القائمة المرجعية للمساعد الشخصي

**اسم المساعد الشخصي**

 الاسم الأول أول حرف من اسم الأب الاسم الأخير

**تاريخ التوجيه**

**ملف مجلد (مانيلا)**

\_\_\_\_\_\_ نموذج الطلب

\_\_\_\_\_\_ طريقة الدفع

\_\_\_\_\_\_ بطاقة RapidPay

\_\_\_\_\_\_ قائمة المراجع

\_\_\_\_\_\_ استبيان تكافؤ فرص العمل (EEO)

\_\_\_\_\_\_ W-4

\_\_\_\_\_\_ تقرير المعلومات الأساسية

\_\_\_\_\_\_ الترخيص للإفراج عن المعلومات

\_\_\_\_\_\_ مراجعة جاهزية الموظف (BRR)

\_\_\_\_\_\_ LS-54 (4/9/11)

\_\_\_\_\_\_ فيديو السلامة

\_\_\_\_\_\_ اختبار عن سلامة الظهر

\_\_\_\_\_\_ القائمة المرجعية للتوجيه

\_\_\_\_\_\_ شهادة امتثال الشركات

**مجلد الصحة (باللون الأحمر) ملف تحديد الهوية**

\_\_\_\_\_\_ التقييم الصحي السنوي \_\_\_\_\_\_ 1-9

\_\_\_\_\_\_ اختبار المشتق البروتيني المنقى (PPD) (اختبار الدرن) أو الأشعة السينية \_\_\_\_\_\_ رخصة القيادة \_\_\_\_\_\_ بطاقة الضمان الاجتماعي

\_\_\_\_\_\_ سجلات التطعيم ومعايرة (MMR) \_\_\_\_\_\_ جواز السفر \_\_\_\_\_\_ صورة شخصية

 \_\_\_\_\_\_ شهادة ميلاد

ملاحظات إضافية:

**نموذج برنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS)**

الاسم:

 الأول اسم الأب الاسم الأخير

العنوان:

المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

رقم الهاتف المحمول: ( ) رقم الهاتف المنزلي: ( )

رقم هاتف للاتصال به في حالة الطوارئ:

 الاسم رقم الهاتف

رقم هاتف بديل الاسم رقم الهاتف

**عنوان المراسلة:** (**فقط** إذا كان مختلفا عن العنوان الوارد أعلاه)

العنوان:

المدينة: الولاية: الرمز البريدي:

**اسم (صاحب العمل / المستهلك):**

رقم الهاتف ( ) العلاقة

**أدرك أنه عند تعبئة هذا الطلب فإنه لا يُمثل أية وعود ضمنية أو صريحة في الحصول على وظيفة أو توظيفي من قبل أحد أصحاب العمل لبرنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS) أو توظيفي من قِبل مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).** إذا اختار مستهلك توظيفي بعد إجراء مقابلة شخصية (من قبل المستهلك / صاحب العمل)، فإنني سأصبح موظفا لدى صاحب العمل / المستهلك ومؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (**WNYIL**) / برنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS).

**أدرك كذلك أن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة تتوافق تمامًا مع القانون الفيدرالي لخلو مكان العمل من المخدرات لعام 1988. أدرك كذلك أنه لا يمكنني العمل مع زوجتي أو مع قاصر دون سن 21 عامًا بموجب برنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS) وأن أتقاضى راتبي من مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)؛ أفهم أيضًا أنه لا يمكنني العيش مع صاحب العمل / المستهلك دون إذن مسبق.**

**توقيع المساعد الشخصي:**

**التاريخ:**

CDPA-7/1/19

**طريقة الدفع المعتمدة**

**الاسم المطبوع التاريخ**

**التوقيع**

**خيارات الإيداع المباشر: يرجى وضع علامة على الخيار 1 أو الخيار 2:**

**1.** □ **حساب الإيداع المباشر الخاص بك**

نوع الحساب (قم بوضع علامة على خانة الاختيار التي تنطبق): حساب جاري □ حساب توفير □

\*\*(يمكن تقديم شيك مصرفي ملغي أو كشف حساب إيداع مباشر)

اسم البنك:

رقم التحويل (يتكون ذلك دائمًا من 9 أرقام]

رقم الحساب (يختلف عدد الأرقام حسب البنك]

**2.** □ **بطاقة RapidPay الصادرة من خلال مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)**

سيتم إيداع راتبك تلقائيًا في هذه البطاقة المدفوعة مقدمًا كل مرة يتم فيها صرف الرواتب. وسيتم إرسال بيان راتب إليك عبر البريد.

**\*\*\*\* سيتم إرسال شيك الراتب الأول لك أو يمكنك استلامه بين الساعة 11 صباحًا إلى الساعة 4:45 مساءًا في أيام صرف الرواتب**

**المعلومات المرجعية للمساعد الشخصي**

**الاسم: التاريخ:**

يرجى ذكر ثلاثة مراجع موثوقة يمكن التحقق منها ، بالإضافة إلى عناوينهم أو رقم (أرقام) هواتفهم

**المرجع رقم 1 (صاحب العمل السابق/الحالي)**

الاسم:

العنوان:

المدينة، الولاية

& الرمز البريدي:

رقم الهاتف ( ) رقم الهاتف المحمول ( )

**المرجع رقم 2 (شخصي)**

الاسم:

العنوان:

المدينة، الولاية

& الرمز البريدي:

رقم الهاتف ( ) رقم الهاتف المحمول ( )

**المرجع رقم 3 (شخصي)**

الاسم:

العنوان:

المدينة، الولاية

& الرمز البريدي:

رقم الهاتف ( ) رقم الهاتف المحمول ( )

CDPA-7/1/19

**استبيان تكافؤ فرص العمل (EEO) للمساعد الشخصي**

**اسم المساعد الشخصي:**

**العنوان:**

**المدينة: الولاية: الرمز البريدي:**

**رقم الهاتف:**

**ما هو جنسك (*اختر خيارًا واحد مما يلي)*؟**ذكر □ أنثى □

**ما هو أصلك العرقي / الإثني (الرجاء اختيار من بين ما يلي)؟**

أبيض □ أسود /أمريكي من أصل أفريقي □ إسباني الأصل أو لاتيني □ أسيوي □

من سكان ألاسكا الأصليين./أمريكي هندي □ من سكان هاواي الأصليين/ من سكان جزر أخرى بالمحيط الهادئ □

لدي عرقين أو أكثر □ أخرى □

**هل لديك إعاقة خاصة بتكافؤ فرص العمل (EEO) (اختر خيارًا واحد مما يلي)؟** إعاقة جسدية **□**

إعاقة سمعي □ إعاقة عقلية ونفسية □ إعاقة إدراكية □ إعاقات متعددة □

إعاقة بصرية □ ليس لدى إعاقة □

**ما هي اللغة التي تعتبرها لغتك الأساسية؟**

**هل أنت من أحد قدامى المحاربين في الولايات المتحدة (اختر خيارًا واحد مما يلي)?** نعم □ لا□

**إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى اختيار خيارًا واحد مما يلي:** أحد قدامى المحاربين المعاقين □ قوات مسلحة □

حائز على وسام المحاربين القدامى □ أحد المحاربين القدامى الآخرين المحميين بالقانون □ أحد المحاربين القدامى بحقبة حرب فيتنام □

*(هذه المعلومات ضرورية للوفاء بالمعايير الفيدرالية لتقديم التقارير عن التوظيف. شكرا لك على وقتك.)*

CDPA-7/1/19

**نموذج W-4 (2019)**

**التطورات المستقبلية.** للحصول على أحدث المعلومات حول أي تطورات مستقبلية متعلقة بالنموذج W-4 ، مثل التشريعات التي سُنت بعد نشره، يرجى زيارة www.irs.gov/FormW4.

**الغرض.** أكمل النموذج W-4 حتى يتمكن صاحب العمل من استقطاع ضريبة الدخل الفيدرالية الصحيحة من راتبك. يرجى مراعاة تعبئة نموذج W-4 جديد سنويًا وكذلك عندما يتغير موقفك المالي أو الشخصي.

**الإعفاء من الاستقطاع.** يمكنك المطالبة بالإعفاء من الاستقطاع لعام 2019 إذا انطبق ما يلي.

• لعام 2018، كان لديك الحق في استرداد جميع ضرائب الدخل الفيدرالية المستقطعة بسبب عدم التزامك الضريبي، و

• لعام 2019، توقع استرداد جميع ضرائب الدخل الفيدرالية المستقطعة لأنك تتوقع عدم وجود أي التزام ضريبي.

إذا كنت معفيًا ، فأكمل الأسطر 1 و 2 و 3 و 4 و 7 فقط وقم بالتوقيع على النموذج للتحقق من صحته. ينتهي إعفاءك لعام 2019 في 17 فبراير 2020. راجع المنشور رقم 505، الخاص بالضريبة المقتطعة والضريبة المقدرة، لمعرفة المزيد حول ما إذا كنت مؤهلاً للإعفاء من الاستقطاع.

**تعليمات عامة**

إذا لم تكن معفيًا، اتبع بقية هذه التعليمات لتحديد عدد بدلات الاستقطاع التي يجب أن تطالب بها للاستقطاع لعام 2019 وأي مبلغ إضافي من الضريبة يتعين عليك استقطاعه. بالنسبة للأجور العادية، يجب أن يكون الاستقطاع على أساس البدلات التي تطالب بها وقد لا يكون مبلغًا ثابتًا أو نسبة مئوية من الأجور.

يمكنك أيضًا استخدام الآلة الحاسبة على الموقع ***www.irs.gov/W4App***لتحديد الضرائب المستقطعة الخاصة بك بدقة أكبر. قم باستخدام هذه الآلة الحاسبة إذا كان لديك موقف ضريبي أكثر تعقيدًا، مثل إذا كان لديك زوجة عاملة، أو أكثر من وظيفة، أو مبلغ كبير من الدخل بخلاف المرتب/الأجر ولا يخضع للاستقطاع خارج وظيفتك. بعد دخول النموذج W-4 حيز التنفيذ، يمكنك أيضًا استخدام هذه الآلة الحاسبة لمعرفة كيفية مقارنة مبلغ الضريبة التي تم استقطاعها بالضريبة الإجمالية المتوقعة لعام 2019. إذا كنت تستخدم الحاسبة، فلن تحتاج إلى إكمال أي من أوراق العمل للنموذج W-4.

لاحظ أنه إذا كان لديك الكثير من الضرائب المستقطعة، سوف تتلقى استرداد عند تقديم الإقرارات الضريبية الخاصة بك. إذا كان لديك مبلغ قليل جدا من الضرائب المستقطعة، فسوف تكون مُلزمًا بضريبة عند تقديم الإقرار الضريبي الخاص بك، وقد يتم فرض عقوبة عليك.

**مقدمي الإقرارات الضريبية الذين لديهم وظائف متعددة أو أزواج عاملون.** إذا كان لديك أكثر من وظيفة واحدة في نفس الوقت، أو إذا كنت متزوجا وزوجتك أيضا تعمل، فإنه يستلزم عليك قراءة جميع التعليمات بما في ذلك التعليمات الواردة بورقة العمل الخاصة بأصحاب الدخل / الوظائف المتعددة قبل البدء في تقديم الإقرار الضريبي.

**الدخل بخلاف المرتب/الأجر.** إذا كان لديك مبلغ كبير من الدخل بخلاف المرتب/الأجر.ولا يخضع للاستقطاع مثل الفائدة أو الأرباح، فيجب عليك إجراء دفعات ضريبية تقديرية باستخدام النموذج 1040-ES، الضريبة المقدرة للأفراد. وخلاف ذلك، فقد يتم تحميلك ضريبة إضافية. أو يمكنك استخدام الخصومات والتعديلات وورقة عمل الدخل الإضافي في الصفحة رقم 3 أو استخدام الآلة الحاسبة المتاحة على الموقع www.irs.gov/W4App للتأكد من أن لديك ما يكفى من الضريبة التى تقتطع من راتبك. إذا كان لديك دخل معاش تقاعدي أو معاش سنوي، راجع المنشور 505 أو استخدم الآلة الحاسبة المتاحة في الموقع www.irs.gov/W4App لمعرفة ما إذا كان يجب عليك تعديل استقطاعك في النموذج W-4 أو W-4P.

أجنبي غير مقيم. إذا كنت أجنبيًا غير مقيم، فراجع المنشور رقم 1392، تعليمات النموذج الإضافي W-4 للأجانب غير المقيمين، قبل إكمال هذا النموذج.

**تعليمات محددة**

**ورقة عمل البدلات الشخصية**

أكمل ورقة العمل هذه في الصفحة رقم 3 أولاً لتحديد عدد البدلات المستقطعة للمطالبة بها.

**السطر C. رب الأسرة يرجى ملاحظة:** بشكل عام، يمكنك المطالبة بتقديم حالة رب المنزل على الإقرار الضريبي الخاص بك فقط إذا كنت غير متزوج وتدفع أكثر من 50٪ من تكاليف تأمين منزل لنفسك ولفرد مؤهل. راجع المنشور رقم 501 لمزيد من المعلومات حول حالة الإقرار الضريبي.

**السطر E. الإعفاء الضريبي للطفل.** عند تقديم الإقرارات الضريبية الخاصة بك، قد تكون مؤهلاً للمطالبة بإعفاء ضريبي خاص لكل من أطفالك المؤهلين. لتصبح مؤهلاً، يجب أن يكون الطفل تحت سن 17 عامًا اعتبارا من 31 ديسمبر، ويجب أن يكون الطفل معال من قِبلك ويعيش معك لأكثر من نصف السنة، ويجب أن يكون لديه رقم ضمان اجتماعي صالح. لمعرفة المزيد حول هذا الإعفاء، راجع المنشور رقم 972، الإعفاء الضريبي للطفل. لتقليل الضريبة المستقطعة من راتبك عن طريق الاستفادة من هذا الإعفاء الضريبي، اتبع الإرشادات الواردة في السطر E بورقة العمل. في ورقة العمل، سيتم سؤالك عن إجمالي دخلك. ولهذا الغرض، يشمل إجمالي الدخل جميع الأجور ومصادر الدخل الأخرى، بما في ذلك الدخل الذي يكسبه الزوج أو الزوجة إذا كنت تقدم إقرار ضريبي مشترك.

**السطر F. الإعفاء للمعالين الآخرين.** عند تقديم الإقرار الضريبي الخاص بك، قد تكون مؤهلاً للمطالبة بالإعفاء الضريبي للمعالين الآخرين الذين لا يمكن المطالبة لهم بالحصول على الإعفاء الضريبي للطفل ، مثل الطفل المؤهل الذي لا يفي بشرط العمر أو الوفاء بمتطلبات الحصول على رقم الضمان الاجتماعي للاستفادة من الإعفاء الضريبي للطفل، أو قريب مؤهل. لمعرفة المزيد حول هذا الإعفاء، راجع المنشور رقم 972. لتقليل الضريبة المستقطعة من راتبك عن طريق الاستفادة من هذا الإعفاء الضريبي، اتبع الإرشادات الواردة في السطر F بورقة العمل. في ورقة العمل، سيتم سؤالك عن إجمالي دخلك. لهذا الغرض، المجموع

 **افصل هنا واعط نموذج W-4 لصاحب عملك. احتفظ بورقة (أوراق) العمل لسجلاتك.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نموذج **W-4**دائرة الإيرادات الداخلية بوزارة الخزانة | **شهادة البدلات المستقطعة للموظف****►** يخضع ما إذا كان يحق لك المطالبة بعدد معين من البدلات أو الإعفاء من الاستقطاع للمراجعة من قبل مصلحة الضرائب. **قد يُطلب من صاحب عملك إرسال نسخة من هذا النموذج إلى مصلحة الضرائب.**  | رقم OMB 1545-0074**2019** |
| 1. الاسم الأول واسم الأب
 | الاسم الأخير | 2 رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك |
| عنوان المنزل (الرقم والشارع أو الطريق الريفي) | **3** □ أعزب □ متزوج □ متزوج، ولكن يتم استقطاع مبلغ أعلى. **ملاحظة:** إذا كنت متزوج وتقوم بتقديم الإقرار الضريبي منفصلاً، يرجى وضع علامة على "متزوج ولكن يتم استقطاع مبلغ أعلى." |
| المدينة أو المدينة والولاية والرمز البريدي | **4 إذا كان اسمك الأخير يختلف عن الاسم الذي يظهر على بطاقة الضمان الاجتماعي الخاصة بك، فقم بوضع علامة هنا. يجب عليك الاتصال على 1213-772-800 للحصول على بطاقة بديلة.**  ► □ |
| 5 إجمالي عدد البدلات التي تطالب بها (من ورقة العمل المعمول بها في الصفحات التالية)  | **5** |  |
| 6 مبلغ إضافي، إن وجد، تريد استقطاعه من كل راتب  | **6** | دولار |
| 7 أطالب بالإعفاء من الاستقطاع لعام 2019، وأقر بأنني أفي بـ **كلا** الشروط التالية للاستفادة من الإعفاء.● في العام الماضي كان لي الحق في استرداد **كل**ضرائب الدخل الفيدرالية المستقطعة وذلك لأنني **لم** يكن لدى مسئولية ضريبية، **و**● هذا العام أتوقع استرداد **جميع** ضرائب الدخل الفيدرالية المستقطعة لأنني أتوقع أن لا يكون لدي مسؤولية ضريبية. |  |
| إذا كنت تستوفي كلا الشرطين، اكتب "إعفاء" هنا ► | **7** |  |
| بموجب عقوبات شهادة الزور، أعلن أنني فحصت هذه الشهادة، وعلى حد علمي وإيماني، فهي سليمة وصحيحة وكاملة.**توقيع الموظف**(هذا النموذج غير صالح ما لم تقم بالتوقيع عليه.) ► التاريخ ► |
| 8 اسم صاحب العمل وعنوانه (صاحب العمل. أكمل المربعات 8 و 10 في حالة الإرسال إلى مصلحة الضرائب وأكمل المربعات 8 و9 و10 في حالة الإرسال إلى دليل الولاية لموظفين جدد.) | 9 التاريخ الأول للتوظيف | 10 رقم تعريف صاحب العمل (EIN) |

قانون الخصوصية وقانون تقليل الأعمال الورقية، راجع الصفحة رقم 4. Cat. No. 10220Q نموذج **W-4** (2019)

نموذج W-4 (2019) الصفحة 2

يشمل إجمالي الدخل جميع الأجور ومصادر الدخل الأخرى، بما في ذلك الدخل الذي يكسبه الزوج أو الزوجة إذا كنت تقدم إقرار ضريبي مشترك.

**السطر G. الإعفاءات الأخرى.** قد تتمكن من تخفيض الضريبة المستقطعة من راتبك إذا كنت تتوقع المطالبة بإعفاءات ضريبية أخرى، مثل الإعفاءات الضريبية للتعليم (راجع المنشور رقم 970). إذا قمت بذلك، فإن الراتب الخاص بك سيكون أكبر، ولكن مبلغ أي استرداد تتلقاه عند تقديم الإقرارات الضريبية الخاصة بك سوف يكون أصغر. اتبع الإرشادات لورقة العمل 1-6 في المنشور رقم 505 إذا كنت ترغب في تقليل الاستقطاع الخاص بك لأخذ هذه الإعفاءات في الاعتبار. أدخل "-0-" في السطرين E وF إذا كنت تستخدم ورقة العمل 1-6.

