КОНТРОЛЬНЫЙ СПИСОК ПРОВЕРКИ ЛИЧНОГО ПОМОЩНИКА

**Имя личного помощника**

Имя Второе имя/отчество Фамилия

**Дата инструктажа**

**Личное дело (желтая папка)**

\_\_\_\_\_\_ Заявка

\_\_\_\_\_\_ Способ оплаты

\_\_\_\_\_\_ Карта RapidPay

\_\_\_\_\_\_ Список рекомендаций

\_\_\_\_\_\_ Анкета EEO

\_\_\_\_\_\_ Форма W-4

\_\_\_\_\_\_ Биографическая справка

\_\_\_\_\_\_ Разрешение на разглашение информации

\_\_\_\_\_\_ BRR сотрудника

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

\_\_\_\_\_\_ Видео систем безопасности

\_\_\_\_\_\_ Опросник на тему спины

\_\_\_\_\_\_ Контрольный список по инструктажу

\_\_\_\_\_\_ Аффидевит о соответствии

**История болезни (красная папка) Подшивка удостоверений**

\_\_\_\_\_\_ Ежегодная оценка здоровья \_\_\_\_\_\_ 1-9

\_\_\_\_\_\_ Ежегодный тест на туберкулез или флюорография \_\_\_\_\_\_ Водительское удостоверение

\_\_\_\_\_\_ Карта социального обеспечения

\_\_\_\_\_\_ Отчеты о прививках (MMR) \_\_\_\_\_\_ Паспорт \_\_\_\_\_\_ Удостоверение личности с фотографией

\_\_\_\_\_\_ Свидетельство о рождении

Дополнительные примечания:

**CDPAS — ЗАЯВЛЕНИЕ**

ФИО:

Имя Второе имя/отчество Фамилия

Адрес:

Город: Штат: Почтовый индекс:

Мобильный телефон: ( ) Домашний телефон: ( )

Экстренный контакт:

Имя Номер телефона

Альтернативный контакт Имя Номер телефона

**Почтовый адрес**: (**ТОЛЬКО** если отличается от указанного выше адреса)

Адрес:

Город: Штат: Почтовый индекс:

**(Имя работодателя/потребителя):**

Телефон ( ) Степень родства

**Я понимаю, что эта заявка не является явным или подразумеваемым обещанием в отношении получения работы, найма любым работодателем CDPAS или компанией Western New York Independent Living, Inc. (WNYIL). Если потребитель решит нанять меня после того, как со мной будет проведено собеседование (со стороны потребителя/работодателя), я стану работником работодателя/потребителя и WNYIL/CDPAS.**

**Я также понимаю, что Western New York Independent Living, Inc. полностью соблюдает Федеральный закон 1988 года о неупотреблении наркотиков. Я также понимаю, что не могу работать на своего супруга (супругу) или детей в возрасте до 21 года в рамках программы CDPAS с оплатой со стороны WNYIL; я также понимаю, что не могу проживать с моим работодателем/потребителем без предварительного разрешения.**

**ПОДПИСЬ ЛИЧНОГО ПОМОЩНИКА:**

**ДАТА:**

CDPA-7/1/19

**РАЗРЕШЕННЫЙ СПОСОБ ОПЛАТЫ**

**ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ДАТА**

**ПОДПИСЬ**

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРЯМОГО ПЕРЕЧИСЛЕНИЯ СРЕДСТВ: Пожалуйста, отметьте вариант 1 или 2:**

**1.** □ **Ваш счет для прямого перечисления**

Тип счета (отметьте нужное): Текущий чековый □ Сберегательный □

\*\* (может быть предоставлен аннулированный чек или выписка с банковского счета)

Название банка:

Маршрутный номер (это всегда 9 цифр)

Номер счета (количество цифр зависит от банка)

**2.** □ **Карта RapidPay, выпущенная через WNYIL**

Ваша оплата будет автоматически зачисляться на эту карту предоплаты в день выплаты жалованья. Корешок квитанции об оплате будет отправлен вам по почте.

\*\*\*\* **Ваш первый зарплатный чек будет отправлен вам по почте, или вы можете получить зарплату наличными с 11:00 до 16:45 в день выплаты**

**Сведения о рекомендациях личного помощника**

**ИМЯ: ДАТА:**

Пожалуйста, перечислите трех надежных, проверяемых рекомендателей с указанием адресов или номеров телефонов.

**Рекомендатель № 1 (предыдущий/текущий работодатель)**

ФИО:

Адрес:

Город, штат

и почтовый индекс:

Номер телефона ( ) Номер мобильного телефона ( )

**Рекомендатель № 2 (личный знакомый)**

ФИО:

Адрес:

Город, штат

и почтовый индекс:

Номер телефона ( ) Номер мобильного телефона ( )

**Рекомендатель № 3 (личный знакомый)**

ФИО:

Адрес:

Город, штат

и почтовый индекс:

Номер телефона ( ) Номер мобильного телефона ( )

CDPA-7/1/19

**ЛИЧНЫЙ ПОМОЩНИК. АНКЕТА EEOC**

**Имя личного помощника:**

**Адрес:**

**Город: Штат: Почтовый индекс:**

**Телефон:**

**Какого вы пола?** ***(отметьте один вариант)*** Мужчина □ Женщина □

**Какой вы национальности/расы?** ***(отметьте один вариант)***

Белый □ Черный/афроамериканец □ Испанец/латиноамериканец □ Азиат □

Коренной житель Аляски/американский индеец □

Гаваец/житель тихоокеанских островов □

Две или более расы □ Другое □

**Есть ли у вас инвалидность EEO? (отметьте один вариант)** Физическая **□**

По слуху □ Умственная/эмоциональная □ Когнитивная □ Множественная □

По зрению □ НЕТ □

**Какой язык вы считаете своим основным?**

**Вы ветеран США? (отметьте один вариант)** Да □ Нет □

**Если да, пожалуйста, отметьте одно из следующих:** Инвалид-ветеран □ Вооруженные силы □

Заслуженный ветеран □ Другая категория ветеранов □ Ветеран войны во Вьетнаме □

*(Эта информация необходима для отчетности о занятости в соответствии с федеральными стандартами. Спасибо за уделенное нам время.)*

CDPA-7/1/19

**Форма W-4 (2019)**

**Будущие разработки**. Самую свежую информацию о любых будущих изменениях, связанных с формой W-4, например о законодательстве, принятом после ее опубликования, можно найти на веб-сайте www.irs.gov/FormW4.

