - 7 نوفمبر / تشرين ثاني   | 10 نوفمبر / تشرين ثاني            | 28 نوفمبر / تشرين ثاني |
| 1 - 15 نوفمبر / تشرين ثاني       | 16 - 22 نوفمبر / تشرين ثاني | 30 نوفمبر / تشرين ثاني            | 13 ديسمبر / كانون أول  |
| 16 - 30 نوفمبر / تشرين ثاني      | 1 - 7 ديسمبر / كانون أول    | 9 ديسمبر / كانون أول              | 22 ديسمبر / كانون أول  |
| 1 - 15 ديسمبر / كانون أول        | 16 - 22 ديسمبر / كانون أول  | 30 ديسمبر / كانون أول             | 13 يناير / كانون ثاني  |
| 16 - 31 ديسمبر / كانون أول       | 3 - 9 يناير / كانون ثاني    | 13 يناير / كانون ثاني             | 27 يناير / كانون ثاني  |

خط مساعدة مقدم الخدمة: 1-800-804-3833 أو 1-877-434-1082 (الهاتف النصي)