**ورقة عمل الخصومات والتسويات والدخل الإضافي**

أكمل ورقة العمل هذه لتحديد ما إذا كنت قادراً على خفض الضريبة المستقطعة من راتبك لحساب الخصومات المفصلة والتسويات الأخرى على الدخل، مثل اشتراكات حساب التقاعد الفردي (IRA). إذا قمت بذلك، فإن المبلغ المسترد الخاص بك في نهاية العام سيكون أصغر، ولكن الراتب الخاص بك سيكون أكبر. لا يُطلب منك إكمال ورقة العمل هذه أو تقليل استقطاعك إذا كنت لا ترغب في القيام بذلك.

يمكنك أيضًا استخدام ورقة العمل هذه لمعرفة مقدار زيادة الضريبة المستقطعة من الراتب إذا كان لديك مبلغ كبير من الدخل بخلاف المرتب/الأجر.ولا يخضع للاستقطاع مثل الفائدة أو الأرباح.

وثمة خيار آخر هو أخذ هذه العناصر في الاعتبار وجعل استقطاعك يتسم بمزيد من الدقة باستخدام الحاسبة المتوفرة على الموقع *www.irs.gov/W4App*. إذا كنت تستخدم الحاسبة، فلن تحتاج إلى إكمال أي من أوراق العمل للنموذج W-4.

**ورقة عمل لشخصين من متقاضي الأجور / الوظائف المتعددة**

أكمل ورقة العمل هذه إذا كان لديك أكثر من وظيفة واحدة في نفس الوقت أو إذا كنت متزوج وتقدم إقرار ضريبي مشترك وكانت زوجتك أو زوجك أيضا يعمل. إذا لم تكمل ورقة العمل هذه، فقد يتم استقطاع ضرائب قليلة جدًا. إذا كان الأمر كذلك، سوف تكون مدين بضرائب عند تقديم الإقرارات الضريبية الخاصة بك، وقد تكون عرضة لعقوبة.

اذكر العدد الإجمالي للبدلات التي يحق لك المطالبة بها وأي مبلغ إضافي من الضرائب لاستقطاعه عن جميع الوظائف باستخدام أوراق عمل من نموذج W-4 واحد فقط. قم بالمطالبة بجميع البدلات في نموذج W-4 بأنك أو زوجتك تقوم بتقديم ملف الإقرار الضريبي عن أعلى وظيفة بأجر في أسرتك وقم بالمطالبة بصفر بدلات في نماذج W-4 المقدمة لجميع الوظائف الأخرى. على سبيل المثال، إذا كنت تكسب 60،000 دولار في السنة وزوجتك تكسب 20،000 دولار، يجب عليك إكمال أوراق العمل لتحديد ما الذي يجب عليك إدخاله في السطرين 5 و 6 من النموذج W-4 الخاص بك، ويجب على زوجتك أن تدخل صفر ("-0-") في السطرين 5 و 6 من نموذج W-4 الخاص بها. راجع المنشور رقم 505 لمزيد من التفاصيل.

وثمة خيار آخر هو استخدام الحاسبة على الموقع الإلكتروني*www.irs.gov/W4App* لجعل استقطاعك يتسم بمزيد من الدقة.

**تلميح:** إذا كان لديك زوجة عاملة ودخلكما متشابهين، يمكنك وضع على علامة على مربع "متزوج، ولكن يتم استقطاع مبلغ أعلى" بدلا من استخدام ورقة العمل هذه. إذا اخترت هذا الخيار، فإنه يجب على كل زوج تعبئة ورقة عمل البدلات الشخصية ووضع علامة على مربع "متزوج، ولكن يتم استقطاع مبلغ أعلى" في النموذج W-4، ولكنه يجب على زوج واحد فقط المطالبة بأي بدلات للحصول على الإعفاءات أو تعبئة ورقة عمل الخصومات والتسويات والدخل الإضافي.

**تعليمات لصاحب العمل**

**لا يجب على الموظفين إكمال المربع 8 أو 9 أو 10. سيقوم صاحب العمل بإكمال هذه المربعات إذا لزم الأمر.**

**تقديم تقارير بالموظفين الجدد.** يستلزم على أصحاب العمل بموجب القانون تقديم تقارير بالموظفين الجدد إلى الدليل لحكومي المعني بالموظفين الجدد. يمكن لأصحاب العمل استخدام النموذج W-4، وتتعلق المربعات 8 و9 و10 بالامتثال لمتطلبات تقديم تقارير بالموظفين الجدد الذين تم تعيينهم حديثاً. يُعد الموظف المُعين حديثا موظفا لم يكن قد سبق أن قام صاحب العمل بتوظيفه من قبل، أو سبق وتم توظيفه من قبل صاحب العمل ولكنه انفصل عن هذه الوظيفة السابقة لمدة 60 يوما متتاليا على الأقل. يجب على أصحاب العمل الاتصال بدليل الولاية الجديد للتعيينات الجديدة لمعرفة كيفية إرسال نسخة من النموذج W-4 المكتمل. للحصول على معلومات وروابط لكل دليل ولاية معني بالتعينات الجديدة (بما في ذلك الأراضي الأمريكية)، قم بالانتقال إلى موقع ***www.acf.hhs.gov/css/employers.***

إذا كان صاحب العمل يقوم بارسال نسخة من النموذج W-4 إلى دليل الولاية المعني بالتعينات الجديدة للامتثال لمتطلبات تقديم تقارير بالموظفين الجدد الذين تم تعيينهم حديثاً، فأكمل المربعات 8 و 9 و 10 على النحو التالي.

**المربع 8.** أدخل اسم صاحب العمل وعنوانه. إذا كان صاحب العمل يقوم بارسال نسخة من هذا النموذج إلى دليل الولاية المعني بالتعينات الجديدة، فأدخل العنوان الذي يجب أن ترسل عليه وكالات دعم الأطفال طلبات استقطاع الدخل.

**المربع 9.** إذا كان صاحب العمل يقوم بارسال نسخة من هذا النموذج إلى دليل الولاية المعني بالتعيينات الجديدة، فأدخل أول تاريخ لتعيين الموظف، وهو التاريخ الذي تم فيه تقديم خدمات من قِبل الموظف ليستحق عليها الأجر لأول مرة . إذا قام صاحب العمل بإعادة توظيف الموظف بعد فصل الموظف عن خدمة صاحب العمل لمدة 60 يومًا على الأقل، فأدخل تاريخ إعادة التوظيف.

**المربع 10.** أدخل رقم تعريف صاحب العمل (EIN).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Paula\AppData\Local\Temp\FineReader12.00\media\image1.jpeg | **إدارة الضرائب والمالية****شهادة البدلات المستقطعة للموظف****ولاية نيويورك • مدينة نيويورك \* يونكرز** | **IT-2104** |
| الاسم الأول واسم الأب الاسم الأخير | رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك |
| عنوان المنزل الدائم *(العدد والشارع أو الطريق الريفي)* رقم الشقة | أعزب أو رب أسرة □ متزوج □متزوج، ولكن يتم استقطاع مبلغ أعلى □**ملاحظة:** إذا كنت قد تزوجت ولكن انفصلت قانونيًا، ضع علامة على مربع على مربع *عازب أو رب أسرة* |
| المدينة أو القرية أو مكتب البريد الولاية الرمز البريدي |
| هل أنت مقيم في مدينة نيويورك؟ □ نعم □ لاهل أنت مقيم في يونكرز؟ □ نعم □ لا**أكمل ورقة العمل في الصفحة رقم 3 قبل إجراء أي إدخالات.** |  |
| 1 العدد الإجمالي للبدلات التي تطالب بها لولاية نيويورك ويونكرز، **إن كان ذلك ممكننا** (*من السطر 20)*  | **1** |  |
| 2 إجمالي عدد البدلات لمدينة نيويورك *(من السطر 35)*  | **2** |  |
|  |
| **استخدم السطر 3 و4 و5 أدناه للحصول على فترة إضافية للاستقطاع لكل راتب بموجب اتفاقية خاصة مع صاحب العمل.** |
|  |
| 3 مبلغ ولاية نيويورك  | **3** |  |
| 4 مبلغ مدينة نيويورك  | **4** |  |
| 5 مبلغ يونكرس  | **5** |  |

أقر بأنه يحق لي الحصول على عدد بدلات الاستقطاع المطالب بها في هذه الشهادة.

|  |  |
| --- | --- |
| توقيع الموظف | التاريخ |

**العقوبة** - قد يتم فرض غرامة قدرها 500 دولار على أي بيان كاذب لتقليل المبلغ الذي تم استقطاعه من الأجر الخاص بك. قد تخضع أيضًا لعقوبات جنائية.

**الموظف: قم بفصل هذه الصفحة وإعطائها لصاحب عملك. واحتفظ بنسخة لسجلاتك.**

**صاحب العمل: احتفظ بهذه الشهادة بسجلاتك.**

قم بوضع علامة X في المربع أ و / أو المربع ب للإشارة إلى سبب قيامك بإرسال نسخة من هذا النموذج إلى ولاية نيويورك *(انظر التعليمات):*

أ قام الموظف بتقديم مطالبة لأكثر من 14 بدلات معفاة من الضرائب لولاية نيويورك .................. أ □

ب الموظف توظيف جديد أو إعادة توظيف... ب □ التاريخ الأول الذي قام فيه الموظف بأداء خدمات عمله ليستحق الراتب في تاريخ *(يوم-شهر-سنة) (انظر التعليمات.):*

هل تتوفر مزايا التأمين الصحي للمعالين التابعين لهذا الموظف؟ .................نعم □ لا □

إذا كانت الإجابة بنعم ، فأدخل تاريخ تأهيل الموظف *(اليوم-الشهر-السنة):*

|  |  |
| --- | --- |
| اسم صاحب العمل وعنوانه (صاحب العمل: أكمل هذا القسم فقط إذا كنت ترسل نسخة من هذا النموذج إلى دائرة الضرائب في نيويورك.)  | رقم تعريف صاحب العمل |

**تعليمات**

**التغييرات سارية لعام 2019**

تمت مراجعة النموذج IT-2104 للسنة الضريبية 2019. يُسمح بالبدلات الإضافية للموظفين المشمولين بأصحاب العمل الذين اختاروا دفع ضريبة نفقة تعويض صاحب العمل وللموظفين الذين ساهموا في الصندوق الاستئماني للهبات الخيرية في نيويورك خلال عام 2018.

تم تعديل ورقة العمل في الصفحة 3 والمخططات بدءًا من الصفحة 4، والتي تُستخدم لحساب البدلات المستقطعة أو لإدخال مبلغ إضافي في السطر 3 أو 4 أو 5. إذا سبق لك أن قدمت نموذج IT-2104 واستخدمت ورقة العمل أو الرسوم البيانية، فيجب عليك إكمال نموذج 2019 IT-2104 جديد وإعطاؤه لصاحب العمل.

**من يجب أن يقدم هذا النموذج**

يتم إكمال هذه الشهادة، النموذج IT-2104، من قبل الموظف ويتم إعطاؤها لصاحب العمل لإعلام صاحب العمل بمقدار ضريبة ولاية نيويورك (ومدينة نيويورك ويونكرز) التي يجب استقطاعها من راتب الموظف. كلما زادت البدلات التي يتم المطالبة بها، كلما انخفض مقدار الضريبة المستقطعة.

إذا لم تقم بتقديم نموذج IT-2104، يجوز لصاحب عملك استخدام نفس عدد البدلات التي قمت بالمطالبة بها في النموذج الفيدرالي W-4. نظرًا للاختلافات في قانون الضرائب، قد ينتج عن ذلك مبلغ ضريبة خاطئ يتم استقطاعه لولاية نيويورك ومدينة نيويورك ويونكرز. أكمل النموذج IT-2104 كل عام وقدمه إلى صاحب العمل إذا كان عدد البدلات التي قد تطالب بها

مختلفًا عن النموذج الفيدرالي W-4 أو قد تغيرت. تتضمن الأسباب الشائعة لاستكمال نموذج IT-2104 جديد كل عام ما يلي:

• لقد بدأت وظيفة جديدة.

• لم تعد معالاً.

• قد تكون ظروفك الفردية قد تغيرت (على سبيل المثال، كنت متزوجاً أو أنجبت طفلاً إضافياً).

• لقد انتقلت إلى مدينة نيويورك أو يونكرز أو خارجها.

• قمت بتفصيل الخصومات الخاصة بك في إقرار ضريبة الدخل الشخصي الخاص بك.

• أنت تطالب ببدلات لإعفاءات ولاية نيويورك.

• هناك ضريبة مستحقة عليك أو استلمت مبلغًا كبيرًا عندما قدمت إقرارك الضريبي للدخل الشخصي للعام الماضي.

• زاد أجرك وتتوقع أن تكسب 107،650 دولارًا أو أكثر خلال السنة الضريبية.

• ارتفع إجمالي الدخل الخاص بك وبزوجتك إلى 107،650 دولارًا أو أكثر للسنة الضريبية.

• لديك دخل أكثر أو أقل بكثير من مصادر أخرى أو من وظيفة أخرى.

• لم تعد مؤهلاً للإعفاء من الاستقطاع.

صفحة **2** من 7 IT-2104 (2019)

\* تم إعلامك من قِبل دائرة الإيرادات الداخلية بأنه يحق لك الحصول على بدلات أقل من المبلغ المطالب به في النموذج الفيدرالي الأصلي W-4 الخاص بك، وتمت المطالبة بالبدلات غير المسموح بها في النموذج الأصلي IT-2104 الخاص بك.

**الإعفاء من الاستقطاع**

لا يمكنك استخدام نموذج IT-2104 للمطالبة بالإعفاء من الاستقطاع. للمطالبة بالإعفاء من اقتطاع ضريبة الدخل، **يجب** عليك تقديم نموذج IT-2104-E، *شهادة إعفاء من الاستقطاع*، مع صاحب عملك. يجب عليك تقديم شهادة جديدة كل عام لتكون مؤهلاً للإعفاء. لا يُسمح بهذا الإعفاء من الاستقطاع إلا إذا لم يكن لديك أي مسئولية ضريبة في نيويورك في السنة السابقة، وأنت كذلك لا تتوقع أية مسئولية ضريبية في السنة الحالية، وكان عمرك أكثر من 65 عامًا أو أقل من 18 عامًا أو طالب بدوام كامل دون سن 25 عامًا. يمكنك أيضًا المطالبة بالإعفاء من الاستقطاع إذا كنت زوجًا عسكريًا وتفي بالشروط المنصوص عليها في قانون الإغاثة المدنية للخدمة على النحو المعدل بموجب قانون إغاثة إقامة الزوجين العسكريين. إذا كنت أحد معالًا وعمرك أقل من 18 عامًا أو طالبًا متفرغًا، فقد يستحق عليك ضريبة إذا كان دخلك يزيد عن 3،100 دولار.

**بدلات الاستقطاع**

لا يجوز لك المطالبة ببدل الاستقطاع عن نفسك أو زوجتك إذا تزوجت. قم بتقديم المطالبة بعدد بدلات الاستقطاع التي تحسبها في الجزء 1 والجزء 5 من ورقة العمل في الصفحة 3. إذا كنت تريد استقطاع المزيد من الضرائب، فيمكنك المطالبة ببدلات أقل. **إذا كنت تطالب بأكثر من 14 بدلاً،** فيجب على صاحب العمل إرسال نسخة من نموذج **IT-2104** إلى دائرة الضرائب لولاية نيويورك. قد يُطلب منك بعد ذلك التحقق من البدلات. إذا وصلت إلى بدلات سالبة (أقل من صفر) في البنود 1 أو 2 ولم يتمكن صاحب العمل من استيعاب البدلات السلبية، فأدخل 0 وانظر *المبلغ (المبالغ) الإضافية* أدناه.

**الدخل من مصادر أخرى غير الأجور** - إذا كان لديك أكثر من 1000 دولار من الدخل من مصادر أخرى غير الأجور (مثل الفائدة أو الأرباح أو النفقة المستلمة)، قم بتخفيض عدد البدلات المطالب بها في البند 1 والبند 2 (إن أمكن) من شهادة IT-2104 من بمقدار 1000 دولار لكل منهما من الدخل بخلاف المرتب/الأجر. إذا وصلت إلى بدلات سالبة (أقل من صفر)، راجع *بدلات الاستقطاع* أعلاه. قد تفكر أيضًا في دفع مبالغ ضريبية تقديرية، خاصة إذا كان لديك مبالغ كبيرة من الدخل بخلاف المرتب/الأجر. وتتطلب الضريبة المقدرة أن يدفع الموظف المدفوعات مباشرة إلى إدارة الضرائب على أساس ربع سنوي. لمزيد من المعلومات، راجع إرشادات النموذج IT-2105 أو *قسيمة دفع الضرائب المقدرة للأفراد*، أو راجع *هل تحتاج إلى مساعدة؟* في الصفحة 6.

**الإعفاءات الأخرى** (ورقة العمل السطر 14) - إذا كنت مؤهلا ً للمطالبة بأي إعفاءات غير الأرصدة المدرجة في ورقة العمل، مثل استقطاع ضريبة الاستثمار، يمكنك المطالبة ببدلات إضافية.

ابحث عن حالة التصنيف والدخل الإجمالي المعدل في نيويورك (NYAGI) الخاص بك في الرسم البياني أدناه، ثم قم بتقسيم مبلغ الإعفاء المتوقع على الرقم المشار إليه. أدخل النتيجة (تقريبًا إلى أقرب رقم صحيح) في السطر 14.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **أعزب والدخل الإجمالي المعدل في نيويورك (NYAGI) هو:** | **رب أسرة والدخل الإجمالي المعدل في نيويورك (NYAGI) هو:** | **متزوج والدخل الإجمالي المعدل في نيويورك (NYAGI) هو:** | **تقسيم مبلغ الإعفاء المتوقع عن طريق:** |
| أقل من 215،400 دولار | أقل من269،300 دولار | أقل من 323،200 دولار | 66 |
| بين 215،400 دولار و1،077،500 دولار | بين 269،300 دولار و1،616،450 دولار | بين 323،200 دولار و2،155،350 دولار | 68 |
| أكثر من1,077,550 دولار | أكثر من1,616,450 دولار | أكثر من2,155,350 دولار | 88 |

**مثال:** *أنت متزوج وتتوقع أن يكون إجمالي دخلك المعدل في نيويورك أقل من 323,200 دولار. بالإضافة إلى ذلك، تتوقع الحصول على خصم ضريبي استثماري من شركة S والتي تُعد مساهم فيها. سيكون الإعفاء الضريبة الاستثماري 160 دولارًا. قسّم الإعفاء المتوقع على 66. 160/66 = 2.4242. يجب أن يكون بدل الاستقطاع الإضافي هو 2. أدخل 2 في السطر 14.*

**الأزواج المتزوجين الذين يعملون معًا** - إذا كنت أنت وزوجتك تعملان، فيجب أن يقدم كل منكما شهادة IT-2104 منفصلة مع أصحاب العمل الخاصين بكم. سوف يطابق الاستقطاع الخاص بك إجمالي الضريبة بشكل أفضل إذا كانت الزوجة هي الأعلى دخلاً بين بدلات الزوجين ويطالب الزوج الأقل دخلاً بصفر بدلات. لا تطالب ببدلات إجمالية أكثر مما يحق لك. إذا كانت أجورك المجمعة هي:

• **أقل من** 107,650 دولار، يجب أن يقوم كل منكما بوضع علامة **X** في المربع *متزوج، ولكن يتم استقطاع مبلغ أعلى* على مقدمة الشهادة، وتقسيم العدد الإجمالي للبدلات التي تقوم بحسابها على السطر 20 والسطر 35 (إن أمكن) بينك وبين زوجتك العاملة.