**Цель.** Заполните форму W-4, чтобы ваш работодатель мог удерживать правильный федеральный подоходный налог с вашей зарплаты. Не забывайте заполнять новую форму W-4 каждый год, а также при изменении вашей личной или финансовой ситуации.

**Освобождение от удержания налога.** Вы можете потребовать освобождения от удержания налога в 2019 году, если применимы оба следующих условия:

• в 2018 году вы имели право на возмещение удержанного федерального подоходного налога, поскольку у вас не было налоговых обязательств, и

• в 2019 году вы ожидаете возмещения всего удержанного федерального подоходного налога, поскольку не ожидаете налоговых обязательств.

Если вы освобождены от удержания налога, заполните только строки 1, 2, 3, 4 и 7 и подпишите форму, чтобы подтвердить ее. Ваше освобождение на 2019 год истекает 17 февраля 2020 года. См. публ. 505, Удержание налога и предполагаемый налог, чтобы узнать больше о том, имеете ли вы право на освобождение от удержания.

**Основные инструкции**

Если вы не освобождены от уплаты налога, следуйте остальной части этой инструкции, чтобы определить количество налоговых скидок, учитываемых при определении объёма удержания налогов работодателем из заработной платы сотрудников (далее - налоговые скидки), для подачи на удержание налога в 2019 году и дополнительные суммы налога, которые у вас должны удерживать. Для обычной заработной платы удержание должно основываться на заявленных вами налоговых скидках и не может быть фиксированной суммой или процентом от заработной платы.

Вы также можете использовать калькулятор на веб-сайте ***www.irs.gov/W4App*** для более точного определения суммы удерживаемых налогов. Подумайте об использовании этого калькулятора, если у вас более сложная налоговая ситуация, например, если у вас есть работающий супруг(а), более одной работы или большая сумма дохода, не связанного с заработной платой, который не подлежит удержанию за пределами вашей работы. После того как ваша форма W-4 вступит в силу, вы также можете использовать этот калькулятор, чтобы увидеть, как сумма удерживаемого налога сопоставима с вашим прогнозируемым общим налогом за 2019 год. Если вы используете калькулятор, вам не нужно заполнять какие-либо ведомости для формы W-4.

Обратите внимание, что если у вас удерживается слишком много налогов, вы получите возмещение при подаче налоговой декларации. Если у вас слишком мало удержанных налогов, вы должны будете уплатить налог при подаче налоговой декларации, и вам, возможно, придется заплатить штраф.

**Налогоплательщики, имеющие несколько работ или имеющие работающих супругов**. Если у вас есть более одного рабочего места, или если вы состоите в браке и подаете заявку совместно, и ваш супруг(а) также работает, прочитайте все инструкции, включая инструкции для ведомости на двух работников/несколько рабочих мест, прежде чем начинать.

**Доход, не являющийся заработной платой.** Если у вас высокий уровень дохода не от заработной платы, который не подлежит налогообложению, такой как проценты или дивиденды, рассмотрите возможность осуществления предполагаемых налоговых платежей с использованием формы 1040-ES «Расчетный налог для физических лиц». В противном случае вас могут обязать уплатить дополнительный налог. Или вы можете использовать «Ведомость учета вычитаний из налогов, корректировок и дополнительного дохода» на стр. 3 или калькулятор по адресу www.irs.gov/W4App, чтобы убедиться, что из вашей зарплаты удерживается достаточно налогов. Если у вас есть пенсионный или аннуитетный доход, см. публ. 505 или воспользуйтесь калькулятором по адресу www.irs.gov/W4App, чтобы узнать, следует ли вам отрегулировать удержание по форме W-4 или W-4P.

Иностранец, не живущий постоянно в данной стране. Если вы иностранец-нерезидент, перед заполнением этой формы ознакомьтесь с уведомлением 1392 «Дополнительная форма W-4. Инструкции для иностранцев-нерезидентов».

**Особые инструкции**

**Ведомость учета личных налоговых скидок**

Сначала заполните эту ведомость на стр. 3, чтобы определить количество налоговых скидок, на которые вы претендуете.

**Строка C.** ***Глава домохозяйства. Пожалуйста, обратите внимание.*** Как правило, вы можете заявить о том, что глава вашей семьи подает налоговую декларацию, только если вы не состоите в браке и оплачиваете более 50% расходов на содержание дома для себя и соответствующего лица. См. публ. 501 для получения дополнительной информации о статусе подачи.

**Строка E. Налоговый вычет на детей.** Когда вы подаете налоговую декларацию, вы можете получить право на налоговый вычет за каждого из ваших детей, имеющих право на льготы. Чтобы соответствовать требованиям, ребенок должен быть младше 17 лет по состоянию на 31 декабря, должен быть вашим иждивенцем, проживающим с вами более полугода, и иметь действительный номер социального обеспечения. Чтобы узнать больше об этом вычете, см. публ. 972, Налоговый вычет на детей. Чтобы уменьшить налог, удерживаемый из вашей зарплаты, принимая во внимание этот вычет, следуйте инструкциям в строке E ведомости. В ведомости вас спросят о вашем общем доходе. Для этой цели общий доход включает всю вашу заработную плату и другие доходы, включая доход, полученный супругом, если вы подаете совместную декларацию.

**Строка F. Налоговый вычет на других иждивенцев.** Когда вы подаете налоговую декларацию, вы можете претендовать на налоговый вычет на других иждивенцев, на которых не может быть подан налоговый вычет на ребенка, например, на ребенка, который отвечает критериям, но не соответствует возрасту или требованиям касательно номера социального обеспечения для налогового вычета на детей, или на родственника, который отвечает критериям. Чтобы узнать больше об этом виде вычета, см. публ. 972. Чтобы уменьшить налог, удерживаемый из вашей зарплаты, принимая во внимание этот вычет, следуйте инструкциям в строке F ведомости. В ведомости вас спросят о вашем общем доходе. Для этого суммируйте

**Отделите часть формуляра на этом месте и передайте форму W-4 вашему работодателю. Сохраните ведомость(-и) для себя.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма **W-4**  Департамент Налоговой службы казначейства | **Сертификат налоговых скидок сотрудника**  **► То, имеете ли вы право требовать определенное количество налоговых скидок или освобождение от удержания налога, подлежит рассмотрению со стороны IRS. От вашего работодателя может потребоваться отправить копию этой формы в IRS.** | | | | | | | | OMB № 1545-0074  **2019** | | |
| 1. Ваше имя и отчество | | Фамилия | | | 2 Ваш номер социального обеспечения | | | | | | |
| Домашний адрес (номер и улица или маршрут проезда) | | | **3** □ холост/не замужем □ в браке □ в браке, но удержание идет по более высокой ставке как для холостого/не замужем  **Примечание.** Если женат/замужем и подает декларацию отдельно, отметьте «Женат/замужем, но удержание идет по более высокой ставке как для холостого/не замужем». | | | | | | | | |
| Город, штат и почтовый индекс | | | **4 Если ваша фамилия отличается от указанной на вашей карточке социального обеспечения, отметьте здесь. Вы должны позвонить по номеру 800-772-1213 для замены карты.**  ► □ | | | | | | | | |
| 5 Общее количество налоговых скидок, на которые вы претендуете (из соответствующей ведомости на следующих страницах) | | | | | | | | | | **5** |  |
| 6 Дополнительная сумма, если таковая имеется, которую вы хотите, чтобы удерживали из каждой зарплаты | | | | | | | | | | **6** | $ |
| 7 Я прошу освобождения от удержания в 2019 году и подтверждаю, что удовлетворяю **обоим** из следующих условий освобождения.  ● В прошлом году я имел(а) право на возмещение **всей суммы** удержанного федерального подоходного налога, потому что у меня не было **никаких** налоговых обязательств, **а** также  ● В этом году я ожидаю возврат **всех сумм** удержанного федерального подоходного налога, потому что ожидаю, что у меня не будет никаких налоговых обязательств. | | | | | | | | | |  | |
| Если вы отвечаете обоим условиям, напишите «Освобожден(а)» здесь ► | | | | | | **7** |  | | | | |
| Под страхом наказания за лжесвидетельство я заявляю, что ознакомился(-ась) с этим сертификатом и, насколько я знаю и убежден(а), он является правдивым, правильным и полным.  **Подпись работника**  (Эта форма недействительна без вашей подписи.) ► Дата ► | | | | | | | | | | | |
| 8 Имя и адрес работодателя (Работодатель. Заполните поля 8 и 10, если подаете документы в IRS, и заполните поля 8, 9 и 10, если отправляете документы в Реестр Штата по найму новых сотрудников.) | | | | 9 Первая дата приема на работу | | | | 10 Идентификационный номер работодателя (EIN) | | | |

Информацию о Законе о конфиденциальности и Законе о сокращении документооборота см. на стр. 4. Кат. № 10220Q Форма **W-4** (2019)

Форма W-4 (2019) Страница 2

Доход включает всю вашу заработную плату и другие доходы, включая доход, полученный супругом, если вы подаете совместную декларацию.

**Строка G. Прочие вычеты**. Вы можете уменьшить налог, удерживаемый из вашей зарплаты, если вы собираетесь требовать другие налоговые льготы, такие как налоговые вычеты на образование (см. публ. 970). Если вы сделаете это, ваша зарплата будет больше, но сумма любого возмещения, которое вы получите при подаче налоговой декларации, будет меньше. Следуйте инструкциям для Ведомости 1-6 в публ. 505, если хотите уменьшить сумму удержания, чтобы принять во внимание эти вычеты. Введите «-0-» в строках E и F, если вы используете Ведомость 1-6.

**Ведомость для учета вычитаний из налога, корректировок и дополнительного дохода**

Заполните эту ведомость, чтобы определить, можете ли вы уменьшить удержанный налог из вашей зарплаты, чтобы учесть ваши детализированные вычитания из налогов и другие корректировки дохода, такие как взносы IRA. Если вы сделаете это, ваш возврат средств в конце года будет меньше, но ваша зарплата будет больше. Вы не обязаны заполнять эту ведомость или сокращать свои удержания, если не хотите этого делать.

Вы также можете использовать эту ведомость, чтобы выяснить, насколько увеличить налог, удерживаемый с вашей зарплаты, если у вас большой доход, не подлежащий удержанию, например, проценты или дивиденды.

Другой вариант — принять во внимание эти пункты и повысить точность определения удержания с помощью калькулятора по адресу *www.irs.gov/W4App*. Если вы используете калькулятор, вам не нужно заполнять какие-либо ведомости для формы W-4.

**Ведомость для двух работающих/лиц с несколькими рабочими местами**

Заполните эту ведомость, если у вас более одного рабочего места или вы состоите в браке, подаете заявление совместно и у вас есть работающий супруг. Если вы не заполните эту ведомость, возможно, с вас будет удержано слишком мало налогов. Если это так, вы будете должны доплатить налог при подаче налоговой декларации и на вас может быть наложен штраф.