• $107,650 أو أكثر, استخدم الرسم البياني (الرسوم البيانية) في الجزء 6 وقم بإدخال مبلغ الاستقطاع الإضافية على السطر 3.

**دافعي الضرائب الذين لديهم أكثر من وظيفة** - إذا كان لديك أكثر من وظيفة واحدة، قم بتقديم شهادة IT-2104 منفصلة مع كل صاحب عمل. تأكد من المطالبة فقط بالعدد الإجمالي للبدلات التي يحق لك الحصول عليها. سوف يطابق الاستقطاع الخاص بك إجمالي الضريبة بشكل أفضل إذا كنت تطالب بجميع البدلات الخاصة بك في وظيفتك الأعلى أجرًا وصفر بدلات في الوظيفة الأقل أجرًا. بالإضافة إلى ذلك، للتأكد من أن لديك ما يكفي من الضرائب المستقطعة، إذا كنت دافع ضرائب أعزب أو رب أسرة ولديك وظيفتين أو أكثر، والأجور المُجمعة الخاصة بك من جميع الوظائف الخاصة بك أقل من 107،650 دولار، فقم بخفض عدد البدلات وتقسيمها على سبعة في السطر 1 والسطر 2 (إن أمكن) في الشهادة التي تقوم بتقديمها مع الوظيفة أعلى أجرا لصاحب العمل الخاص بك. إذا وصلت إلى بدلات سالبة (أقل من صفر)، راجع *بدلات الاستقطاع* أعلاه.

إذا كنت دافع ضرائب أعزب أو رب أسرة، والأجور المُجمعة من جميع وظائفك بين 107,650 دولارًا و 2,263,265 دولارًا, فقم باستخدام الرسم البياني (الرسوم البيانية) في الجزء 7 ثم قم بإدخال مبلغ الاستقطاع الإضافي من الرسم البياني في السطر 3.

إذا كنت دافع ضرائب متزوج، والأجور المُجمعة من جميع وظائفك تبلغ 107,650 دولارًا أو أكثر, فقم باستخدام الرسم البياني (الرسوم البيانية) في الجزء 6 فقم بإدخال مبلغ الاستقطاع الإضافي من الرسم البياني في السطر 3 (استبدل الكلمات *وظيفة براتب أكبر لأجور ذوي الدخل الأعلى* داخل الرسم البياني).

**المعالون** - إذا كنت معالًا لدافع ضرائب آخر وتتوقع أن يتجاوز دخلك 3,100 دولار، يجب عليك تخفيض بدلات الاستقطاع الخاصة بك بمقدار واحد لكل 1,000 دولار من الدخل الذي يزيد عن 2,500 دولار. وهذا يضمن أن صاحب العمل الخاص بك يستقطع ما يكفي من الضرائب.

اتباع الإرشادات المذكورة أعلاه سوف يساعد على التأكد من أنك لن تكون ملزمًا بضريبة إضافية عند تقديم إقرارك الضريبي.

**أرباب الأسر الذين ليس لديهم سوى وظيفة واحدة** - إذا كنت ستستخدم حالة تصنيف رب الأسرة في إقرار الدخل الضريبي الخاص بك في الولاية، فقم بضع علامة على المربع *أعزب أو رب الأسرة* في الجزء الأمامي من الشهادة. إذا كان لديك وظيفة واحدة فقط، قد ترغب أيضًا في المطالبة ببدلين إضافيين للاستقطاع في السطر 15.

**مبلغ (مبالغ) إضافية**

يمكنك أن تطلب من صاحب العمل الخاص بك استقطاع مبلغ إضافي عن كل فترة دفع راتب عن طريق استكمال السطور 3 و 4 و 5 في النموذج IT-2104. في معظم الحالات، إذا كنت تحسب عددًا سالبًا من البدلات ولم يستطع صاحب العمل استيعاب رقم سالب، فيجب أن يكون لديك مبلغ إضافي 1.85 دولار من الضريبة المستقطعة لكل أسبوع لولاية نيويورك في السطر 3، ومبلغ 0.80 دولار إضافي من الضريبة المستقطعة في الأسبوع لمدينة نيويورك في السطر 4. يجب على سكان يونكرز استخدام 16.75٪ (0.1675) من مبلغ ولاية نيويورك للاستقطاع الإضافي لسكان يونكرز في السطر 5.

**ملاحظة:** إذا كنت تطلب من صاحب العمل الخاص بك استقطاع مبلغ إضافي في السطور 3 أو 4 أو 5 من هذه شهادة البدل هذه، فإن المبلغ الإضافي، كما هو محدد في هذه التعليمات أو باستخدام الرسم البياني (الرسوم البيانية) في الجزء 6 أو الجزء 7، يُعد دقيق لكشوف المرتبات الأسبوعية. لذلك، إذا لم تكن تتقاضى راتب على أساس أسبوعي، فسوف تحتاج إلى تعديل المبالغ التي تقوم بحسابها. على سبيل المثال، إذا كنت تتقاضى راتب مرة كل أسبوعين، يجب عليك مضاعفة المبالغ المحسوبة.

**تجنب الاستقطاع الضريبي المنخفض**

تم تصميم نموذج IT-2104، جنبًا إلى جنب مع جداول استقطاع صاحب عملك، لضمان استقطاع المبلغ الصحيح للضريبة من راتبك. إذا فشلت في استقطاع ما يكفي من الضرائب خلال العام بأكمله، فقد تكون مدين بمسؤولية ضريبية كبيرة عند تقديم الإقرار الضريبي. ويجب على إدارة الضرائب تقييم الفائدة ويجوز لها فرض عقوبات في حالات معينة بالإضافة إلى الالتزام الضريبي. حتى إذا لم تقم بتقديم إقرار الضريبي، قد نقرر أنك مدين بضريبة دخل شخصي، وقد نقوم بتقييم الفائدة والعقوبات على مبلغ الضريبة التي كان يجب أن تدفعها خلال العام.

**أصحاب العمل**

**المربع أ** - إذا طُلب منك إرسال نسخة من نموذج الموظف IT-2104 إلى إدارة الضرائب لأن الموظف طالب بأكثر من 14 بدل، فقم بوضع علامة **X** في المربع أ وأرسل نسخة من النموذج IT-2104 إلى: **إدارة الضرائب في نيويورك، مدير تدقيق ضريبة الدخل، منسق شهادة الاستقطاع، على عنوان W A Harriman Campus, Albany NY 12227-0865.** إذا كان الموظف أيضا موظفاً جديداً أو معاد توظيفه، ف

راجع تعليمات المربع ب. راجع المنشور رقم 55، *خدمات التسليم الخاصة المعينة*، إذا لم تكن تستخدم بريد الولايات المتحدة الأمريكية.

**الإفصاح والترخيص لتقارير المستهلكين**

**الإفصاح**

فيما يتعلق بطلب عملي للتوظيف (بما في ذلك العقد أو الخدمات التطوعية) مع مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، فإنني أدرك أن تقارير المستهلكين سوف تُطلب من جانبك ("الشركة"). قد تتضمن هذه التقارير، وفقًا لما يسمح به القانون، أنواع المعلومات التالية، حسب الاقتضاء: أسماء وتواريخ العمل لدى أصحاب العمل السابقين، وخبرة العمل، والخلفية التعليمية، والحوادث، والترخيص، والائتمان (وفقًا لما يسمح به القانون - سيتم تقديم الإفصاحات الإضافية)، إلخ. وأفهم كذلك أن مثل هذه التقارير قد تحتوي على معلومات السجل العام مثل، على سبيل المثال لا الحصر: سجل القيادة الخاص بي، ومطالبات تعويض العمال، والأحكام، وإجراءات الإفلاس، وعمليات الإخلاء، والسجلات الجنائية، وما إلى ذلك، من الهيئات الفيدرالية والولاية وغيرها من الهيئات التي تحتفظ بمثل هذه السجلات.

بالإضافة إلى ذلك، فإن تقارير المستهلكين الاستقصائية (التي يتم جمعها من المقابلات الشخصية، حسب الاقتضاء، مع أصحاب العمل السابقين أو الملاك، والجيران السابقين أو الحاليين وزملائي، وما إلى ذلك) لجمع المعلومات المتعلقة بعملي أو أداء المستأجر، والشخصية والسمعة العامة والخصائص الشخصية، ووضع المعيشة (نمط الحياة).

إذا تم توظيفي، فإنني أفهم أن صاحب العمل يمكن أن يستخدم هذا الإفصاح والإذن لمواصلة الحصول على مثل هذه التقارير الاستهلاكية طوال فترة عملي أو فترة العقد أو الخدمة التطوعية.

**الترخيص**

**أمنح بموجب هذا الترخيص إذنا لجمع تقرير (تقارير)المستهلكين وتقرير (تقارير) المستهلكين الاستقصائية من قِبل الشركة. إذا تم توظيفي (أو تم التعاقد معي)، يبقى هذا التصريح في الملف الخاص بي ويعمل كتصريح مستمر للشركة لجمع مثل هذه التقارير في أي وقت أثناء فترة عملي أو عقدي أو عملي التطوعي. أصرح بدون تحفظ لأي شخص أو شركة أو وكالة تم التواصل معها من قِبل وكالة تقارير المستهلك بتقديم المعلومات المذكورة أعلاه.**

**هذا التفويض مشروط بالتمثيل التالي لحقوقي؛**

أدرك أنه يحق لي تقديم طلب إلى وكالة تقارير المستهلك: **شركة بي & بي ريبورتنج، إنك** ("وكالة")، الواقعة في 401 South Market Street, Scottsboro, AL 35768،(رقم الهاتف المجاني) 844-752-1356، عند تحديد الهوية الصحيحة، للحصول على نسخ من أي تقارير تقدمها الوكالة إلى الشركة ولطلب طبيعة وجوهر **جميع المعلومات** الواردة في ملفاتها عني وقت طلبي، بما في ذلك مصادر المعلومات، ويستلزم على الوكالة، نيابة عن الشركة، بتوفير إفصاحًا كاملا ودقيقا عن طبيعة ونطاق التحقيق الذي يغطيه أي تقرير (تقارير) المستهلكين الاستقصائية. ستقوم الوكالة أيضًا بالإفصاح عن المستلمين لأي من هذه التقارير الخاصة بي التي قامت الوكالة بتقديمها خلال فترة السنتين لطلبات التوظيف، وسنة واحدة لأغراض أخرى تسبق طلبي (كاليفورنيا ثلاث سنوات). أوافق بموجب هذا حصول الشركة على المعلومات المذكورة أعلاه من الوكالة. أدرك أنه يمكنني أن أعارض، في أي وقت، أي معلومات غير دقيقة في أي نوع من التقارير مع الوكالة. ويمكنني الإطلاع على سياسة الخصوصية التي تنتهجها الوكالة على موقعها الإلكتروني: www.bbreporting.com.

أدرك أنه إذا كانت الشركة موجودة في ولاية كالفورنيا أو مينيسوتا أو أوكلاهوما، فلدي الحق في طلب نسخة من أي تقرير تتلقاه الشركة بخصوصي في الوقت الذي تم فيه تقديم التقرير للشركة. وعن طريق تحديد المربع التالي، فإنني أطلب إرسال نسخة من جميع هذه التقارير لي. قم بوضع علامة هنا: □

بصفتي مقدم طلب كالفورنيا، أدرك أنه يحق لي بموجب المادة 1786.22 من القانون المدني في كالفورنيا الاتصال بالوكالة خلال ساعات معقولة (من الساعة 9:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية المركزية) من الاثنين إلى الجمعة) للحصول على جميع المعلومات في ملف الوكالة لمراجعتي. ويمكنني الحصول على هذه المعلومات على النحو التالي: 1) شخصيا في مكاتب الوكالة، بالعنوان المذكور أعلاه. يمكنني أن أرافق شخص ما إلى مكاتب الوكالة. ويجوز للوكالة أن تطلب من هذا الطرف الثالث تقديم هوية معقولة. وقد يُطلب مني وقت هذه الزيارة التوقيع على إذن للوكالة بالإفصاح عن المعلومات لدى الوكالة أو مناقشتها مع هذا الطرف الثالث؛ 2) عن طريق البريد المُسجَل، إذا كنت قد قدمت سابقا هوية في طلب خطي أن يتم إرسال ملفي لي أو إلى طرف ثالث محدد من قِبلي؛ 3) عن طريق الهاتف، إذا كنت قد قدمت سابقا هوية مناسبة بصورة كتابية إلى الوكالة؛ و 4) قامت الوكالة بتدريب الموظفين لشرح أي معلومات في ملفي لي، وإذا كان الملف يحتوي على أي معلومات مشفرة، سيتم شرح ذلك لي.

أدرك أنه إذا تقدمت بطلب للعمل في نيويورك، فلدي الحق في الحصول على نسخة من المادة 23-أ من قانون إصلاحيات نيويورك.

أدرك أنه إذا قُدم التقرير إلى صاحب عمل في ولاية واشنطن، فيمكنني الاتصال بالمكتب التالي للحصول على مزيد من المعلومات بشأن حقوقي بموجب قانون ولاية واشنطن فيما يتعلق بهذه التقارير: وزارة العدل، شعبة حماية المستهلك، عنوان 800 5th Ave, Ste. 2000, Seattle, Washington 98104-3188, (206) 464-7744.

أدرك أن لدي حقوقا بموجب قانون الإبلاغ عن الائتمان العادل، وأعترف باستلام ملخص الحقوق \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (التوقيع بالأحرف الأولى من اسمك).

**يرجى طباعة اسمك القانوني والتوقيع:**

الاسم الأخير الأول اسم الأب

التوقيع: التاريخ:

**نموذج التحقق من المعلومات الأساسيّة**

سيتم الاحتفاظ بجميع المعلومات بسرية تامة.

الاسم

 الأول اسم الأب الاسم الأخير

العنوان

 الشارع المدينة الولاية الرمز البريدي

الاسم قبل الزواج أو الأسماء الأخرى المستخدمة

تاريخ الميلاد

رقم الضمان الاجتماعي #

هل سبق لك أن اعتقلت أو أدينت بأي جريمة جنائية باستثناء المخالفات المرورية البسيطة؟

هل سبق لك أن اتُهمت أو اعتقلت أو أدينت بارتكاب الإساءة أو الجرائم الجنسية؟

هل هناك أي شيء في نمط حياتك أو ماضيك من شأنه أن يشكك في قدرتك؟

إذا أجبت بنعم على أي من هذه الأسئلة ، فيرجى توضيح ذلك:

يرجى ملاحظة: الإجابة "نعم"\* 1 على أي من هذه الأسئلة لا يؤدي تلقائياً إلى إلغاء أهليتك. يرجى استخدام الفراغات المتاحة لشرح الظروف.

أنا بهذا أفوض مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بإجراء تحقيق مستقل للمعلومات الأساسية الخاصة بي وسجلاتي الجنائية أو سجلات الشرطة. وأحرر مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وأي شخص أو كيان يقدم معلومات بموجب هذا التفويض، من أي وجميع الالتزامات أو المطالبات أو الدعاوى القانونية فيما يتعلق بالمعلومات التي تم الحصول عليها من أي وجميع المصادر المذكورة أعلاه. المعلومات الواردة في هذا النموذج صحيحة على حد علمي. وأنا أفهم أن أي إغفال للحقيقة المادية في هذا الطلب قد يكون سببا لرفض هذا الطلب.

التوقيع التاريخ

يرجى كتابة أي أسئلة أو تعليقات لديك على ظهر هذه الورقة.

تولي القيادة

خدمة المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك

*عضو في مجموعة وكالات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (قناة صوتية/ كتابية للصم) ♦ (716) 836-0091 (فاكس)

www.wnyil.org/cdpas/

**مذكرة**

**صورة بطاقات الهوية**

عزيزي المستهلك:

ستزودك مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) شارات بطاقات هوية مصورة خاصة بالمساعدين الشخصيين. وهذه الشارات ليست إلزامية، ولكنها ستُمنح فقط بناءً على طلب المستهلك/ صاحب العمل.

الغرض الرئيسي من الشارة هو السماح للمساعدين الشخصيين بالوصول إلى المستهلك/ صاحب العمل الخاص بهم في حالات الطقس السيء، أو في حالات الطوارئ الأخرى، حيث يُحظر القيادة لعامة الناس. يجب أن تكون الشارة بحوزة المساعد الشخصي. في حالة انتهاء التعاقد يجب إعادة الشارة إلى مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

إذا كنت ترغب في أن يتلقى مساعدك الشخصي شارة الوكالة الرسمية، فيجب عليك الاتصال بفريق برنامج تولي القيادة على الرقم 0105-836-716. وبعد ذلك سنتصل بمساعدك الشخصي لتحديد ميعاد يمكنهم فيه الحضور لمكتبنا في بوفالو في 3108 Main St. (خلف مطعم جيمس ستيك اوت)، للحصول على الشارة.

شكرا لتعاونكم.

تولي القيادة

موظفي برنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك.

مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)

22/3/2016

**إشعار وإقرار لمعدلات الأجور ويوم الدفع**

**بموجب المادة 195.1 من قانون العمل لولاية نيويورك**

**إشعار للعاملين بالساعة**

|  |
| --- |
| 1. معلومات صاحب العملالاسم:مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)ممارسة الأعمال التجارية باسم (أسماء):نفس العنوان أعلاهFEIN (اختياري):222316065العنوان الفعلي:3108 Main Street Buffalo, NY 14214عنوان المراسلة:نفس العنوان أعلاهرقم الهاتف: 716-836-0822 |

2. توجيه الإشعار:

⮽ عند التعيين

□ قبل تغيير معدل (معدلات) الأجور أو البدلات المطالب بها أو يوم الدفع

LS 54(01/17)

**3. معدل راتب الموظف:**

دولار 11.75 بالساعة

**4. البدلات التي تم الحصول عليها**:

⮽ لا شيء

□ بقشيش \_\_\_\_\_\_\_ في الساعة

□ الوجبات \_\_\_\_\_\_\_ لكل وجبة

□ السكن \_\_\_\_\_

□ أخرى \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. يوم دفع الرواتب العادي**: \_\_\_\_\_\_\_\_

**6. يدفع الأجر**:

□ أسبوعيًا

⮽ مرة كل أسبوعين

□ أخرى

**7. معدل أجر العمل الإضافي:**

17.63 دولار في الساعة (يجب أن يكون هذا الأجر على الأقل مرة ونصف ضعف المعدل العادي للعامل مع استثناءات قليلة.)