Укажите общее количество налоговых скидок, на которые вы имеете право претендовать, и все дополнительные суммы налога, которые должны быть удержаны на всех рабочих местах, используя ведомости только из одной формы W-4. Получите все налоговые скидки по W-4, на которые вы или ваш супруг/супруга подает на наиболее высокооплачиваемой работе в вашей семье, и получите нулевые налоговые скидки по формам W-4, поданным на всех других рабочих местах. Например, если вы зарабатываете 60 000 $ в год, а ваш супруг(а) зарабатывает 20 000 $, вы должны заполнить ведомости, чтобы определить, что следует указывать в строках 5 и 6 вашей формы W-4, а ваш супруг(а) должен(-на) ввести ноль («-0-») в строках 5 и 6 его/ее формы W-4. Смотрите подробности в публ. 505.

Другой вариант — использовать калькулятор на сайте *www.irs.gov/W4App,* чтобы повысить точность удерживаемых сумм.

**Совет.** Если у вас есть работающий супруг и ваши доходы аналогичны, вы можете установить флажок «Женат/замужем, но удерживать по более высокой ставке как для холостого/не замужем» вместо того, чтобы использовать эту ведомость. Если вы выберете этот вариант, то каждый из супругов должен будет заполнить ведомость «Личные налоговые скидки» и поставить галочку в поле «Женат/замужем, но удерживать по более высокой ставке как для холостого/не замужем» в форме W-4, но только один из супругов имеет право требовать какие-либо налоговые скидки для вычетов или заполнять ведомость для «Учета вычитаний из налогов, корректировок и дополнительного дохода».

**Инструкция для работодателя**

**Сотрудники, не заполняйте поля 8, 9 и 10. Ваш работодатель сам заполнит эти поля при необходимости.**

**Новые отчеты о найме.** По закону работодатели обязаны сообщать о новых сотрудниках в специальный Реестр Штата новых сотрудников. Работодатели могут использовать Форму W-4, поля 8, 9 и 10, чтобы соответствовать новому требованию по отчетности по найму для вновь нанятого сотрудника. Вновь принятый на работу сотрудник — это тот, который ранее не работал у работодателя или ранее работал у работодателя, но был уволен с предыдущей работы не менее, чем 60 дней назад. Работодатели должны связаться с соответствующим Реестром Штата новых сотрудников, чтобы узнать, как подать копию заполненной формы W-4. Информацию и ссылки на каждый соответствующий Реестр Штата новых сотрудников (в том числе для территорий США) можно найти на сайте ***www.acf.hhs.gov/css/employers.***

Если работодатель отправляет копию формы W-4 в соответствующий Реестр Штата новых сотрудников, чтобы выполнить новое требование об отчетности по найму для вновь нанятого сотрудника, заполните поля 8, 9 и 10 следующим образом.

**Поле 8.** Введите имя и адрес работодателя. Если работодатель отправляет копию этой формы в Реестр Штата новых сотрудников, введите адрес, по которому агентства по поддержке детей должны отправлять приказы об удержании подоходного налога.

**Поле 9.** Если работодатель отправляет копию этой формы в Реестр Штата новых сотрудников, введите первую дату трудоустройства сотрудника, то есть дату, когда услуги, за которые он должен получить зарплату, были впервые выполнены сотрудником. Если работодатель повторно нанял сотрудника после того, как тот был уволен со службы как минимум 60 дней назад, введите дату повторного найма.

**Поле 10.** Введите идентификационный номер работодателя (EIN).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\Paula\AppData\Local\Temp\FineReader12.00\media\image1.jpeg | **Департамент налогообложения и финансов**  **Сертификат налоговых скидок сотрудника**  **New York State • New York City \* Yonkers** | | **IT-2104** | | |
| Имя и отчество Фамилия | | Ваш номер социального обеспечения | | | |
| Постоянный домашний адрес *(номер и улица или маршрут проезда)* Номер квартиры | | Холост или глава семьи □ Замужем/женат □  Замужем/женат, но удержание идет по более высокой ставке как для холостого/не замужем □  **Примечание.** Если вы состоите в браке, но живете раздельно на законных основаниях, отметьте пункт «Холост/не замужем» или «Глава семьи» | | | |
| Город, село или почтовое отделение Штат Почтовый индекс | |
| Вы житель города Нью-Йорка? Да □ Нет □  Вы житель Йонкерса? Да □ Нет □  **Заполните ведомость на странице 3, прежде чем делать какие-либо записи.** | | | |  | |
| 1 Общее количество налоговых скидок, которые вы запрашиваете для города Нью-Йорк и Йонкерса, **если применимо** *(из строки 20)* | | | | **1** |  |
| 2. Общее количество налоговых скидок по городу Нью-Йорку *(из строки 35)* | | | | **2.** |  |
|  | | | | | |
| **Используйте строки 3, 4 и 5 ниже для дополнительного удержания, за каждый день, за период оплаты по специальному соглашению с вашим работодателем.** | | | | | |
|  | | | | | |
| 3 Сумма по штату Нью-Йорк | | | | **3** |  |
| 4 Сумма по городу Нью-Йорк | | | | **4.** |  |
| 5 Сумма по Йонкерсу | | | | **5** |  |

Я подтверждаю, что имею право на количество налоговых скидок, указанное в этом сертификате.

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись работника | Дата |

**Штраф**. Штраф в размере 500 $ может быть наложен за любое ложное заявление, которое уменьшает сумму денег, которую вы удержали из заработной платы. Вы также можете быть подвергнуты уголовному наказанию.

**Сотрудник: отделите эту страницу и отдайте ее своему работодателю; сохраните копию для хранения у себя.**

**Работодатель: сохраните этот сертификат вместе с вашими документами.**

Поставьте отметку в поле A и/или в поле B, чтобы указать, почему вы отправляете копию этой формы в штат Нью-Йорк (*см. инструкции*):

A Сотрудник потребовал более 14 налоговых скидок для штата Нью-Йорк .................. A □

B Сотрудник — новый или повторно нанятый... B □Первый день оказания сотрудником услуг за плату *(мм-дд-гггг) (см. инструкции)*:

Доступны ли медицинские страховки для иждивенцев этого сотрудника? .................Да □ Нет □

Если да, введите дату, на которую этот сотрудник имеет право на таковые (*мм-дд-гггг*):

|  |  |
| --- | --- |
| Имя и адрес работодателя (работодатель должен заполнить этот раздел, только если вы отправляете копию этой формы в налоговый отдел штата Нью-Йорк) | Идентификационный номер работодателя |

**Инструкции**

**Изменения вступают в силу с 2019 года**

Форма IT-2104 была пересмотрена для налогового года 2019. Дополнительные налоговые скидки разрешены для застрахованных сотрудников работодателей, которые решили оплатить налог на компенсацию работодателя, и для сотрудников, которые внесли взносы в Целевой фонд благотворительных подарков Нью-Йорка в 2018 году.

Ведомость на стр. 3 и таблицы, начинающиеся на стр. 4, используемые для расчета налоговых скидок или для ввода дополнительной суммы в долларах в строках 3, 4 или 5, были пересмотрены. Если вы ранее подали форму IT-2104 и использовали эту ведомость или диаграммы, вы должны заполнить новую форму IT-2104 2019 года и передать ее своему работодателю.

**Кто должен подавать эту форму**

Этот сертификат, форма IT-2104, заполняется сотрудником и передается работодателю, чтобы указать работодателю, какой размер налога штата Нью-Йорк (и города Нью-Йорка и Йонкерс) должен удерживаться из зарплаты сотрудника. Чем больше заявленных налоговых скидок, тем ниже сумма удержанного налога.

Если вы не подадите форму IT-2104, ваш работодатель может использовать то же количество налоговых скидок, которое вы указали в федеральной форме W-4. Из-за различий в налоговом законодательстве это может привести к неправильной сумме удержанного налога для штата Нью-Йорк, города Нью-Йорк и Йонкерса. Заполняйте форму IT-2104 каждый год и подавайте ее своему работодателю, если количество налоговых скидок, на которые вы можете претендовать,

отличается от федеральной формы W-4 или изменилось. Общие причины для заполнения новой формы IT-2104 каждый год включают в себя следующее:

• Вы приняты на новую работу.

• Вы больше не иждевенец.

• Ваши индивидуальные обстоятельства могли измениться (например, вы вступили в брак или у вас появился еще один ребенок).

• Вы переехали в/из Нью-Йорка или Йонкерса.

• Вы перечисляете свои вычеты в своей налоговой декларации.

• Вы запрашиваете налоговые скидки для налоговых вычетов в штате Нью-Йорк.

• Вы задолжали налог или получили слишком большое возмещение, когда подали налоговую декларацию за прошлый год.

• Ваша заработная плата увеличилась, и вы ожидаете заработать 107 650 $ или более в течение налогового года.

• Общий доход вас и вашего супруга за налоговый год увеличился до 107 650 $ или более.

• У вас значительно больше или меньше доходов из других источников или с другой работы.

• Вы больше не имеете права на освобождение от удержания.

Страница **2** из 7 IT-2104 (2019)

\* Служба внутренних доходов уведомила вас о том, что вы имеете право на меньшее количество налоговых скидок, чем заявлено в вашей первоначальной федеральной форме W-4, а неразрешенные налоговые скидки были заявлены в исходной форме IT-2104.

**Освобождение от удержания**

Вы не можете использовать форму IT-2104, чтобы требовать освобождения от удержания. Чтобы потребовать освобождения от удержания подоходного налога, вы **должны** подать своему работодателю форму IT-2104-E, «Сертификат об освобождении от подоходного налога». Вы должны подавать новый сертификат каждый год, чтобы получать право на освобождение. Это освобождение от удержания допустимо только в том случае, если у вас не было обязательств по подоходному налогу в Нью-Йорке в предыдущем году, вы не ожидаете его в текущем году, вам больше 65 лет, вам не исполнилось 18 лет, или вы учитесь на дневном отделении в возрасте до 25 лет. Вы также можете потребовать освобождения от удержания, если вы являетесь супругом/супругой военнослужащего и соответствуете условиям, прописанным в Законе о гражданской помощи военнослужащим с поправками, внесенными Законом о предоставлении помощи по месту жительства для супругов военнослужащих. Если вы иждивенец младше 18 лет или учитесь на дневном отделении, вы, возможно, должны доплатить налог, если ваш доход превышает 3 100 $.

**Налоговые скидки**

Вы не можете требовать налоговых скидок для себя или, если состоите в браке, для своего супруга/супруги. Укажите количество налоговых скидок, которое вы рассчитали в части 1 и части 5 ведомости на странице 3. Если вы хотите, чтобы удерживалось больше налогов, вы можете запросить меньше налоговых скидок. **Если вы запрашиваете более 14 налоговых скидок,** ваш работодатель должен отправить копию вашей **формы IT-2104** в налоговый департамент штата Нью-Йорк. Затем вас могут попросить подтвердить ваши налоговые скидки. Если вы получаете отрицательные налоговые скидки (меньше нуля) в строках 1 или 2, а ваш работодатель не может разместить отрицательные налоговые скидки, введите 0 и посмотрите *дополнительные суммы в долларах* ниже.