**8. إقرار الموظف:**

في هذا اليوم تم إخطاري بمعدل راتبي، ومعدل العمل الإضافي (إذا كنت مؤهلاً لذلك)، والبدلات، ويوم الدفع المحدد في التاريخ الوارد أدناه. أخبرت صاحب العمل ما هي لغتي الأساسية.

**قم بوضع علامة على واحد مما يلي:**

□ لقد تلقيت إشعار الدفع هذا باللغة الإنجليزية لأنها لغتي الأساسية.

□ لغتي الأساسية هي \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. لقد تلقيت إشعار الدفع هذا باللغة الإنجليزية فقط، لأن وزارة العمل لم تقدم بعد نموذج إشعار بالدفع بلغتي الأساسية.

اسم صاحب العمل المطبوع

توقيع الموظف

التاريخ

تايلر بريدجووتر، منسق مساعد شخصي ببرنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS)

اسم المُعد ووظيفته

**يجب أن يتلقى الموظف نسخة موقعة من هذا النموذج. يجب على صاحب العمل الاحتفاظ بالأصل لمدة 6 سنوات.**

الرجاء ملاحظة: من غير القانوني أن يحصل الموظف على أجر أقل من موظف من الجنس ا

لآخر لنفس العمل. كما لا يجوز لأصحاب العمل منع الموظفين من مناقشة الأجور مع زملائهم في العمل.

**متطلبات المساعد الشخصي لبدء العمل**

**المتطلب 1 - الوثائق الطبية**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **التقييم الجسدي** |  |
|  |  |
| • خلال العام الماضي |
|  | **اختبار المشتق البروتيني المنقى (PPD) (اختبار الدرن)** |  |
|  |  |
|  | • خلال العام الماضي |
|  | **سجلات التطعيم ومعايرة (MMR)** |  |
|  |  |
|  | • الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية (احصل عليها من الوالدين أو المدرسة أو صاحب العمل)\*\* إذا لم يكن بالإمكان العثور على سجل، يجب أن يتم إجراء اختبار الحصبة الألمانية |

\*\* إذا لم يكن لديك طبيب أساسي، أو لم تتمكن من الحصول على موعد محدد بشكل معقول للأطباء، يمكن لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) إرسالك إلى العيادات التالية، دون تحمل أي رسوم عليك:

**WellNow Urgent Care**

**امهيرست (ماش سابقا)**

3980 Sheridan Drive

Amherst, NY 14226

هاتف: 929-2800(716)

فاكس: 716-839-1705

**كينمور / طن** (ماش سابقا)

1751 Sheridan Drive Tonawanda, NY 14223

هاتف: 7100-844-716

فاكس: 716-873-0230

**إن طن/ ويتفيلد**  (ماش سابقا)

3190 Niagara Falls Blvd Amherst, NY 14228

هاتف: 716-799-8190

هاتف: 716-696-6169

**لانكستر** (ماش سابقا) 4827 Transit Road

Depew, NY 14043

هاتف: 716-771-3394

 فاكس: 716-771-3402

**شلالات نياجرا**

7432 Niagara Falls Blvd

Niagara Falls, NY

هاتف: 716-371-4260

فاكس: 716-371-4261

**كلارنس** (ماش سابقا)

5965 Transit Road East Amherst, NY 14051

هاتف: (716)362-1093

فاكس: 716-639-4802

**أولين** (ماش سابقا)

921 Wayne Street

Olean, NY 14760

هاتف: 716-379-8600

فاكس: 716-379-8631

**أوركارد بارك** (ماش سابقا) 3245 Southwestern Blvd

Orchard Park, NY 14127

هاتف: 716-362-8777

فاكس: 716-671-8120

**باتافيا**

4189 Veterans Memorial Dr Batavia, NY 14020

هاتف: 585-201-5598

فاكس: 585-201-5599

**جيمستاون**

15 South Main St

Jamestown, NY 14701

هاتف: 716-489-3144

فاكس: 716-489-3151

\*\* يشمل أيضا جميع المواقع الخمس نجوم السابقة خارج مركز WellNow

**HealthWorks**

1900 Ridge Road 2075 Sheridan Drive

West Seneca, N.Y. 14224 Kenmore, N.Y. 1422

هاتف: 0670-712-716 رقم الهاتف: 716-712-0670

الاثنين - السبت الاثنين - الجمعة

**المتطلبات 2 -** التحقق من المعلومات الأساسية التي سيتم إكمالها بعد استلام كافة الفحوص الطبية.

***معلومات الاتصال الخاصة بتولي القيادة***

**مقاطعة إيري**

***جميع المكالمات الهاتفية لبرنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS): 716-836-0105***

\* آشلي جيليام، أخصائية خدمة العملاء، سوف نقوم بالرد على مكالمتك الهاتفية ثم تقوم بتوجيهها إلى الموظف المناسب.

\* كارا بينياك - أخصائي تقارير الحضور والانصراف

***المساعد الشخصي - الفحوصات الطبية / التحقق من المعلومات الأساسية / رقم التعريف الشخصي***

تايلر بريدجووتر، منسق مساعد شخصي تحويلة رقم 189 **tbridgewater@wnyil.org**

ميشيل بارنز، منسق مساعد شخصي تحويلة رقم 501 **mbarnes@wnyil.org**

كيم أفري، منسق مساعد شخصي تحويلة رقم 539 **kavery@wnyil.org**

***مشكلات تسجيل الدخول / تسجيل الخروج***

يوري ليبا، أخصائي خدمة عملاء تحويلة رقم 500 ***إذا لم يكن هناك رد يرجى الاتصال على***

آشلي جيليام، أخصائية خدمة العملاء تحويلة.رقم 191

كارا بينياك، أخصائية تقارير الحضور والانصراف، تحويلة رقم 194

***قضايا الراتب***

سيمونيا سيل، أخصائية تنسيق كشوف المرتبات تحويلة رقم 119

***رقم فاكس تولي القيادة: 716-836-0091***

**يجب تحديث الفحوصات الجسدية إلى جانب اختبار المشتق البروتيني المنقى (PPD) (اختبار الدرن)** **سنويًا قبل انتهاء صلاحيتها. لا استثناءات من فضلك. شكرًا.**

CDPAS 7/10/19

**مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة**

**معلومات الاستحقاقات**

**المساعدين الشخصيين لبرنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS)**

**الراتب: 11.75 دولار لكل ساعة (اعتبارًا من 1/4/2018)**

**بند تفعيل الاستحقاقات العامة:**

ما لم ينص على خلاف ذلك على وجه التحديد، يتم تنشيط بعض الاستحقاقات الموضحة هنا أو البدء في تجميعها بعد عمل المساعد الشخصي (موظف خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك CDPA) كموظف بدوام كامل لمدة **(2) شهرين**.

ويعرَّف العمل بدوام كامل بأنه العمل لمدة 30 ساعة أو أكثر في الأسبوع على الدوام لمدة شهرين. إذا لم تدعم ساعات العمل الأسبوعية المعتمدة لمشارك في برنامج تولي القيادة هذا المستوى من التوظيف، فسيتم تشجيع المساعد الشخصي للمشارك على أن يصبح جزءًا من قاعدة بيانات عامة للمساعدين الشخصيين المستعدين ولديهم النية للعمل كموظفين احتياطيين و / أو في حالات الطوارئ للمشاركين في برنامج تولي القيادة بخلاف المشارك الأساسي.

ا**لإجازات المرضية - بعد أول شهرين من العمل**، تبدأ في الحصول على رصيد أيام مرضي بمعدل يوم واحد (1) في ربع السنة (كل 3 أشهر). في نهاية كل فترة 3 أشهر (13 أسبوعًا)، يتوفر لك رصيد يوم مرضي واحد (1). في السنة الأولى من العمل لديك 3 أيام مرضية. في السنة الثانية من العمل وما يليها تستحق يومًا واحدًا (1) يومًا أجازة مرضية كل 3 أشهر تصل إلى 4 أيام مرضية في السنة. يمكنك إما أن تأخذهم أجازة كلما حصلت عليهم كل ثلاثة أشهر أو أن تتقاضى أجرًا مقابلهم أو يمكنك في غضون أسبوعين من نهاية عام عملك أن تقوم بتحديدهم **أيام مرضي** في سجل دوامك وتقوم بالتوقيع عليه مع تحديد التاريخ وتتقاضى أجرًا بناءًا على ذلك مقابلهم. إذا كنت لا تستخدمها أو تتقاضى رواتبهم في غضون أسبوعين من نهاية السنة الخاصة بك فإنه يتم فقدانها. نحسب متوسط عدد ساعات العمل في الأسبوع في أسبوع عمل لمدة 7 أيام. **يرجى عدم وضع أي تواريخ أو ساعات عمل ليوم مريض - سنقوم بحساب المتوسط.** تقع على عاتقك مسؤولية متابعة أسابيع العمل حتى لا تفقد أيامك المريضة. إرسال سجلات الدوام.

**إجازة مدفوعة الأجر** - تستحق الحصول على إجازة أسبوع واحد **بعد كل 52 أسبوعًا من العمل.** لديك سنة (1) واحدة من تاريخ الانتهاء الذي حصلت فيه على إجازة الأسبوع لاستخدامها. تقع على عاتقك مسؤولية متابعة التاريخ السنوي لالتحاقك بالعمل (إكمال 52 أسبوعًا) حتى لا تفقد راتب أجازتك. قم بتحديد **إجازة** في سجل دوامك، ثم قم بالتوقيع مع التاريخ. سنقوم بحساب متوسط ساعات العمل للأسبوع. إرسال سجل الدوام. سيتم دفع راتبك ضمن كشف الرواتب التالي بعد تقديم سجلات دوامك.

**خطط أخرى**

سياسات شركة أفلاك - تتيح رعاية مرضى السرطان والحوادث والعجز على المدى القصير للموظفين حسب التغطية لدفع قسطهم باستخدام المبالغ قبل أو بعد الضرائب. ولا يدفع صاحب العمل أي مدفوعات.

خطة التقاعد 403 (B) - تُعد خطة 403 (B) هي وسيلة شائعة للادخار من أجل التقاعد. وتسمح الخطة للمساعد الشخصي بوضع جزء من أجره الإجمالي في الخطة دون دفع ضرائب الدخل إلى أن يتم سحب المبلغ من الخطة. يتم "تدعيم" المساعدين الشخصيين بالكامل في مساهماتهم في الخطة.

وستقوم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة بالإسهام بقدر مماثل بنسبة تصل إلى 4% من الدخل الإجمالي. تعتمد نسبة 4٪ على الدخل الإجمالي الحالي لفترة الدفع الحالية. للحصول على المبالغ المطابقة يجب أن يقوم المساعد الشخصي بتقديم مساهمة مماثلة.

**التأمين الصحي**

يتم تعريف المساعدين الشخصيين الذين تم توظيفهم لبرنامج تولي القيادة بأنهم موظفين يعملون بعدد ساعات متفاوتة من قبل مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بموجب قانون الرعاية الميسورة. يخضع كل مساعد شخصي لفترة قياس أولية. وستبدأ هذه الفترة في تاريخ التوظيف وتمتد للأشهر الإحدى عشر التالية أو بدوام كامل. ولكي يكون المساعد الشخصي مؤهلاً للحصول على التأمين الصحي، يجب أن يعمل بمتوسط 120 ساعة في الشهر خلال فترة الإحدى عشرة شهراً. وخلال الأيام الثلاثين التالية عقب انتهاء فترة القياس الأولية، سيجري موظفو مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) استعراضا للأهلية الموظف لذلك. إذا تبين أن المساعد الشخصي مؤهل للحصول على التأمين الصحي ويرغب في التسجيل، فسيلزم إكمال الطلب وتقديمه، وسيصبح التأمين الصحي نافذاً في الأول من الشهر التالي لفترة المراجعة التي تستغرق 30 يوماً. سيبدأ هذا فترة الاستقرار. خلال فترة الاستقرار، سيستمر التأمين الصحي طالما استمر المساعد الشخصي في العمل من خلال مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). إذا انتهى العمل خلال فترة الاستقرار البالغة إحدى عشر شهرًا، فسيتم إنهاء التأمين الصحي أيضًا. ستستمر فترة القياس القياسية للوكالة كل عام من 1 مارس وحتى

31 يناير. يجب على الموظف الذي يعمل بعدد ساعات متغيرة الحفاظ على العمل بمعدل 30 ساعة أسبوعيًا خلال كل فترة قياس معيارية للحفاظ على تأمينه الصحي لفترة الاستقرار التالية. الفترة الإدارية من 1 فبراير وحتى 28 فبراير. سيكون المساعدون الشخصيون المسجلون في التأمين الطبي للوكالة مسؤولين عن مشاركة تكلفة أقساط التأمين الشهرية. سيتم خصم مشاركة تكلفة المساعد الشخصي تلقائيًا من كل راتب شهري. سيدفع برنامج تولي القيادة المبلغ المتبقي من القسط الشهري.

**تأمين الأسنان**

سيكون المساعدون الشخصيون المعينون في برنامج تولي القيادة مؤهلين للتسجيل في تأمين الأسنان في الوكالة إذا قاموا بالعمل لمدة لا تقل عن 20 ساعة أسبوعيًا خلال أول 12 أسبوعًا من عملهم. إذا استوفوا هذا الشرط، فسوف يكون لدى المساعدين الشخصيين في نهاية فترة الاثنا عشر أسبوعًا فترة 30 يومًا يكونون خلالها مؤهلين للتسجيل. وسيكون المساعد الشخصي مسؤولا عن القسط الشهر الكامل للتأمين. سيتم خصم قسط التأمين للمساعد الشخصي تلقائيًا من كل راتب شهري.

**التأمين على البصر**

سيكون المساعدون الشخصيون المعينون في برنامج تولي القيادة مؤهلين للتسجيل في تأمين على البصري في الوكالة إذا قاموا بالعمل لمدة لا تقل عن 20 ساعة أسبوعيًا خلال أول 12 أسبوعًا من عملهم. إذا استوفوا هذا الشرط، فسوف يكون لدى المساعدين الشخصيين في نهاية فترة الاثنا عشر أسبوعًا فترة 30 يومًا يكونون خلالها مؤهلين للتسجيل. وسيكون المساعد الشخصي مسؤولا عن القسط الشهري للتأمين. سيتم خصم قسط التأمين للمساعد الشخصي تلقائيًا من كل راتب شهري.

**التوظيف** - إذا فقدت وظيفتك بسبب مغادرة المستهلك للبرنامج واخترت الحصول على إعانة بطالة، فإنه سيتم قطع علاقتك معنا. وهذا يعني أنه إذا بدأت العمل في مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بعد فترة حصولك على إعانة البطالة **سيتم التعامل معك كتوظيف جديد وسوف تبدأ جميع استحقاقاتك كما لو كنت موظفًا جديدًا**. إذا اخترت عدم حصولك على إعانة بطالة أثناء البحث عن وظيفة جديدة وكنت تدفع قسط التأمين الصحي الخاص بك من خلال قانون تسوية الميزانية الجامع الموحد (COBRA)، فسوف تكون قادرا على الاحتفاظ بوضع الموظف الخاص بك وعندما تبدأ العمل سوف تبدأ الاستحقاقات الخاصة بك مرة أخرى على الفور.

**الاستحقاقات لجميع الموظفين**

جميع الموظفين مشمولون بتعويض العمال والتأمين ضد العجز في نظام نيويورك للضمان الاجتماعي. ويتعين إبلاغ إدارة الموارد البشرية بجميع الحوادث/الحوادث المتصلة بالعمل في غضون 24 ساعة من وقوعها.

**وفاة أحد أفراد الأسرة** - في حالة وفاة أحد أفراد الأسرة (الآباء أو الأجداد أو الزوج/الزوجة أو الأطفال أو الأشقاء أو غيرهم من أفراد الأسرة الموسعة التي يعتبرها صاحب العمل صالحة) يتم منح يوم (1) عطلة مدفوع الأجر - عند إخطار صاحب العمل الخاص بك عن اليوم الذي سوف تكون أجازة فيه. سيؤدي عدم إخطار صاحب العمل الخاص بك عن اليوم الذي سوف تكون أجازة فيه إلى فقدان الأجر الخاص بك عن ذلك اليوم. لا يمكنك العمل وأخذ أجر نظير عدم العمل؛ سيتم حساب راتبك على أساس عدد الساعات التي كان من المقرر أن تعمل فيها في اليوم الذي أخذته كإجازة. **يعتبر صالحا من قبل صاحب عملك.**

**شيكات الرواتب المفقودة**

**بالنسبة للشيكات المفقودة، ستكون مسؤولاً عن رسوم إيقاف الدفع بقيمة 25 دولارًا أمريكيًا من البنك.** بالنسبة للشيكات المفقودة في البريد، فإننا ننتظر ثلاثة (3) أسابيع من تاريخ إصدار الشيك إما للوصول أو إعادتها إلينا. بعد 3 أسابيع سوف نقوم بإعادة إصدار الشيك وسوف يطلب منك التوقيع على نموذج استبدال الشيك.

**أجر العمل الإضافي**

لا يجوز للمساعد الشخصي العمل أكثر من 40 ساعة في الأسبوع دون إذن من موظفي تولي القيادة. إذا تمت الموافقة على العمل الإضافي وكنت تعمل أكثر من 40 ساعة في الأسبوع، سوف يتم الدفع لك 17.63 دولار في الساعة عن أي ساعة تتجاوز الأربعون ساعة في الأسبوع. ويعتبر أسبوع العمل من الأحد إلى السبت. لا يمكن ولن يتم ترحيل ساعات إلى أسبوع جديد. يجب عليك الانتباه إلى خطة الرعاية الخاصة بالمستهلك/صاحب العمل وفهم كيفية استخدام ساعات العمل الخاصة بك.