**Доход из других источников, кроме заработной платы.** Если у вас есть более 1 000 $ дохода из источников, отличных от заработной платы (таких как проценты, дивиденды или полученные алименты), уменьшите количество налоговых скидок, заявленных в строке 1 и строке 2 (если применимо) Сертификата IT-2104 по одному на каждые 1 000 $ дохода от заработной платы. Если в результате у вас получается отрицательная налоговая скидка (меньше нуля), см. *Налоговые скидки* выше. Вы также можете рассмотреть вопрос о предполагаемых налоговых платежах, особенно если у вас есть значительные суммы дохода помимо зарплаты. Расчетный налог требует, чтобы работник ежеквартально осуществлял платежи непосредственно в налоговый департамент. Для получения дополнительной информации см. Инструкции к форме IT-2105 «*Расчетный ваучер налоговых платежей для физических лиц»* или раздел *«Требуется помощь?»* на странице 6.

**Прочие вычеты** (строка 14 Ведомости). Если вы имеете право требовать любые вычеты, кроме вычетов, перечисленных в ведомости, например, налоговая льгота на инвестиции, вы можете потребовать дополнительные налоговые скидки.

Найдите свой статус подачи и скорректированный валовой доход в Нью-Йорке (NYAGI) в приведенной ниже таблице и разделите сумму ожидаемого вычета на указанное число. Введите результат (округленный до ближайшего целого числа) в строку 14.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Холост; NYAGI:** | **Глава домохозяйства; NYAGI:** | **Женат/замужен; NYAGI:** | **Разделите сумму ожидаемой льготы на:** |
| Менее 215 400 $ | Менее  269 300 $ | Менее 323 200 $ | 66 |
| От 215 400 до 1 077 550 $ | От 269 300 до 1 616 450 $ | От 323 200 до 2 155 350 $ | 68 |
| Более  1 077 550 $ | Более  1 616 450 $ | Более  2 155 350 $ | 88 |

**Пример.** *Вы состоите в браке и ожидаете, что ваш скорректированный валовой доход в Нью-Йорке составит менее 323 200 $. Кроме того, вы ожидаете получить налоговую льготу на инвестиции от корпорации S, акционером которой вы являетесь. Налоговая льгота на инвестиции составит 160 $. Разделите ожидаемую льготу на 66. 160/66 = 2,4242. Дополнительная налоговая скидка будет равна 2. Введите 2 в строке 14.*

**Супружеские пары, в которых работают оба супруга.** Если вы и ваш супруг работаете, вам следует подать отдельный по отдельному сертификату IT-2104 вашим соответствующим работодателям. Ваше удержание будет лучше соответствовать общему налогу, если супруг с более высокой заработной платой запросит все налоговые скидки для пары, а супруг с более низкой заработной платой — нулевые скидки. Не требуйте больше общих скидок, чем те, на которые вы имеете право претендовать. Если ваша общая заработная плата составляет:

• **менее** 107 650 $, каждый из вас должен отметить поле «*Женат/замужем, но удерживать налог по более высокой ставке как для холостого/не замужем»* на лицевой стороне сертификата и разделить общее количество налоговых скидок, которое вы рассчитываете по строке 20 и строке 35 (если применимо), между вами и вашим работающим супругом.

• 107 650 $ или больше, используйте таблицу(-ы) в Части 6 и введите дополнительную сумму удержания в долларах в строке 3.

**Налогоплательщики с более чем одной работой.** Если вы работаете более чем на одной работе, подавайте отдельный сертификат IT-2104 каждому из ваших работодателей. Обязательно запрашивайте только общее количество налоговых скидок, на которые вы имеете право претендовать. Ваше удержание будет лучше соответствовать общему налогу, если вы заявите право на все свои налоговые скидки на высокооплачиваемой работе и нулевые скидки - на низкооплачиваемой работе. Кроме того, чтобы убедиться, что у вас достаточно удержанных налогов, если вы являетесь единственным налогоплательщиком или главой домохозяйства с двумя или более работами, и ваша общая заработная плата по всем рабочим местам составляет менее 107 650 $, уменьшите количество налоговых скидок до семи в строке 1 и строке 2 (если применимо) в сертификате, который вы подаете тому работодателю, который больше платит. Если вы в результате получаете отрицательные налоговые скидки (меньше нуля), см. *Налоговые скидки* выше.

Если вы одинокий налогоплательщик или являетесь налогоплательщиком - главой семьи, а ваша совокупная заработная плата по всем вашим рабочим местам составляет от 107 650 до 2 263 265 $, используйте таблицу(-ы) в Части 7 и введите дополнительную сумму удержания в долларах из таблицы в строке 3.

Если вы являетесь женатым налогоплательщиком, а ваша совокупная заработная плата по всем вашим работам составляет 107 650 $ или более, используйте таблицу(-ы) в Части 6 и введите дополнительную сумму удержания в долларах из таблицы на строке 3 (замените слова «*Более высокооплачиваемая работа» на «Более высокая заработная плата*» в таблице).

**Иждивенцы**. Если вы являетесь иждивенцем другого налогоплательщика и ожидаете, что ваш доход превысит 3 100 $, вы должны уменьшить количество своих налоговых скидок на единицу на каждые 1 000 $ дохода свыше 2 500 $. Это будет гарантией того, что ваш работодатель удержит достаточно налогов.

Следование приведенным выше инструкциям поможет вам избежать уплаты дополнительного налога при подаче налоговой декларации.

**Главы домохозяйств, имеющие только одну работу**. Если вы будете использовать статус главы домохозяйства в налоговой декларации штата, отметьте ячейку «*Холост или глава домохозяйства»* на лицевой стороне сертификата. Если у вас есть только одна работа, вы также можете запросить две дополнительных налоговых скидки в строке 15.

**Дополнительные суммы в долларах**

Вы можете попросить своего работодателя удерживать дополнительную сумму в долларах за каждый период оплаты, заполнив строки 3, 4 и 5 в форме IT-2104. В большинстве случаев, если вы вычисляете отрицательное число налоговых скидок, а ваш работодатель не может разместить отрицательное число, для каждой заявленной отрицательной налоговой скидки с вас будет необходимо дополнительно удерживать налог в размере 1,85 $ в неделю - для удержания штатом Нью-Йорк по строке 3 и дополнительно 0,80 $ в неделю для удержания городом Нью-Йорк по строке 4. Жители Йонкерса должны использовать 16,75 % (0,1675) от суммы штата Нью-Йорк для дополнительного удержания для Йонкерса в строке 5.

**Примечание.** Если вы просите своего работодателя удерживать дополнительную сумму в долларах в строках 3, 4 или 5 этого скидочного налогового сертификата, дополнительная сумма в долларах, как определено в этих инструкциях или с использованием таблицы (таблиц) в части 6 или части 7, является точной для еженедельной заработной платы. Поэтому, если вам не платят еженедельно, вам нужно будет скорректировать суммы в долларах, которые вы рассчитываете. Например, если вам платят раз в две недели, вы должны удвоить рассчитанную сумму (суммы) в долларах.

**Избегайте недоудержания**

Форма IT-2104 вместе с таблицами удержания вашего работодателя предназначена для того, чтобы гарантировать, что из вашей зарплаты удерживается правильная сумма налога. Если у вас будет недостаточно налоговых удержаний в течение всего года, вы можете задолжать большую сумму налогов при подаче декларации. Налоговый департамент должен оценивать проценты и может налагать штрафы в определенных ситуациях в дополнение к налоговым обязательствам. Даже если вы не подадите декларацию, мы сможем определить, что вы должны уплатить свой подоходный налог, и мы сможем оценить проценты и штрафы на сумму налога, которую вы должны были уплатить в течение года.

**Работодатели**

**Поле A.** Если вам необходимо предоставить копию формы IT-2104 сотрудникам налогового департамента, поскольку сотрудник потребовал более 14 налоговых скидок, отметьте поле A и отправьте копию формы IT-2104 по адресу: **NYS Tax Department, Income Tax Audit Administrator, Withholding Certificate Coordinator, W A Harriman Campus, Albany NY 12227-0865.** Если служащий также является новым работником или вновь принятым на работу, см. Инструкции для поля B. См. публ. 55, «*Уполномоченные частные службы доставки»*, если не используете почту США.

**РАСКРЫТИЕ ИНФОРМАЦИИ И РАЗРЕШЕНИЕ НА ОТЧЕТЫ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ**

**Раскрытие информации**

В связи с моим заявлением о приеме на работу (включая услуги по контракту или волонтерской работе) в Western New York Independent Living, Inc., я понимаю, что вы («Компания») будете запрашивать отчеты потребителей. Эти отчеты могут включать, если это разрешено законом, следующие типы информации, в зависимости от обстоятельств: имена и даты предыдущих работодателей, опыт работы, образование, несчастные случаи, лицензирование, кредит (в соответствии с законодательством — при необходимости, вам будут представлены дополнительные раскрытия) и т. д. Я также понимаю, что такие отчеты могут содержать общедоступную информацию, такую как, помимо прочего: мое водительское удостоверение, заявки на компенсации работникам, судебные решения, процедуры банкротства, выселения, судимости и т. д. от федеральных, штатных и других учреждений, которые могут вести такие записи.

Кроме того, могут быть получены отчеты потребителей о расследованиях (собранные из личных интервью, где это применимо, с бывшими работодателями или арендодателями, моими бывшими или нынешними соседями и коллегами и т. д.), чтобы собрать информацию об исполнении моих обязанностей как работника и как квартиросъемщика, о моем характере, общей репутации и личных характеристиках и образе жизни.

Если меня примут на работу, я понимаю, что мой работодатель может использовать раскрытие этой информации и разрешение продолжать получать такую информацию от потребителей в течение всего срока моей работы, контракта или волонтерской службы.

**Разрешение**

**Настоящим я разрешаю Компании получать информацию о закупках или информацию от потребителей и заказные информационные справки. В случае найма (или заключения контракта) это разрешение остается в личном деле и служит для Компании постоянным разрешением получать такую информацию в любое время в течение срока моей работы, контракта или волонтерства. Я безоговорочно разрешаю любому лицу, предприятию или агентству, с которыми связывается агентство по информированию потребителей, предоставлять вышеуказанную информацию.**

**Это разрешение обусловлено следующими представлениями моих прав.**

Я понимаю, что имею право подать запрос в агентство по сбору и предоставлению информации: **B&B Reporting, Inc.** («Агентство»), 401 South Market Street, Scottsboro, AL 35768, (бесплатный телефонный номер) 844-752-1356, после надлежащей идентификации, для получения копий любых отчетов, предоставляемых Компании Агентством, и запрашивать характер и содержание **всей информации**, содержащейся в его документации обо мне на время моего запроса, включая источники информации, и Агентство от имени Компании должно обеспечить полное и точное раскрытие характера и масштабов расследования, которые содержатся во всех заказных информационных справках. Агентство также будет раскрывать получателей любой такой информации обо мне, которую Агентство ранее предоставляло в течение двухлетнего периода для запросов на трудоустройство и в течение одного года для других целей, предшествующего моему запросу (три года в Калифорнии). Я соглашаюсь с тем, чтобы Компания получала вышеуказанную информацию от Агентства. Я понимаю, что могу в любое время оспорить любую информацию, которая является неточной в каком-либо отчете Агентства. Я могу ознакомиться с политикой конфиденциальности Агентства на его веб-сайте: www.bbreporting.com.