**يرجى أن تضع في اعتبارك بأن الشخص الذي قام بتوظيفك يعتبر صاحب عملك. سوف يقوم هذا الشخص بتدريبك وإرشادك إلى ما هي واجباتك الوظيفية. يرجى طلب إجازة من صاحب العمل قبل أسبوعين مقدمًا على الأقل.**

**الموقع الإلكتروني: www.wnvil.org**

**[الشعار: نص مفقود]´**

**3108 Main Street ● Buffalo, New York 14214-1384**

**716-836-0822 (قناة صوتية/كتابية للصم). 3967-835-716(فاكس)**

**www.wnyil.org**

**إلى: موظفي مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)**

**من: مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)**

**التاريخ: 6 ديسمبر 2017**

**الموضوع: إجازة عائلية مدفوعة الأجر في نيويورك**

**أهلية الإجازة المدفوعة الأجر في نيويورك**

**ابتداءً من 1 يناير 2018، يحق للموظفين الذين يعملون بانتظام لمدة 20 ساعة في الأسبوع الحصول على استحقاقات إجازة عائلية مدفوعة الأجر بعد 26 أسبوعاً من العمل. وسيكون الموظفون الذين يعملون أقل من 20 ساعة في الأسبوع مؤهلين بعد 175 يوم عمل.**

**يتم تمويل الإجازة العائلية مدفوعة الأجر بالكامل من قبل الموظف من خلال اقتطاعات الرواتب. الحد الأقصى لمساهمة الموظف في عام 2018 هو 0.126٪ من الأجر الأسبوعي للموظف.**

**يمكن استخدام الإجازة العائلية مدفوعة الأجر من قبل الآباء الجدد لتوطيد العلاقة مع المولود الجديد في السنة الأولى بعد ولادة الطفل، كما يمكن للموظفين الذين قاموا بتبني طفل لرعايته في سن مبكر أن يستخدموا الإجازة مدفوعة الأجر عندما يكون أحد أفراد الأسرة يعاني من حالة صحية خطيرة أو تم استدعاؤه إلى الخدمة العسكرية.**

**ويشمل أفراد الأسرة بموجب القانون الجديد الأزواج والشركاء المنزليين والأطفال والآباء والأجداد والأحفاد.**

**يرجى الامتناع عن ارتداء المنتجات المعطرة عند زيارة مكاتبنا.**

***على مدى أكثر من 50 عاماً، تُعد أسرة وكالات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) عاملًا مساعدًا للأنظمة والتغيير الفردي، مما يعزز من جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، مع احترام التنوع وتعزيز الخيارات والبدائل للمعيشة المستقلة في مجتمعاتنا.***

**سيتم تنفيذ البرنامج من قبل ولاية نيويورك على أربع مراحل على النحو التالي:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **التاريخ** | **عدد أسابيع الإجازة** | **الأجر المُسترد** |
| **1 يناير 2018** | **8** | **50 بالمائة** |
| **1 يناير 2019** | **10** | **55 بالمائة** |
| **1 يناير 2020** | **10** | **60 بالمائة** |
| **1 يناير 2021** | **12** | **67 بالمائة** |

**يتم تحديد الحد الأقصى للاستحقاق بمعدل الأجر الذي يتقاضاه الموظف وفق معدل متوسط الأجر الأسبوعي المُحدد من قِبل الولاية من خلال البرنامج. على سبيل المثال، سيتم تحديد الحد الأقصى للاستحقاق بنسبة سبعة وستون في المائة من متوسط الأجر الأسبوعي المُحدد من قِبل الولاية عندما يتم بدء البرنامج بالكامل في عام 2021. ويعتبر مبلغ الاستحقاق الوارد دخلا خاضعا للضريبة عن السنة التي يتم فيها الدفع.**

**ويتمكن الموظفون من استخدام وقت إجازتهم المتاحة من أجل الحصول على كامل أجرهم، غير أن ذلك من شأنه أن ينفي استحقاق الإجازة المدفوعة الأجر.**

**من المهم أن نتذكر أن الإجازة لمرض الموظف نفسه لا يتم تغطيتها من قِبل الإجازة العائلية مدفوعة الأجر. لا يمكن للموظفين الحصول على استحقاقات الإجازة العائلية المدفوعة الأجر والإجازة بسبب مرضهم خلال الفترة نفسها.**

**يرجى مراجعة إدارة الموارد البشرية للاطلاع على الأوراق المطلوبة اللازمة من أجل تقديم مطالبة للحصول على إجازة مدفوعة الأجر بعد 1 يناير 2018.**

**إجازة عائلية مدفوعة الأجر في ولاية نيويورك:**

**معلومات للموظفين**

**ابتداءً من 1 يناير 2018، ستوفر الإجازة العائلية المدفوعة إجازة مدفوعة الأجر حتى يتمكن الموظف من:**

* **توطيد العلاقة مع المولود الجديد، أو القيام بتبني طفل، أو رعاية طفل في سن مبكر،**
* **أو رعاية أحد أفراد الأسرة الذين يعانون من حالة صحية خطيرة، أو**
* **مساعدة أحبائهم عندما يتم إرسال أحد أفراد الأسرة في الخارج لأداء الخدمة العسكرية.**

**حماية إضافية**

* **للموظفين الحق في العودة إلى نفس عملهم أو العمل المماثل عند عودتهم من الإجازة العائلية المدفوعة الأجر**
* **ويُكفل للموظفين استمرار التأمين الصحي الخاص بهم أثناء إجازتهم. قد يطلب أصحاب العمل من الموظفين الاستمرار في دفع اشتراكات أقساط التأمين الصحي.**
* **لا تؤثر حالة الجنسية والهجرة على الأهلية.**
* **لا يمكن لأصحاب العمل التمييز ضد الموظفين بسبب أخذهم إجازة عائلية مدفوعة الأجر.**

**الأهلية**

* **يُعد الموظفون الذين يعملون لمدة 20 ساعة اعتيادية أو أكثر في الأسبوع مؤهلون بعد 26 أسبوعا من العمل.**
* **يُعد الموظفون الذين يعملون لمدة أقل من 20 ساعة اعتيادية في الأسبوع مؤهلون بعد 175 أسبوعا من العمل.**

**الاستحقاقات**

**نص مفقود**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**نص مفقود**

**كيفية التقديم**

1. **ويقوم الموظف بإشعار صاحب العمل قبل 30 يوما من الإجازة، عندما يكون ذلك عمليا.**
2. **يقوم الموظف بتعبئة استمارة المطالبة وفقًا لتعليمات صاحب العمل. تتوفر استمارات المطالبات من صاحب العمل أو شركة التأمين أو الموقع الإلكتروني ny.gov/paidfamilyleave.**
3. **ويحصل الموظف على الوثائق الداعمة للإجازة (شهادة الميلاد، وشهادة الخدمة العسكرية، وما إلى ذلك).**
4. **يقدم الموظف استمارة المطالبة والمستندات الداعمة إلى شركة التأمين أو حسب توجيهات صاحب العمل، يجب على شركة التأمين دفع مطالبة أو رفضها في غضون 18 يوماً من استلام المطالبة المكتملة.**

**لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني NY.GOV/PAIDFAMILYLEAVE أو الاتصال على (844) 337-6303.**

تولي القيادة

خدمة المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك

*عضو في مجموعة وكالات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (قناة صوتية/ كتابية للصم) ♦ (716) 836-0091 (فاكس)

www.wnyil.org/cdpas/

إلى: جميع المستهلكين والمساعدين الشخصيين

 خدمات تولي القيادة للمساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك

من: مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)

التاريخ: يوليو 2013

الموضوع: ساعات العمل الإضافي في برنامج تولي القيادة

اعتبارا من 1 أكتوبر 2013، لم يعد بإمكاننا دفع أكثر من 40 ساعة في الأسبوع لأي شخص. ويشمل ذلك مساعد شخصي يعمل لدى مستهلك/صاحب عمل واحد، وكذلك مساعد شخصي يعمل لمدة 40 ساعة في الأسبوع يعمل مع اثنين أو أكثر من المستهلكين/أصحاب العمل.

والسبب الرئيسي لذلك هو أن ولاية نيويورك قد عدلت معدل الحد الأدنى للأجور. يدخل تعديل الأجور حيز التنفيذ في 1 يناير 2014. يجب أن يتم دفع أجر إضافي لأي مساعد يعمل في برنامج تولي القيادة لعدد ساعات يتجاوز أربعون ساعة في الأسبوع. وفي الماضي، كان بإمكان الوكالة تغطية تكاليف ساعات العمل الإضافي. ومع ذلك، سيؤدي هذا التغيير إلى زيادة تكاليف العمل الإضافي التي تتجاوز قدرة مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) على تغطيتها. لا تسدد ميديكيد تكاليف الخدمة التي تتجاوز الأجر/المعدل المعتمد الذي تمنحه لنا وزارة الصحة في ولاية نيويورك وتسدد من خلال ميديكيد أو منظمات الرعاية المُدارة. وبالتالي، لا تملك الأموال اللازمة للسماح للمساعدين الشخصيين بالعمل الإضافي.

بسبب زيادة تكاليف دفع العمل الإضافي للمساعدين الشخصيين العاملين في برنامج تولي القيادة، لن يسمح بعد الآن لساعات العمل الإضافي (أكثر من 40 ساعة إجمالية لجميع المستهلكين في أسبوع العمل) ابتداء من الأول من أكتوبر 2013.

نحن نبلغ جميع الأشخاص المشاركين في هذا البرنامج الآن بحيث يمكن اتخاذ الترتيبات في موعد لا يتجاوز 1 أكتوبر 2013 لضمان أن جميع المستهلكين لديهم أعداد كافية من المساعدين الشخصيين لتجنب مسألة العمل الإضافي.

إذا كنت مستهلكًا وتشعر أنك بحاجة إلى مساعدة في الحصول على مساعد شخصي إضافي للوفاء بالتزامك، يرجى الاتصال بهذه الوكالة للحصول على المساعدة.

يرجى ملاحظة أنه إذا كنت مساعدا شخصيا، فإنه سيتم تحديد عدد ساعات العمل بحيث ألا تزيد عن أربعون ساعة في الأسبوع في المجموع. يرجى ملاحظة أنه إذا كان لديك أكثر من مستهلك واحد، فإنه سيتم أيضًا تحديد عدد ساعات العمل بحيث ألا تزيد عن أربعون ساعة في الأسبوع في المجموع لجميع المستهلكين.

نعتذر عن أي إزعاج قد تسببه هذه التغييرات.

وثيقة الحقوق الخاصة بالمساعدين الشخصيين

أتفهم أن مساعدي الشخصي له الحق في تلقي راتبه شخصيًا عن كل ساعة تم توظيفه بها دون خصم و/أو تدخل مني بصفتي مستهلك/ صاحب العمل.

أتفهم أن مساعدي الشخصي له الحق في أن يُعامل بشكل مهذب ومحترم من جانبي شخصيًا ومن جانب المستهلك/ صاحب وجميع أفراد الأسرة.

الموقع الإلكتروني: www.wnyil.org

BOR 11/6/2014

تولي القيادة

خدمة المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك

*عضو في مجموعة وكالات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (قناة صوتية/ كتابية للصم) ♦ (716) 836-0091 (فاكس)

www.wnyil.org/cdpas/

**التحقق من استحقاقات الموظفين وحقوقهم ومسؤولياتهم**

قمت بقراءة وفهم وثيقة معلومات المساعدين الشخصيين ومؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة لبرنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS). وتتضمن هذه الوثيقة الرواتب والأيام المرضية وأيام الإجازات والتأمين الطبي. وفي هذه المرحلة، ليس لدي أي أسئلة بشأن السياسات الموضحة في هذا الكتيب. وأقر كذلك بأنني قرأت وفهمت وثيقة الحقوق الخاصة بالمساعدين الشخصيين ومسؤوليات المساعدين الشخصيين ومسؤوليات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

لغتي الأساسية هي

توقيع الموظف:

التاريخ:

WNY1L1EBRR

4/1/2016

1. إذا لم تكن هناك مشكلة مع البند، قم بوضع علامة على لا

2. إذا كان هناك مشكلة مع هذا البند، يرجى شرح ذلك وقم بوضع علامة على نعم.

3. يجب إبلاغ المشرف الخاص بك في أسرع وقت ممكن بأي بند يتعلق بالسلامة في أسرع وقت ممكن.

4. يجب إرسال القائمة المرجعية بالبريد إلى مكتبنا في غضون 3 أيام.

|  |  |
| --- | --- |
| **الوصف** | **وصف مشكلة السلامة** |
| **خارج: بدون عوائق / في حالة جيدة** |  |
| 1. هل هناك أي قضايا متعلقة بالسلامة خارج المنزل التي من شأنها أن تمنعك |  |
| من القيام بعملك بطريقة آمنة؟ |  |
| على سبيل المثال الدرج، والممرات، والإضاءة، والسلالم، والمصاعد الخ |  |
|  |  |
| **داخل: نظيف / جاف / يعمل بشكل جيد** |  |
| 1. هل هناك أي قضايا متعلقة بالسلامة في المنزل بشكل عام فيما يتعلق بالممرات |  |
| المُمَهّدة والإضاءة والسجاجيد الملقاة، والأسلاك والمدافئ الكهربائية وغير ذلك؟ |  |
|  |  |
| 2 هل هناك أي قضايا متعلقة بالسلامة في غرفة المعيشة التي من شأنها أن تمنعك |  |
| من القيام بعملك بطريقة آمنة؟ |  |
|  |  |
| 3. 2 هل هناك أي قضايا متعلقة بالسلامة في المطبخ التي من شأنها أن تمنعك |  |
| من القيام بعملك بطريقة آمنة؟ على سبيل المثال فوضى الأجهزة |  |
| ومواد الطبخ والتنظيف. |  |
|  |  |
| 4. هل هناك أي قضايا متعلقة بالسلامة في غرفة نوم أصحاب عملك التي |  |
| من شأنها أن تمنعك من القيام بعملك بطريقة آمنة؟ |  |
|  |  |
| 5. هل هناك أي قضايا متعلقة بالسلامة في الحمام التي من شأنها أن تمنعك |  |
| من القيام بعملك بطريقة آمنة؟ |  |
|  |  |
| 6. هل هناك أي مشاكل تتعلق بالسلامة من شأنها أن تمنعك من القيام |  |
| بعملك بطريقة آمنة فيما يتعلق بأصحاب العمل |  |
|  | **استخدام الجانب الخلفي إذا لزم الأمر** |
| **المنزل أو المعدات التي قد تستخدمها؟** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **الوصف** | **وصف مشكلة السلامة** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **بيان بالمسائل المتعلقة بالسلامة:** | **وصف مشكلة السلامة** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **اسم وعنوان المستهلك:** | **التاريخ:** |
|  |  |
|  |  |
| **توقيع المساعد الشخصي:** | **التاريخ:** |
|  | **التاريخ:** |

**المرجع رقم # \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. الإبلاغ عن حادث**

**يجب** ملء هذا التقرير في غضون **24 ساعة** من وقوع الحادث من خلال شخص متورط في الحادث أو شاهد عليه. إذا تورط أكثر من شخص واحد، فيجب إكمال تقرير منفصل لكل شخص معني. يجب تسليم النموذج المكتمل على الفور إلى المشرف على الموظف الذي سيقوم بعد ذلك بإرساله إلى منسق الموارد البشرية.

|  |
| --- |
| 1. اسم الشخص الذي تعرض للحادث: |
| 2. مشرف الشخص المتورط: |
| 3. تاريخ الحادث: | وقت الحادث: ص م |
| 4. بداية دوام العمل: ص م | انتهاء دوام العمل: ص م |
| 5. صلته بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL): □ موظف □ متطوع/متدرب □ مستهلك □ زائر |
| 6. عنوان الشخص الذي تعرض للحادث: |
| 7. رقم هاتف الشخص الذي تعرض للحادث: |
| 8. أسماء الشهود (إن وُجِدت): |
| 9. عناوين الشهود وأرقام هواتفهم: |
| 10. نوع الحادث: □ سوء معاملة/ إهمال □اعتداء/ شجار □التواء □ سقوط/ انزلاق □ مرض □ حادث أثناء الرفع □ حادث سيارة □ سرقة □أخرى: |
| 11. الأجزاء المتضررة من الجسم: □ الرأس □ الوجه □ العيون (يمنى أو يسرى) □ الجذع/ الظهر □ الرقبة □ اليد (اليمنى أو اليسرى) □ الأصابع □ الركبة (اليمنى أو اليسرى) □ الكاحل (الأيمن أو الأيسر) □ الذراع (الأيمن أو الأيسر) □ الكتف (الأيمن أو الأيسر) □ القدم (اليمنى أو اليسرى) □ الفخذ (الأيمن أو الأيسر) □ أخرى (حدد) □ لا يوجد |
| 12. موقع أو عنوان الحادث: |
| 13. وصف الحادث بالتفصيل: (متضمنًا أي أدوات أو أجهزة أو مواد أو ما إلى ذلك لها علاقة بالحادث.) |

|  |
| --- |
| 14. هل تواصلتم مع العناية الطبية الطارئة؟ □ نعم □ لا □ غير معروف |
| 15. هل تحرر محضر بالحادث؟ □ نعم □ لا □ غير معروف |
| 16. اسم وعنوان مقدم الرعاية: |
| 17. الإجراءات التصحيحية: |
| 18. تاريخ خطة الإجراءات التصحيحية: |
| 19. توقيع الشخص المتورط: تاريخ التوقيع: |
| 20. توقيع المشرف: تاريخ مراجعة التقرير: |
| 21. توقيع المدير التنفيذي: تاريخ مراجعة التقرير: |
| **للاستخدام الرسمي فقط:** |
| فئة الحادث: □ موظفين □ مساعدي العناية الشخصية □ متطوع/ متدرب □ منشأة □ مستهلك □انتقالات □ زائر |
| تاريخ تلقي المكتب للاستمارة: |
| ملاحظات المكتب: |
| تاريخ تلقي قسم الموارد البشرية الاستمارة: |
| ملاحظات قسم الموارد البشرية: |
| □ لجنة البرنامج □ الموارد البشرية □امتثال الشركات |
| التواصل مع وكالة تنسيق الرعاية: □ نعم □ لا □ غير معروف |
| في حالة الإجابة بنعم، اذكر تاريخ التواصل: |
| معلومات تواصل وكالة تنسيق الرعاية: |
| حوادث سابقة: □ نعم □ لا □ غير معروف |
| في حالة الإجابة بنعم اذكر تاريخ ووصف الحادث: |

2019-01

**إنهاء التعاقد والاستقالة**

إنهاء التعاقد: يُستكمل بمعرفة المستهلك

الاستقالة: يُستكمل بمعرفة المساعد

يرجى إعادة الاستمارة الموقعة إلى مكتبنا في غضون خمسة أيام عمل

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

اسم المستهلك:

اسم المساعد الشخصي:

تاريخ آخر يوم عمل:

**أسباب إنهاء التعاقد والاستقالة:**

(يرجى إعطاء الوصف أدناه فيما يتعلق بالقرار)

توقيع المرافق

توقيع الممثل المُعيَّن

التاريخ:

WNY1L

3/14

**تولي القيادة - خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك**

**القائمة المرجعية لتوجيه المساعد الشخصي**

|  |  |
| --- | --- |
| **لقد تلقيت التوجيه وفهمت السياسات والممارسات والإجراءات التالية:** | **الأحرف الأولى** من **اسم المساعد الشخصي** |
| 1. أتفهم أن مسؤوليتي الرئيسية هي تقديم المساعدة الشخصية للمستهلك/ صاحب العمل الذي أعمل لصالحه. |  |
| 2. أتفهم أنني بحاجة إلى تحديد المهام التي سأؤديها بوضوح *قبل* بدء العمل مع المستهلك/ صاحب العمل الخاص بي . |  |
| 3. سأعمل فقط عدد الساعات المحددة في خطة الرعاية؛ إذا كان هناك العديد من المساعدين الشخصيين الذين يعملون لصالح نفس المستهلك/ صاحب العمل، فسأعمل فقط عدد الساعات التي خصصها لي المستهلك/ صاحب العمل. أي ساعات أعمل فيها يوميًا أو أسبوعيًا تتفوق أو تتجاوز الساعات الموضحة في خطة الرعاية، سيقع على عاتق المستهلك/ صاحب العمل الخاص بي مسؤولية التعويض عن وقتي. |  |
| 4. أوافق على الحفاظ على سرية *جميع* المسائل المتعلقة بالمستهلك/ صاحب العمل. |  |
| 5. سأقدم اختبارات جسدية واختبار المشتق البروتيني المنقى (اختبار الدرن) *سنويًا* إلى مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وأوافق على عدم العمل بعد الموعد المحدد لي. أتفهم انه إذا لم يكن لدي تأمين من خلال مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) أو بطاقة برنامج ميديكيد، فانه يحق لي أن أذهب إلى عيادة مجانية بترخيص من مؤسسة (WNYIL) لإجراء هذه الاختبارات السنوية واختبار المشتق البروتيني المنقى (اختبار الدرن). |  |
| 6. لقد استلمت نسخة من وثيقة الحقوق. |  |
| 7. أتفهم أنه لا يمكنني البدء في العمل لدى المستهلك/ صاحب العمل إلا بعد الانتهاء من حفظ جميع الأوراق الخاصة بي في ملف مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، بما في ذلك إجراء تحريات عن الخلفيات الجنائية. وسيتصل بي أحد أعضاء فريق تولي القيادة وبالمستهلك/ صاحب العمل بمجرد إنهاء الأوراق اللازمة. |  |
| 8. وسأتواصل بدوري مع مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) إذا كان لدي أي أسئلة أو استفسارات بخصوص بعملي. |  |
| 9. أتفهم أن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) هي الوسيط المالي بعد أن بدأت العمل لدى المستهلك/ صاحب العمل. سأتصل بقسم المحاسبة (داخلي. 119,106,141) في جميع القضايا المتعلقة بأجري. |  |
| 10. أتفهم انه في جميع مجالات عملي فإن المستهلك الخاص بي هو صاحب العمل المباشر. |  |
| 11. لقد انتهيت من مشاهدة فيديو تولي القيادة الخاص بسلامة الظهر، إلى جانب الاختبار. |  |
| 12. أتفهم أنني يجب أن أبلغ للعمل في الوقت المحدد. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13. سوف أتصل بصاحب العمل حالما أعلم أنني غير قادر على العمل أو قبل ساعة واحدة على الأقل من وقت البدء المجدول ليتمكن صاحب العمل من اتخاذ ترتيبات بديلة لرعايته. |  |
| 14. أتفهم أن طلب أي إجازة يجب أن يتم قبل أسبوعين من ميعاد الإجازة المطلوبة أوالمواعيد وما إلى ذلك. |  |
| 15. سأحترم المنزل والممتلكات وأسلوب الحياة والخيارات الفردية لصاحب العمل. |  |
| 16. لقد تلقيت تعليمات حول السلامة في المنزل، وأنا أتفهم أنه إذا ما كانت بيئة العمل في أي وقت أصبحت غير آمنة إما بالنسبة لي أو للمستهلك/ صاحب العمل فإنني سأقوم بإبلاغ مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) على الفور. سأملأ قائمة التحقق من السلامة المنزلية وسأعود إلى مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) خلال 3 أيام عمل. |  |
| 17. لقد تلقيت تعليمات حول كيفية الإبلاغ عن أي حادث عرضي أو حادثة تحدث أثناء العمل مع المستهلك/ صاحب العمل الخاص بي في غضون أربع وعشرين (24) ساعة. |  |

تم التحرير في 02/08/2018

وقد استعرض أحد أعضاء فريق برنامج تولي القيادة البيانات المذكورة أعلاه معي.

المساعد الشخصي التاريخ

موظف فريق تولي القيادة التاريخ

2

تولي القيادة

خدمة المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك

*عضو في مجموعة وكالات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

716-836-0822 (قناة صوتية/ كتابية للصم) ♦ 0091-836-716 (فاكس)

www.wnyil.org/cdpas/

**فيديو أمان DVD للوقاية من إصابة الظهر**

لقد أكملت مشاهدة فيديو تولي القيادة فيما يتعلق بمنع إصابات الظهر وأفهم أنني سوف أمارس جميع خطوات السلامة المطلوبة عندما أعمل مع المستهلك / صاحب العمل من أجل الحماية ضد الإصابة الجسدية.

الاسم المطبوع

المساعد الشخصي (التوقيع) التاريخ

مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)

*211/14*

**اختبار**

**"سلامة الظهر"**

**الاسم: التاريخ:**

1. ماذا تسمى "الوسائد" بين الفقرات؟

\_\_\_ الشفهات

\_\_\_ أقراص (ديسكات)

\_\_\_ عظام المشط

2. ما "الحرف" الذي يشبه الشكل الصحي للعمود الفقري الخاص بنا؟

\_\_\_ “L”

\_\_\_ “I”

\_\_\_ "S"

\_\_\_ "J"

3. صحيح أو خطأ... هل الجلوس يُعد واحدًا من أكثر المواضع المجهدة التي يمكن أن يكون عليها جسمنا؟

\_\_\_ صحيح

\_\_\_ خطأ

4. إذا كان عملك يتطلب منك الوقوف في مكان واحد لفترة طويلة، يجب عليك...

\_\_\_ الانحناء للأمام قليلاً.

\_\_\_ قم بوضع قدم واحدة على عتبة ترتفع بضع بوصات من الأرض، وقم بتبديل القدم التي يتم وضعها على العتبة كل نصف ساعة أو نحو ذلك.

\_\_\_ حافظ على قدميك مسطحة على الأرض، مع فتح ساقيك بالتوازي مع عرض الكتف.

5. أي مما يلي يُعد وسيلة للمساعدة في الحفاظ على شكل الطبيعي للمنحنى S لظهرك أثناء النوم؟

\_\_\_ النوم على ظهرك مع ساقيك مستقيمان.

\_\_\_ النوم على جانبك مع ثني ركبتيك.

\_\_\_ النوم على مرتبة ناعمة ومريحة.

6. صحيح أو خطأ... عند حمل شيء ما من الأرض، هل تقوم أولاً بحمله حول خصرك ثم ترفع قدميك؟

\_\_\_ صحيح

\_\_\_ خطأ

SMK-043

إجابات الاختبار

1. ماذا تسمى "الوسائد" بين الفقرات؟

 **أقراص (ديسكات)**

2. ما الحرف الذي يشبه الشكل الصحي للعمود الفقري الخاص بك؟

 **"S"**

3. صحيح أو خطأ...هل الجلوس يُعد واحدًا من أكثر المواضع المجهدة التي يمكن أن يكون عليها جسمنا؟

 **صحيح**

4. إذا كان عملك يتطلب منك الوقوف في مكان واحد لفترة طويلة، يجب عليك...الانحناء للأمام قليلاً.

 **قم بوضع قدم واحدة على عتبة ترتفع بضع بوصات من الأرض، وقم بتبديل القدم التي يتم وضعها على العتبة كل نصف ساعة أو نحو ذلك.**

5. أي مما يلي يُعد وسيلة للمساعدة في الحفاظ على شكل الطبيعي للمنحنى S لظهرك أثناء النوم؟

 **النوم على جانبك مع ثني ركبتيك.**

6. صحيح أو خطأ... عند حمل شيء ما من الأرض، هل تقوم أولاً بحمله حول خصرك ثم ترفع قدميك؟

 **خطأ**

**استبيان توجيه تولي القيادة لبرنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS)**

لقد عملت اليوم مع: التاريخ:

 **اسم مدرب التوجيه**

|  |  |
| --- | --- |
| **تجربتك في مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) هي مقياس نجاحنا. يرجى إكمال هذا الاستبيان عن طريق وضع على "نعم" أو "لا" لكل بيان أدناه.** | **قم بوضع علامة على** |
| **التوجيه** | **نعم** | لا |
| **في الوقت المناسب** | **كنت قادراً على الحصول على موعد للتوجيه في التاريخ المطلوب** |  |  |
| **منظم** | **كانت المادة منظمة وسهلة المتابعة** |  |  |
| **فعال** | **تضمن التوجه على فترة كافية من الوقت** |  |  |
| **الاستيعاب** | **المكتب كان مناسبا لهذا التدريب** |  |  |
| **مراعاة شعور الآخرين** | **كان فريق عمل مكتب الاستقبال مهذب ولطيف** |  |  |
|  |
| **المدرب** | **نعم** | **لا** |
|  | **كان المدرب:** |  |  |
| **منظم** | **كان على استعداد جيد** |  |  |
| **يقظ** | **كان منفتح لتلقي أي وجميع الأسئلة** |  |  |
| **محترف** | **كان على دراية وقادر على الإجابة على جميع الأسئلة** |  |  |
| **مهذب** | **مهذب ولطيف** |  |  |
|  |  |  |  |

**الاسم (اختياري):**

**معلومات الاتصال (البريد الإلكتروني / الهاتف):**

في كل شهر، سوف نقوم بسحب بطاقة من صندوق رضا العملاء لدينا، وسيحصل الشخص الذي يتم سحب بطاقته على شهادة هدية بقيمة 25 دولارًا لمطعم أو محل تجاري أو متجر محلي. لذا، يرجى تعبئة البطاقات وإعلامنا كيف كان أداؤنا. شكرًا.

**مدير برنامج تولي القيادة برنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS):** *التوقيع*

 جويس كريستوفر

**جدول الدفع لعام 2019**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تاريخ الدفع** |  | **فترة الدفع** |
| **21/12/2018** |  | **25/11/2018** | **-** | **08/12/2018** |
| **04/01/2019** |  | **09/12/2018** | **-** | **22/12/2018** |
| **18/01/2019** |  | **23/12/2018** | **-** | **05/01/2019** |
| **01/02/2019** |  | **06/01/2019** | **-** | **19/01/2019** |
| **15/02/2019** |  | **20/01/2019** | **-** | **02/02/2019** |
| **01/03/2019** |  | **03/02/2019** | **-** | **16/02/2019** |
| **15/03/2019** |  | **02/17/2019** | **-** | **02/03/2019** |
| **29/03/2019** |  | **03/03/2019** | **-** | **16/03/2019** |
| **12/04/2019** |  | **17/03/2019** | **-** | **30/03/2019** |
| **26/04/2019** |  | **31/03/2019** | **-** | **13/04/2019** |
| **10/05/2019** |  | **14/04/2019** | **-** | **27/04/2019** |
| **24/05/2019** |  | **28/04/2019** | **-** | **11/05/2019** |
| **07/06/2019** |  | **12/05/2019** | **-** | **25/05/2019** |
| **21/06/2019** |  | **26/05/2019** | **-** | **08/06/2019** |
| **05/07/2019** |  | **09/06/2019** | **-** | **22/06/2019** |
| **19/07/2019** |  | **23/06/2019** | **-** | **06/07/2019** |
| **02/08/2019** |  | **07/07/2019** | **-** | **20/07/2019** |
| **16/08/2019** |  | **21/07/2019** | **-** | **03/08/2019** |
| **30/08/2019** |  | **04/08/2019** | **-** | **17/08/2019** |
| **13/09/2019** |  | **18/08/2019** | **-** | **31/08/2019** |
| **27/09/2019** |  | **01/09/2019** | **-** | **14/09/2019** |
| **11/10/2019** |  | **15/09/2019** | **-** | **28/09/2019** |
| **25/10/2019** |  | **29/09/2019** | **-** | **12/10/2019** |
| **08/11/2019** |  | **13/10/2019** | **-** | **26/10/2019** |
| **22/11/2019** |  | **27/10/2019** | **-** | **09/11/2019** |
| **06/12/2019** |  | **10/11/2019** | **-** | **23/11/2019** |
| **20/12/2019** |  | **24/11/2019** | **-** | **07/12/2019** |
| **03/01/2019** |  | **08/12/2019** | **-** | **21/12/2019** |

مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)

716-836-0105 مجموعة وكالات فاكس: 0091-836-716

**3108 Main Street, Buffalo, NY 14214**

**تولي القيادة**

**\*\*\* يُستكمل بمعرفة المساعد الشخصي\*\*\***

الاسم: تاريخ الميلاد:

العنوان:

التوقيع: التاريخ:

**\*\* تم استكمالها من قِبل الطبيب \*\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **العمر** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **الطول** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **الوزن** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **معدل التنفس** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **النبض** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **ضغط الدم** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

هل قادر على أداء مهام المساعد الشخصي؟ نعم \_\_\_\_\_ لا \_\_\_\_\_

القدرة على الرفع (اختر من بين الأوزان التالية):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **أقل من 10 رطل** |  | **بين 10 - 50 رطل** |  | **بين 50 - 100 رطل** |  | **أكثر من 100 رطل** |

**التطعيمات / الاختبارات (إن وجدت)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **إدارة اختبار الجلد للمشتق البروتيني المنقى (PPD) (اختبار الدرن)** |
| تاريخ الإدارة: |  |
| وقت الإدارة: |  |
| المُصنع: |  |
| رقم القطعة: |  |
| تاريخ انتهاء الصلاحية: |  |
| الموقع: اليسار/اليمين: |  |
| اسم المزود: |  |
| توقع المزود |  |
| **اختبار فحص الجلد للمشتق البروتيني المنقى (PPD) (اختبار الدرن)** |
| تاريخ القراءة: |  |
| وقت القراءة |  |
| النتجية: Pos/Neg |  |
| ملليمتر تصلّب |  |
| اسم المزود |  |
| توقع المزود |  |
| □ MD □ NP □ PA □ RN |  |

هل هناك حاجة للأشعة السينية للصدر؟ نعم □ لا □هل تم اختبار المشتق البروتيني المنقى (PPD) (اختبار الدرن)؟ (نتيجة اختبار الجلد إيجابي + نتيجة سلبية للأشعة السينية على الصدر) نعم □ لا □*الرجاء الإرسال للفاكس رقم: 716-836-0091* |

|  |
| --- |
| **داعم معايرة MMR / التطعيم المُقدم (إذا كان ذلك مطبقًا)** |
| التاريخ المحدد: |  |
| رقم القطعة: |  |
| اسم المزود |  |
| توقع المزود |  |
| **معايرة MMR (إذا كان ذلك مطبقًا)** |
| التاريخ المحدد: |  |
| النتائج: |  |
| اسم المزود |  |
| توقع المزود |  |

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*توقيع الطبيب: التاريخ: رقم الهاتف:

|  |
| --- |
| **يجب على الطبيب الختم من أجل التحقق** |

 |

تأكيد امتثال المساعد الشخصي مع

مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) خطة الامتثال للشركات

السياسة والإجراءات ومدونة قواعد السلوك

أؤكد أنني قد قرأت وفهمت خطة الامتثال للشركات الخاصة بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر سياسة الاحتيال وإساءة الاستخدام)، ومدونة قواعد السلوك، وقد تلقيت التعليم والتدريب فيما يتعلق بتطبيق القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر القوانين الموضحة في الملحق ب بالخطة)، وبالإضافة إلى ذلك تفسير المعايير الأخلاقية لممارسات العمل المتعلقة بأنشطتي بصفتي موظفًا لدى مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

أقر بأنني أعتزم التصرّف على أساس الامتثال امتثالًا كاملًا لسياسة امتثال الشركات وقواعد السلوك. أتفهم أنني قد أطلب المشورة، عند الضرورة، من المشرف المناسب، و/أو كبير مسؤولي الامتثال فيما يتعلق بالإجراءات المناسبة التي قد أحتاج إلى اتخاذها من أجل الامتثال لسياسة الامتثال ومدونة قواعد السلوك.

التاريخ

التوقيع

الاسم (المطبوع)

المسمى الوظيفي PCA

القسم/ المنشأة برنامج خدمات المساعدة الشخصية الموجهة للمستهلك (CDPAS)

CDPA-7/1/19

**مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة**

**خطة الامتثال للشركات**

**2008-2009**

**(تم مراجعتها في 6/2019)**

**كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال**

تينا براون

716-836-0822, تحويلة. 102

tbrown@wnyil.org

هذه الوثيقة هي نسخة مختصرة من خطة الامتثال الكاملة للشركات في مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة. وقد تم تبسيطها مع التركيز على المستهلكين والمساعدين الشخصيين المشاركين في برنامج تولي القيادة (CDPAP). ويُعد الهدف هو مساعدتك على فهم مسئوليات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وحقوقك ومسؤولياتك كشخص يستفيد من أو يتم الدفع لك من قبل البرامج/الخدمات التي يتم تمويلها من قبل ولاية نيويورك وصناديق المعونة الطبية الفيدرالية. يمكن طلب نسخة ورقية كاملة من خطتنا من أي مكتب من مكاتبنا أو يمكنك الاطلاع على النسخة الكاملة من خطة امتثال الوكالة في www.wnyil.org.

**أولًا. رؤية ورسالة مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة. (WNYIL Inc.)**

**أ. بيان الرؤية**

تُعد مجموعة الوكالات التابعة لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة عاملاً مساعداً لتغيير الأنظمة والأفراد، مما يعزز من جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، مع احترام التنوع وتعزيز الخيارات والبدائل للعيش المستقل في مجتمعاتنا.

**ب. الرسالة**

تُعد مجموعة الوكالات التابعة لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بمثابة منظمة حقوق مدنية متعددة الثقافات ولها قاعدة شعبية، تقوم بتقديم سلسلة كاملة من الدعم والبرامج والخدمات لتحسين نوعية الحياة لجميع الأفراد ذوي الإعاقة. مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ومجلس رابطة أقران الصحة العقلية، ومجلس الحياة المستقلة في مقاطعة نياغارا، ومجلس الحياة المستقلة لمنطقة جينيسي، حيث يتألف غالبية موظفيهم ومتطوعينهم من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يقومون بإدارة منظمات مهنية وفعالة تخلق فرصًا للاختيار والاستقلال والمشاركة المجتمعية. إزالة الحواجز المادية والسلوكية وتسهيل الوصول إلى وسائل النقل والاتصالات في مجتمعنا. تساعد مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) الأشخاص ذوي الإعاقة على

تحقيق خيارات حياتهم من خلال تقديم المعلومات والتوجيه، وتدعيم مهارات المعيشة المستقلة لديهم، وتقديم الدعوة للأفراد والأنظمة، وتقديم مشورة الأقران، وبرامج تمكين الدعوة، والمساعدة الذاتية، وتنمية القيادة، ودعم الأسر وتثقيف المجتمع والشراكات.

**ج. تأكيد تكافؤ فرص الوصول**

تضمن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) تكافؤ فرص الوصول لجميع الأشخاص بغض النظر عن إعاقتهم في الوصول المادي والاستفادة بخدمات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وبرامجها وأنشطتها ومواردها ومرافقها، سواء الممولة من القطاع العام أو الخاص.

**د. بيان التوجيه الذاتي**

يستلزم على مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، مساعدة الأشخاص ذوي الإعاقة في ممارسة المزيد من الحرية والسيطرة على حياتهم الخاصة. لذلك، كلما كان ذلك ممكنا، يكون للأفراد الذين يتلقون الخدمات دور فعال في تحديد الخدمات المطلوبة وتقديم هذه الخدمات.

سيتم تشجيع المستهلكين على التوجيه الذاتي من خلال:

1. تطوير أهدافهم الخاصة.

2. توجيه تقديم الخدمات باستخدام قدراتهم الخاصة.

3. وفي جميع الأوقات،يجب أن يواجه المستهلكون الدعوة الذاتية.

4. لا يقوم موظفو مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بفرض أحكامهم الخاصة على المستهلك.

**هـ. إعلان جمعيات الأقران**

سوف تدعم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) تطوير أدوار الهيئات المماثلة وتسهيل العلاقات معها وذلك لتقديم الخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات الجسيمة. ونحن بصدد تحقيق هذا المسعى من خلال العضوية في مجلس الإدارة وتعيين المتطوعين وترقية وتعيين الموظفين، وذلك من أجل تزويد مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بتوجيه الهيئات المماثلة الضروري لجميع أنشطة مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

**ثانيًا. غرض خطة الامتثال للشركات**

**أ. المقدمة**

تهدف خطة امتثال الشركات هذه إلى التأكد من أن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ستحافظ على سمعتها الإيجابية وتأثيرها في المجتمع من خلال تحسين حياة الأشخاص ذوي الإعاقة في مجتمعاتنا وتوفير وصول أفضل وخدمات عالية الجودة مقابل تكلفة جيدة وبصورة متسقة مع رؤية ورسالة مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، كما هو موضح أعلاه أو كما هو منصوص عليه من قبل مجلس الإدارة.

تحتفظ مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بأي شخص تابع للمؤسسة وفقًا لأعلى المعايير. وفي إطار جهودنا لتحقيق هذه الأهداف، وضعت مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) خطة امتثال الشركات هذه.

**ب. الرسالة**

من المقرر أن يحقق كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) هذا الهدف من خلال مساعدة الأشخاص وتقديم المشورة للموظفين والمستهلكين والوكلاء وممثلي مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، وكذلك المساعدة في ضمان امتثال مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية والقوانين المحلية. وبهذه الأهلية، سوف يلتزم كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بتقديم إرشادات واضحة لتدريب وتثقيف الموظفين والمستهلكين والوكلاء والممثلين فيما يتعلق بالقوانين واللوائح والسياسات والإجراءات المعمول بها من حيث صلتها بالامتثال.

سوف يسعى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال إلى:

1. تعزيز ثقافة تشجع الموظفين والوكلاء والمستهلكين والممثلين على أداء الأنشطة بنزاهة ووفقًا لجميع لوائح الامتثال والقوانين المعمول بها وسياسات وإجراءات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) والإبلاغ عن حالات عدم الامتثال إلى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال؛

2. تثقيف المسؤولين والمديرين وأعضاء المجلس والموظفين والوكلاء والمستهلكين وممثلي مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) فيما يتعلق بالمخاطر القانونية لبعض الممارسات الخاصة بالعمل؛

3. تشجيع مدراء مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) على البحث عن المشورة المناسبة فيما يتعلق بالممارسات الخاصة بالعمل وإجراء تلك الأنشطة ضمن متطلبات القانون والمعايير الأخلاقية لموظفي مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ولضمان الامتثال بالمبادئ التوجيهية للأحكام الفيدرالية.

امتثال الشركات هو عبارة عن شراكة للمساعدة في تحديد مجالات المخاطر التنظيمية وكذلك للمساعدة في التخفيف من مخاطر عدم الامتثال. ومن المتوقع أن يكرس موظفو مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) أنفسهم للشركة ويعملون بجد وإخلاص وحكمة لضمان بلوغ مستويات عالية من القيادة الإبداعية والمسؤولية المالية للتعاون والتواصل مع الآخرين الذين يشاركون نفس قيم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) في تقديم البرامج والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، ويدافعون بالنيابة عن قضايا الضمير والحاجة الإنسانية ويساهمون في الحفاظ على المعيشة المستقلة وقوتها.

**ثالثا. خطة امتثال الشركات لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)**

**العناصر الأساسية**

يجب أن تتضمن خطة الامتثال للشركات العناصر الأساسية الثمانية التالية وفقًا لما يتطلبه مكتب المفتش العام لبرنامج ميديكيد (OMIG) ومكتب المفتش العام (OIG):

**أ. البند رقم 1: السياسات والإجراءات المكتوبة**

هذه الوثيقة، بما في ذلك الملحقات 'أ' و 'ب' و 'ج' وكذلك دليل الامتثال الخاص بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، ستكون بمثابة سياسات وإجراءات مكتوبة من مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) برمتها.

**ب. البند رقم 2: الموظف المُعيَّن المنوط بمسؤولية الإشراف على الخطة وجميع عناصرها المطلوبة**

**1. الموظف المسؤول**

قامت مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بتعيين السيدة تينا براون في منصب كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال. حيث يضطلع كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بتقديم التقارير مباشرة إلى المدير التنفيذي ويتحمل المسؤولية أمام مجلس الإدارة. وهذا الشخص مسؤول عن التنفيذ الشامل وإدارة العمليات الخاصة بخطة امتثال الشركات.

**2. الأشخاص المسؤولين الآخرين**

1. لجنة الامتثال للشركات: يرأس لجنة امتثال الشركات رئيس قسم الموارد البشرية والامتثال. وتتكون من أعضاء مجلس الإدارة والأفراد المختارين من المجتمع والمدير التنفيذي لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وأعضاء مختارين من فريق مراقبة الامتثال.

2. فريق تدقيق الامتثال: سيتولى فريق تدقيق ومراقبة الامتثال مسؤولية مساعدة كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال في تنفيذ عملية المراجعة الداخلية. وسيكون بدوره مسؤولًا عن مراجعة وتحديث بروتوكولات التدقيق لضمان إجراء عمليات التدقيق بشكل موحد وطبقًا للمعايير التي تتطلبها مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ومصادر التمويل.

3. الممثل القانوني؛ يعمل كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بالتعاون مع مستشار قانوني خارجي على تطوير وتنفيذ خطة الامتثال.

**ج. البند رقم 3: برامج تعليمية وتدريبية لتوعية الموظفين وغيرهم بمسؤولياتهم**

يتحمل كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال المسؤولية العامة عن الإشراف على تطوير وتنفيذ برامج التعليم والتدريب والاتصال لضمان الامتثال لخطة يتحمل كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال المسؤولية العامة عن الإشراف على تطوير وتنفيذ برامج التعليم والتدريب والاتصال لضمان امتثال المديرين والمسؤولين وأعضاء المجلس والموظفين والمستهلكين والوكلاء والممثلين لخطة امتثال الشركات في مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

**د. البند رقم 4: تقدم التقارير عن امتثال الشركات**

بموجب التوجيه العام لكبير موظفي الموارد البشرية والامتثال، يجب على مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وكل مدير إدارة تنفيذ عمليات لتوفير التعليم والتوجيه بشأن أخلاقيات وسياسات الامتثال القانوني والإجراءات الخاصة بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) والتقرير والإبلاغ عن القضايا المتعلقة بالعمل.

1. يتحمل كل موظف مسؤولية إخطار مشرفه في الوقت المناسب بأي انتهاكات أو اشتباه في انتهاكات لمعايير الأخلاق والسلوك القانوني. ومن ناحية أخرى، يجوز للموظف اتباع إجراءات الإبلاغ بموجب الجزء التاسع، سياسة الامتثال في الاحتيال وسوء المعاملة، القسم 'ج'، مشاركة الموظف وإعداد التقارير.

2. سيتم إبلاغ الأفراد أنه قد يكون مجرد عدم الإبلاغ عن انتهاك مشتبه به في بعض الحالات أساسًا لاتخاذ إجراء تأديبي أو غيره من الإجراءات.

3. يتوافر رقم هاتف مجاني 8042-576-866 لجميع الأشخاص الذين قد يرغبون في الحصول على المشورة بشأن سياسات وإجراءات معينة، أو الذين يرغبون في الإبلاغ عن انتهاكات فعلية أو متوقعة للقانون أو سياسات وإجراءات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) المعمول بها.

4. لن يخضع أي فرد للانتقام بسبب الإبلاغ، بحسن نية، عن أفعال يشعرون أنها تنتهك القانون أو المعايير الموضوعة. أي شخص يشترك في أي عمل انتقامي عن أي تقرير، بحسن نية، يكون عرضة للتأديب و/أو الفصل.

5. **التقارير التنظيمية:** يجب على كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال تقديم تقرير إلى المدير التنفيذي بشأن خطة امتثال الشركات بشكل مستمر، وتقديم تقرير عن أنشطة خطة الامتثال إلى لجنة الامتثال المؤسسية مرة على الأقل كل ثلاثة أشهر، وتقديم تقرير عن الامتثال القانوني والأخلاقي عند الطلب.

6. **مشاركة الموظفين وإعداد التقارير:** هي مسؤولية تقع على عاتق كل موظف في مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) أن يلتزم بالقوانين واللوائح المعمول بها وأن يدعم الجهود التي يبذلها قسم الامتثال بمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). يتعين على جميع الموظفين الإبلاغ عن اعتقادهم بحسن نية عن أي انتهاك لخطة الامتثال أو القانون المعمول به. تقوم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) بناءً على طلب الموظف بإخفاء هوية الموظف الذي يبلغ إن امكن في ظل ظروف حكم مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، بما يتوافق مع التزاماتها بالتحقيق في مخاوف الموظفين واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة . ولن يكون هناك أي مجال للثأر أو الانتقام في شروط وأحكام التوظيف نتيجة لهذا الإبلاغ. سيقوم الموظفون بالإبلاغ عن اعتقادهم بحسن نية عن أي انتهاك لخطة الامتثال أو القوانين المعمول بها بالطرق التالية:

أ. إما شفهيًا أو كتابيًا لمديره المباشر.

ب. عن طريق استخدام الخط الساخن للامتثال على رقم 8042-576-866-1 إذا كانت لديك القدرة على حجب المكالمة، فاتصل برقم \*67 قبل الاتصال برقم 8042-576-866-1 لإخفاء رقمك عن معرف المتصل.

**ج.** إدخال الشكاوى عبر صفحتنا على الإنترنت: www.wnyil.org/corporatecompliance.

**د.** إما شفهيًا أو كتابيًا إلى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL):

تينا براون، CHRCO

مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)

3108 Main Street

Buffalo NY 14214

رقم الهاتف: 716-836-0822 تحويلة. 102

tbrown@wnyil.org

**هـ. البند رقم 5: السياسات التأديبية للتشجيع على المشاركة بحسنة النية**

قد يخضع الموظفون للتأديب لفشلهم في المشاركة في جهود الامتثال لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

1. فشل الموظف في أداء أي التزام مطلوب منه فيما يتعلق بالامتثال للبرنامج أو القوانين أو اللوائح المعمول بها؛

2. عدم الإبلاغ عن الاشتباه في انتهاكات لقوانين خطة الامتثال أو القوانين أو اللوائح المعمول بها للشخص المناسب؛ و

3. الفشل من جانب الموظف الذي يشغل منصب إشرافي أو إداري في تنفيذ السياسات والإجراءات بشكل معقول والمحافظة عليها، وهو أمر ضروري لضمان الامتثال لشروط البرنامج أو القوانين واللوائح المعمول بها.

وسوف يتبع التأديب تطبيق سياسات وإجراءات تأديب الموظفين الحالية لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

**و. البند رقم 6: نظام لتحديد روتين مجالات مخاطر الامتثال**

**التدقيق والرصد**

بالتشاور والتعاون مع المدير التنفيذي ومديري الإدارات الرئيسيين، سيقوم كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال بتنسيق عمليات التدقيق الداخلي والدراسات الاستقصائية المناسبة للتحقق من الالتزام والوعي بمتطلبات خطة امتثال الشركات ومتطلبات مصدر التمويل وسياسات الامتثال وأخلاقيات وإجراءات مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

يخضع أي نشاط تجاري لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL)، وعند نقطة تأسيس حقوق التدقيق للشركات التابعة أو الشراكات أو المشاريع المشتركة أو الجهات المرخص لها أو المقاولون أو البائعون أو الموزعون أو الجهات الخارجية أو أي جهة أو عملية أخرى، إلى مراجعة التدقيق الداخلي.

**ز. البند رقم 7: نظام للاستجابة لقضايا مخاطر الامتثال**

الغرض من هذه السياسة هو تحديد الإجراءات التي ستستخدمها مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). يجب على مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL Inc.) الرد على تقارير الموظفين أو غيرهم بأن وحدة العمل أو الأفراد العاملين بوحدة العمل أو المستهلكين المشاركين في برنامج ما يتورطون في نشاط قد ينتهك المعايير الموضحة في خطة امتثال الشركات والتي قد تكون مخالفة للقوانين أو اللوائح المعمول بها في برنامج ميديكيد أو أن هؤلاء الأشخاص أو وحدات العمل قد يقدمون مطالبات بطريقة لا تفي بمتطلبات برنامج ميديكيد، حسب الاقتضاء.

1. التحقيق

أ. الغرض من التحقيق:

يمكن أن يكون الغرض من التحقيق من أجل

1. تحديد تلك المواقف التي قد لا تتبع فيها قوانين وقواعد ومعايير برنامج ميديكيد.

2. تحديد الأفراد الذين ربما يكونوا قد تسببوا بقصد أو بدون قصد في تقديم مطالبات أو العمل عليها بطريقة تنتهك قوانين أو قواعد أو معايير برنامج ميديكيد.

3. تسهيل تصحيح أي ممارسات لا تمتثل للقوانين والقواعد والمعايير الخاصة ببرنامج ميديكيد.

4. لتنفيذ تلك الإجراءات اللازمة لضمان الامتثال في المستقبل.

5. لحماية مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) في حالة اتخاذ إجراءات مدنية أو جنائية.

6. للحفاظ على أصول مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) وحمايتها.

ب. مراقبة التحقيقات:

يجب إرسال جميع التقارير التي يتلقاها موظفو الوكالة إلى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال لمؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL). يتولى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال في مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) أو من ينوب عنه أمر اتخاذ تدابير التحقيق المناسبة باستخدام أي موارد داخلية وخارجية تعتبر مناسبة.

**ج.** عملية التحقيق:

عند تلقي تقرير عن أي شكوى أو غيرها من المعلومات (بما في ذلك نتائج التدقيق)، والتي تشير إلى وجود نمط من السلوك ينتهك سياسات الامتثال أو القوانين المعمول بها أو اللوائح، يجب ان تبدأ عملية التحقيق. وسيُجرى تحقيق كامل مع اتخاذ جميع إجراءات المتابعة المناسبة، بما في ذلك تقديم التقارير إلى الكيانات الخارجية حسب الاقتضاء.

**مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) الغرض**

النشاط الإجرامي المحتمل: في حالة اكتشاف مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) ما يبدو أنه نشاط إجرامي من جانب أي موظف أو وحدة عمل، يتعين عليها اتخاذ الخطوات التالية:

في حالة وجود نشاط إجرامي مستمر، سيتم الاتصال بالمدعي العام لولاية نيويورك.

في حالة تورط برنامج ميديكيد، سيتم الاتصال بمكتب المفتش العام لبرنامج ميديكيد في ولاية نيويورك:

في حالة تورط مكتب الأشخاص المصابين بإعاقات النمو، سيتم الاتصال به.

في حالة تورط مركز العدالة، سيتم الاتصال به.

في حالة تورط وزارة التعليم في ولاية نيويورك، سيتم التواصل مع خدمات توظيف الكبار والتعليم المستمر - التأهيل المهني.

يمكن الاتصال بجهات أخرى حسب الاقتضاء.

سوف تشرع مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) في اتخاذ إجراء تأديبي مناسب ضد الشخص أو الأشخاص الذين يبدو أن سلوكهم كان مقصودًا أو غير مبالٍ أو متعمد مع إهمال نتيجة الاستهتار ببرنامج ميديكيد والقوانين واللوائح البرنامجية الأخرى. ولن يتمكن المستهلكون المصممون على التورط المتعمد أو غير المبال أو المستهتر تجاه القوانين واللوائح الخاصة ببرنامج ميديكيد من الحصول على الخدمات من مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL).

حالات عدم الامتثال الأخرى، في حال كشف التحقيق عن الفواتير أو غيرها من المشكلات التي لا يبدو أنها نتيجة لسلوك متعمد أو غير مبال أو مهمل نتيجة استهتار بقوانين وأنظمة البرامج المناسبة، فإن مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) تتخذ مع ذلك الخطوات التالية:

أ. مدفوعات غير صحيحة. في حال تسببت المشكلة في تكرار الدفعات من مصدر التمويل، أو مدفوعات لخدمات لم يتم تقديمها أو تم تأديتها بخلاف ما هو مطلوب، فإنه يجب:

أولًا. تصحيح العملية أو الإجراء الخاطئ على الفور،

ثانيًا. حساب ودفع المبالغ المكررة أو سداد المدفوعات غير الصحيحة الناتجة عن الفعل أو الإغفال إلى الجهة الحكومية المناسبة،

ثالثا**.** بدء الإجراءات التأديبية إن وجدت حسب الاقتضاء بالنظر إلى الحقائق والظروف. قد تشمل الإجراءات التأديبية المناسبة، على سبيل المثال لا الحصر، التوبيخ والخصم والتعليق عن العمل والفصل

رابعًا. تنفيذ برنامج تعليمي وتوعوي على الفور في وحدة العمل لمنع حدوث مشكلات مماثلة في المستقبل.

ب. في حالة عدم وجود مدفوعات غير صحيحة. في حالة عدم تسبب المشكلة في دفع مبالغ زائدة من البرنامج، يتعين على مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL):

أولًا. تصحيح العملية أو الإجراء الخاطئ على الفور.

ثانيًا. بدء الإجراءات التأديبية إن وجدت حسب الاقتضاء بالنظر إلى الحقائق والظروف. قد تشمل الإجراءات التأديبية المناسبة، على سبيل المثال لا الحصر، التوبيخ والخصم والتعليق عن العمل والفصل.

ثالثا**.** تنفيذ برنامج تعليمي وتوعوي على الفور في وحدة العمل لمنع حدوث مشكلات مماثلة في المستقبل

**ح. البند رقم 8: سياسة عدم الانتقام وعدم الترهيب**

تطلب مؤسسة غرب نيويورك للمعيشة المستقلة (WNYIL) من مديريها ومسؤوليها وموظفيها والمتطوعين (كل منهم "شخص محمي") الالتزام بالمعايير العالية لأخلاقيات العمل والأخلاقيات الشخصية في أداء واجباتهم بالنيابة عن الوكالة. يُتوقع من الأشخاص المحميين، باعتبارهم موظفين وممثلين للوكالة، ممارسة الصدق والنزاهة في تأدية مسؤولياتهم ويطلب منهم الامتثال لجميع القوانين واللوائح المعمول بها.

تتمثل أهداف سياسة المبلغين عن المخالفات في تشجيع وتمكين الأشخاص المحميين، مع عدم الخوف من الثأر، من الإعراب عن مخاوفهم في حالة الاشتباه في سلوك أو ممارسات غير أخلاقية و/أو غير قانونية، بسرية تامة، مع الحفاظ على أن يكون مجهول الهوية في حالة الرغبة في ذلك، حتى يتسنى للوكالة معالجة السلوكيات والإجراءات غير اللائقة وتصحيحها.

**مسؤولية الإبلاغ**

يقع على عاتق جميع الأشخاص المحميين مسؤولية الإبلاغ بحسن نية عن أي مخاوف قد تكون لديهم بشأن الأنشطة الفعلية أو المشتبه فيها والتي قد تكون غير قانونية أو تنتهك سياسات الوكالة فيما يتعلق، على سبيل المثال لا الحصر، الاحتيال أو السرقة أو الاختلاس أو المحاسبة أو مخالفات في التدقيق والرشوة والعمولة وإساءة استخدام أصول الوكالة، وأي انتهاكات أو اشتباه في انتهاكات للمعايير الأخلاقية المهنية والتجارية، حيث أن هذه المعايير تتعلق بالوكالة (كل منها "مصدر قلق") وفقًا لسياسة المبلغين عن المخالفات .

**لا وجود للثأر**

لن يتعرض أي شخص محمي يقدم تقريرًا بنية حسنة للتخويف أو المضايقة أو الانتقام أو التمييز أو أي إجراء سلبي بالعمل نتيجة لهذا التقرير. لا يوجد أي شيء منصوص عليه في هذه الوثيقة يهدف إلى تزويد أي شخص محمي بأي حقوق إضافية أو أسباب لعمل أي تصرف، بخلاف تلك التي ينص عليها القانون.

**الإبلاغ عن المخاوف**

يجب الإبلاغ فعليًا عن أي عوامل تثير القلق في أقرب وقت ممكن لرئيس لجنة الامتثال بالوكالة. يجب توجيه أي سؤال يتعلق بتفسير أو آلية عمل أو موضوع سياسة المبلغين عن المخالفات إلى كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال.

**موظف الامتثال**

كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال هو الشخص المسؤول عن التحقيق في جميع الشؤون المبلغ عنها وحلها، ويقوم بدوره بإبلاغ لجنة الامتثال بجميع الشؤون المبلغ عنها. ويقوم كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال أو من ينوب عنه بتقديم تقرير إلى مجلس الإدارة الكامل في كل اجتماع مجلس إدارة يُحدد بانتظام حول نشاط الامتثال.

**التحقيقات**

يجوز لكبير موظفي الموارد البشرية والامتثال تفويض مسؤولية التحقيق في أي مخاوف تم الإبلاغ عنها، سواء كان ذلك يتعلق بالمحاسبة أو غير ذلك لموظف واحد أو أكثر من موظفي الوكالة أو إلى أي فرد آخر، بما في ذلك الأشخاص غير العاملين في الوكالة، والذين يتم يختارهم رئيس قسم الموارد البشرية والامتثال؛ شريطة أنه لا يجوز لرئيس الموارد البشرية والامتثال تفويض هذه المسؤولية لموظف أو فرد آخر يكون موضوع القلق المبلغ عنه أو التفويض بطريقة من شأنها أن تهدد إما هوية الموظف الذي أبلغ عن الأمور التي أثارت قلقه بشكل مجهول أو سرية الشكوى أو التحقيق الناتج عنها. يجب أن يتعاون الموظفون والمستهلكون مع الجهود المبذولة في التحقيق.

**العمل بنية حسنة**

يجب على أي شخص يبلغ عن مشكلة ما أن يتصرف بحسن نية وأن يكون لديه أسباب معقولة للاعتقاد بأن المعلومات التي تم الكشف عنها قد تشير إلى انتهاك القانون و/أو المعايير الأخلاقية. أي ادعاءات يثبت أنها قد أُبلغ عنها كيديا أو كانت خاطئة عن علم، ستُعتبر جريمة تأديبية خطيرة.

**السرية**

تتخذ الوكالة على محمل الجد مسؤوليتها عن إنفاذ سياسة المبلغين عن المخالفات، وبالتالي تشجع أي شخص يبلغ عن مسألة تثير قلقه على تحديد هويته لتيسير أي تحقيق ناتج. بصرف النظر عما تقدم، في حالة إبلاغ أي شخص عن أمر أو مسألة تثير قلقه فإنه يجوز للشخص المحمي أن يطلب معاملة هذا التقرير بطريقة سرية (بما في ذلك أن تتخذ الوكالة خطوات معقولة لضمان أن تظل هوية الشخص المُبلغ مجهولة الهوية). ويمكن أيضا الإبلاغ عن الشؤون المقلقة بشكل مجهول. وستبقى تقارير الإبلاغ عن المخاوف سرية إلى أقصى حد ممكن، بما يتماشى مع الحاجة إلى إجراء تحقيق مناسب.

**التعامل مع المسائل المثيرة للقلق المبلغ عنها**

يقر كبير موظفي الموارد البشرية والامتثال باستلام كل البلاغات الخاصة بالأمور المثيرة للقلق في غضون خمسة أيام عمل، ولكن بشرط الكشف عن هوية الشخص المُبلغ أو تقديم عنوان المرسل. وسيجري التحقيق في جميع التقارير فيها على الفور. ومن المقرر أن يكون نطاق أي تحقيق من هذا القبيل ضمن التقدير المطلق للجنة الامتثال، وسيتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة إذا اقتضى التحقيق ذلك.

**السجلات**

تحتفظ لجنة الامتثال، على أساس سري للغاية، بجميع السجلات المتعلقة بأي مخاوف تم الإبلاغ عنها والتحقيق فيها وحلها، لمدة سبع سنوات (أو غير ذلك وفقًا لما تقتضيه سياسات الاحتفاظ بسجلات الوكالة). وجميع هذه السجلات سرية وحصرية للوكالة وسيتم اعتبار هذه السجلات مميزة وسرية.

**بعض القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات**

**أولًا. قوانين الاحتيال وإساءة المعاملة**

**أ. القوانين الفدرالية**

**قانون المطالبات الزائفة (31 USC §§3729-3733)**

ينص قانون الادعاءات الكاذبة في الجزء ذي الصلة على ما يلي:

أي شخص (1) يقوم عن علم بتقديم، أو التسبب في تقديم ادعاءات كاذبة أو احتيالية بالدفع أو الموافقة إلى موظف أو مسؤول في حكومة الولايات المتحدة ... ؛ (2) يقوم عن عمد بصنع، أو استخدام أو التسبب في صنع أو استخدام سجل أو بيان كاذب للحصول على مطالبة كاذبة أو احتيالية دفعت مقابلها الحكومة أو وافقت عليها؛ (3) يتآمر للاحتيال على الحكومة من خلال الحصول على مطالبة كاذبة أو احتيالية مدفوعة أو موافق عليها من قبل الحكومة ... أو (7) يقوم عن عمد بصنع أو استخدام، أو التسبب في صنع أو استخدام سجل أو بيان كاذب لإخفاء أو تجنب، أو إنقاص الالتزام بدفع أو تحويل الأموال أو الممتلكات إلى الحكومة فيكون مسؤول أمام حكومة الولايات المتحدة عن عقوبة مدنية تتراوح بين 10,781.40دولار ولا تزيد عن 21,562.80 دولار بالإضافة إلى 3 أضعاف مبلغ الأضرار التي تتحملها الحكومة بسبب فعل ذلك الشخص.

لأغراض خاصة بهذا القسم، يعني مصطلحا "عن عمد " و"عن علم" أن الشخص، فيما يتعلق بالمعلومات (1) لديه معرفة فعلية بالمعلومات، (2) يتصرف بجهل متعمد لطمس حقيقة أو تزييف المعلومات؛ أو (3) يتصرف بشكل مهمل ومستهتر تجاه حقيقة أو زيف المعلومات ولا يلزم إثبات وجود نية محددة للاحتيال (31 USC §3729)

يضع قانون الادعاءات الكاذبة المسؤولية على عاتق أي شخص يقدم مطالبة إلى الحكومة الفيدرالية يعرف (أو يجب أن يعرف) أنها خاطئة. يضع قانون الادعاءات الكاذبة أيضًا المسؤولية على عاتق الشخص الذي يقدم عن قصد سجلًا كاذبًا للحصول على مدفوعات من الحكومة. يشمل مجال المسؤولية الثالث تلك الحالات التي قد يحصل فيها شخص ما على أموال من الحكومة الفيدرالية والتي لا يحق له الحصول عليها، ويستخدم أوراق أو سجلات مزورة للاحتفاظ بالمال. ينص قانون الادعاءات الكاذبة على أنه يجوز للأطراف الخاصة رفع دعوى نيابة عن الولايات المتحدة. قد يشارك هذا الشخص، المعروف باسم "المقرر"، في نسبة مئوية من عائدات إجراء أو تسوية قانون المطالبات الخاطئة.

المعالجات الإدارية للمطالبات الكاذبة (31 USC الفصل 38. §§3801-3812) يسمح هذا التشريع بالتعويضات الإدارية من قبل الوكالات الفيدرالية. إذا قام شخص ما بتقديم مطالبة يعرف الشخص أنها غير صحيحة أو تحتوي على معلومات كاذبة أو تخفي معلومات جوهرية، فقد تفرض الوكالة التي تتلقى المطالبة غرامة تصل إلى 5000 دولار لكل مطالبة، بالإضافة إلى مبلغ يساوي ضعف مبلغ المطالبة.

**ب. قوانين ولاية نيويورك**

**قانون المطالبات الخاطئة في نيويورك (قانون تمويل الولاية، المواد 187-194)**

قانون المطالبات الكاذبة في نيويورك يشبه قانون المطالبات الكاذبة الفيدرالية. حيث يفرض عقوبات وغرامات على الأفراد والكيانات التي تقدم مطالبات كاذبة أو احتيالية بالدفع من أي ولاية أو حكومة محلية، بما في ذلك برامج الرعاية الصحية مثل برنامج ميديكيد. تتراوح عقوبة تقديم مطالبة كاذبة بين 10,781.40 دولار و 21,562.80 دولار لكل مطالبة، وتتراوح الأضرار القابلة للاسترداد بين ضعفي وثلاثة أضعاف قيمة المبلغ الذي تم استلامه كذبًا. بالإضافة إلى ذلك، قد يتعين على الطرف الذي يقدم المطالبة الكاذبة دفع الرسوم القانونية للحكومة. يجوز للأفراد رفع دعاوى قضائية في محكمة الولاية نيابة عن أطراف الولاية أو الحكومة المحلية. إذا طُلب من الجهة التي قدمت مطالبة كاذبة، نتيجة للدعوى القضائية، إعادة المدفوعات إلى الحكومة، فيجوز للشخص الذي بدأ القضية استرداد ما يتراوح بين 25-30% من العائدات إذا لم تشارك الحكومة في القضية، أو ما يتراوح بين 15-25% إذا شاركت الحكومة.

**قانون الخدمات الاجتماعية §145-ب بيانات كاذبة**

يُعد انتهاك لهذا القانون القيام عن عمد بالحصول على أو محاولة الحصول على مدفوعات عن الأشياء أو الخدمات المقدمة بموجب أي برنامج للخدمات الاجتماعية، بما في ذلك برنامج ميديكيد، عن طريق استخدام بيان كاذب أو إخفاء متعمد أو أي مخطط أو جهاز احتيالي آخر. يجوز للدولة ومقاطعة الخدمات الاجتماعية المحلية ووزارة الصحة استرداد المبالغ المدفوعة بشكل غير صحيح وفرض غرامات وعقوبات.

**قانون الخدمات الاجتماعية §145-ج العقوبات**

ينص القانون على فرض عقوبات على الشخص الذي يتقدم بطلب للحصول على المساعدة العامة أو يتلقاها، بما في ذلك برنامج ميديكيد، عن طريق عمل بيان كاذب أو مضلل عن عمد.

**قانون الخدمات الاجتماعية §145 العقوبات**

أي شخص يقدم بيانات كاذبة أو يخفي عمدًا المعلومات الهامة من أجل الحصول على المساعدة العامة، بما في ذلك برنامج ميديكيد، يكون مذنبًا بارتكاب جنحة.

**قانون الخدمات الاجتماعية §366-ب العقوبات على الممارسات الاحتيالية**

أي شخص يحصل أو يحاول الحصول لنفسه أو للآخرين على مساعدة طبية عن طريق تصريح كاذب أو إخفاء الحقائق الهامة أو انتحال الهوية أو غير ذلك من الوسائل الاحتيالية فهو مذنب بارتكاب جنحة.

أي شخص، بقصد الاحتيال وللحصول على مدفوعات، يقدم أي مطالبة كاذبة أو احتيالية لتقديم الخدمات، أو يقدم عن قصد معلومات كاذبة للحصول على تعويض أكبر من برنامج ميديكيد، أو يقدم عن علم معلومات كاذبة من أجل الحصول على إذن لتوفير عناصر مجانية أو خدمات فهو مذنب بارتكاب جنحة.

**قانون العقوبات المادة 155، السرقة**

ترتكب جريمة السرقة من قبل شخص بقصد حرمان شخص آخر من ممتلكاته، والحصول على هذه الممتلكات أو أخذها أو الاحتفاظ بها عن طريق الخداع أو الاختلاس أو التظاهر الكاذب أو الوعد الكاذب، بما في ذلك التخطيط للاحتيال أو أي سلوك آخر مشابه. تم التغيير في السرقة في بعض حالات الاحتيال على ميديكيد.

**قانون العقوبات المادة 175، البيانات المكتوبة الكاذبة**

ينص هذا القانون على عقوبات جنائية لتزوير السجلات التجارية وتقديم أدوات مزورة لوكالة حكومية.

**قانون العقوبات المادة 176. الاحتيال في مجال التأمين**

ينص هذا القانون على عقوبات جنائية على الاحتيال في مجال التأمين، بما في ذلك الادعاءات الكاذبة المقدمة إلى برنامج ميديكيد وشركات التأمين الصحية الأخرى.

**قانون العقوبات المادة 177. الاحتيال في الرعاية الصحية**

ينص هذا القانون على عقوبات جنائية للمطالبات الاحتيالية المتعلقة بدفع التأمين الصحي، بما في ذلك برنامج ميديكيد.

**ثانيًا. قوانين حماية المبلغين عن المخالفات**

**قانون الادعاءات الفيدرالية الكاذبة (31 U.S.C. §3730(ح)**

يوفر قانون المطالبة الكاذبة الحماية للمقررين الذين يتم تسريحهم أو تخفيض رواتبهم أو تعليقهم أو تهديدهم أو مضايقتهم أو ممارسة أي شكل آخر من أشكال التمييز ضدهم في شروط وأحكام عملهم نتيجة لدعمهم لإجراءات حركة المطالبة الكاذبة. وتشمل سبل الإصلاح العودة للوضع القديم المماثل للوضع الذي كان يمكن أن يحصل عليه الشخص المقرر لولا التمييز ودفع ضعفي مبلغ أي مدفوعات متأخرة والفائدة على أي مدفوعات متأخرة والتعويض عن أي أضرار خاصة تكبدها نتيجة التمييز، بما في ذلك تكاليف المرافعة وأتعاب محاماة معقولة.

**قانون المطالبات الخاطئة في نيويورك (قانون تمويل الولاية، المادة 191)**

يوفر قانون المطالبة الكاذبة الحماية للمقررين الذين يتم تسريحهم أو تخفيض رواتبهم أو تعليقهم أو تهديدهم أو مضايقتهم أو ممارسة أي شكل آخر من أشكال التمييز ضدهم في شروط وأحكام عملهم نتيجة لدعمهم للإجراءات الرامية بموجب القانون. وتشمل سبل الإصلاح العودة للوضع القديم المماثل للوضع الذي كان يمكن أن يحصل عليه الشخص المقرر لولا التمييز ودفع ضعفي مبلغ أي مدفوعات متأخرة والفائدة على أي مدفوعات متأخرة والتعويض عن أي أضرار خاصة تكبدها نتيجة التمييز، بما في ذلك تكاليف المرافعة وأتعاب محاماة معقولة.

**قانون العمل في نيويورك §740**

لا يجوز لصاحب العمل اتخاذ أي إجراء انتقامي ضد الموظف إذا كشف الموظف عن معلومات حول سياسات صاحب العمل أو ممارساته أو أنشطته إلى جهة تنظيمية أو مصلحة إنفاذ القانون أو أي وكالة أخرى أو موظف عمومي مماثل. الإفصاحات المحمية هي تلك التي تؤكد أن صاحب العمل ينتهك قانونًا يشكل خطرًا كبيرًا ومحددًا على الصحة والسلامة العامة أو الذي يشكل احتيالًا على الرعاية الصحية بموجب قانون العقوبات §177 (تقديم مطالبة للدفع عن علم، بغرض الاحتيال، والتي تحتوي عمدًا على معلومات كاذبة أو مغلوطة). لا يمكن حماية الإفصاح الخاص بالموظف إلا إذا أثار الموظف أولا الأمر مع مشرف ومنح صاحب العمل فرصة معقولة لتصحيح الانتهاك المزعوم. إذا قام صاحب العمل باتخاذ إجراء انتقامي ضد الموظف، فيجوز للموظف أن يرفع قضية في محكمة الولاية لإعادته إلى نفس الوظيفة أو إلى وظيفة معادلة لها ويحصل على أي من الأجور والمزايا المفقودة وأتعاب المحاماة. إذا كان صاحب العمل مقدم خدمات صحية ووجدت المحكمة أن تصرف صاحب العمل الانتقامي كان بسوء نية، فقد تُفرض عقوبة مدنية قدرها 10000 دولار على صاحب العمل.

**قانون العمل في نيويورك §741**

لا يجوز لصاحب العمل في الرعاية الصحية اتخاذ أي إجراء انتقامي ضد الموظف إذا كشف الموظف عن معلومات حول سياسات صاحب العمل أو ممارساته أو أنشطته إلى جهة تنظيمية أو مصلحة إنفاذ القانون أو أي وكالة أخرى أو موظف عمومي مماثل. الإفصاحات المحمية هي تلك التي تؤكد، بحسن نية، أن الموظف يري أنها تشكل جودة غير ملائمة لرعاية المرضى. لا يتم حماية الإفصاح الخاص بالموظف إلا إذا أثار الموظف أولا الأمر مع مشرف ومنح صاحب العمل فرصة معقولة لتصحيح الانتهاك المزعوم. ما لم يكن الخطر وشيكًا على الجمهور أو المريض وكان الموظف يؤمن بحسن نية أن الإبلاغ لن يؤدي لجعل المشرف يتخذ إجراءات تصحيحية. إذا قام صاحب العمل باتخاذ إجراء انتقامي ضد الموظف، فيجوز للموظف أن يرفع قضية في محكمة الولاية لإعادته إلى نفس الوظيفة أو إلى وظيفة معادلة لها ويحصل على أي من الأجور والمزايا المفقودة وأتعاب المحاماة. إذا كان صاحب العمل مقدم خدمات صحية ووجدت المحكمة أن تصرف صاحب العمل الانتقامي كان بسوء نية، فقد يفرض عقوبة مدنية قدرها 10000 دولار على الموظف.