Я понимаю, что если Компания расположена в Калифорнии, Миннесоте или Оклахоме, я имею право запросить копию любой информации, которую Компания получает обо мне в момент предоставления информации Компании. Установив отметку в следующем поле, я прошу отправлять мне копию всей такой информации. Поставьте галочку здесь: □

Как заявитель из Калифорнии, я понимаю, что имею право в соответствии с разделом 1786.22 Гражданского кодекса Калифорнии связываться с Агентством в течение разумного времени (с 9:00 до 17:00 (центральный часовой пояс) с понедельника по пятницу) для получения всей информации, содержащейся в документации агентства, для ознакомления с ней. Я могу получить такую информацию следующим образом: 1) Лично в офисах Агентства, адрес которых указан выше. Я могу попросить кого-нибудь сопровождать меня в офисы Агентства. Агентство может потребовать от этой третьей стороны предоставить разумную идентификацию личности. Во время такого посещения от меня может потребоваться подписать разрешение Агентства на раскрытие информации Агентства или обсуждение с третьей стороной. 2) Заказным письмом, если я ранее предоставил(а) удостоверение личности в письменном запросе на то, чтобы информация, касающаяся меня, была отправлена мне или третьей стороне, указанной мной. 3) По телефону, если я ранее предоставил(а) Агентству надлежащую идентификацию в письменном виде. 4) Агентство располагает подготовленным персоналом для объяснения любой информации, содержащейся в моем досье, и если оно содержит какую-либо закодированную информацию, мне это объяснят.

Я понимаю, что если я подаю заявление о приеме на работу в Нью-Йорке, я имею право получить копию статьи 23-A Закона об исправительных учреждениях штата Нью-Йорк.

Я понимаю, что если отчет предоставляется работодателю в штате Вашингтон, я могу связаться со следующим офисом для получения дополнительной информации о моих правах в соответствии с законодательством штата Вашингтон в отношении этих отчетов: State of Washington Attorney General, Consumer Protection Division, 800 5th Ave, Ste. 2000, Seattle, Washington 98104-3188, (206) 464-7744.

Я понимаю, что у меня есть права в соответствии с Законом об объективной кредитной отчетности, и я подтверждаю получение сводки прав \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (инициалы).

**Пожалуйста, напишите печатными буквами свое официальное имя и поставьте подпись:**

Фамилия Имя Второе имя/отчество

Подпись: Дата:

**Форма проверки биографии**

Вся информация будет строго конфиденциальной.

Имя

Имя Второе имя/отчество Фамилия

Адрес

Улица Город Штат Почтовый индекс

Девичья фамилия или другие используемые имена

Дата рождения

Номер социального обеспечения

Были ли вы когда-либо арестованы или осуждены за какое-либо уголовное преступление, за исключением мелких нарушений правил дорожного движения?

Вас когда-либо обвиняли, арестовывали или осуждали за жестокое обращение или преступления на сексуальной почве?

Есть ли в вашем образе жизни или прошлом что-нибудь, что могло бы поставить под сомнение ваши возможности?

Если вы ответили утвердительно на любой из этих вопросов, пожалуйста, дайте пояснения:

Обратите внимание: ответ «да»\* 1 на любой из этих вопросов не приведет к автоматической дисквалификации. Пожалуйста, используйте предоставленные пробелы, чтобы объяснить обстоятельства.

Настоящим я разрешаю WNYIL провести независимое расследование моего прошлого, в том числе криминального или связанного с полицией. Я освобождаю WNYIL и любое физическое или юридическое лицо, которое предоставляет информацию в соответствии с данным разрешением, от любых без исключения обязательств, претензий или судебных исков в отношении информации, полученной от любых вышеперечисленных источников. Информация, содержащаяся в этом приложении, насколько мне известно, является правильной. Я понимаю, что любое упущение существенного факта в этом заявлении может быть основанием для его отклонения.

Подпись Дата

Пожалуйста, напишите любые свои вопросы или комментарии на обратной стороне этого листа.

Программа Taking Control

Ориентированные на потребителя услуги личной помощи

*Член семейства агентств WNY Independent Living Inc...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (телефон/телетайп) ♦ (716) 836-0091 (факс)

www.wnyil.org/cdpas/

**МЕМОРАНДУМ**

**БЕЙДЖИ С ФОТОГРАФИЯМИ**

Уважаемый потребитель!

Western New Independent Living, Inc. предоставит личным помощникам удостоверения личности (бейджи) с фотографией. Эти бейджи не являются обязательными и будут выдаваться только по запросу потребителя/работодателя.

Основная цель бейджа — позволить личным помощникам связываться со своим потребителем/работодателем во время непогоды или в другой чрезвычайной ситуации, когда вождение автомобиля запрещено широкой публике. Личный помощник должен носить свой бейдж. После расторжения рабочего контракта бейдж должен быть возвращен в Western New York Independent Living, Inc.

Если вы хотите, чтобы ваш личный помощник получил официальный бейдж агентства, вы должны связаться с сотрудником программы Taking Control по телефону 716-836-0105. Затем мы свяжемся с вашим личным помощником, чтобы назначить время, когда он может прийти в офис (Buffalo Office, 3108 Main St., за Jim's Steak Out) для оформления бейджа.

Спасибо за сотрудничество.

Программа Taking Control

Персонал программы CDPAS

WNYIL

22.03.16

**Уведомление и подтверждение ставки и дня выплаты**

**Согласно разделу 195.1 Закона о труде штата Нью-Йорк**

**Уведомление для сотрудников с почасовой оплатой**

|  |
| --- |
| 1. Информация о работодателе  ФИО:  WNY Independent Living  Действующий в качестве, ФИО:  То же, что и выше  FEIN (необязательно):  222316065  Физический адрес:  3108 Main Street  Buffalo, NY 14214  Почтовый адрес:  То же, что и выше  Телефон: 716-836-0822 |

2. Уведомление выдано:

⮽ При найме

□ Перед изменением ставки заработной платы, заявленных налоговых скидок или дня выплаты зарплаты

LS 54(01/17)

**3. Размер оплаты труда сотрудника:**

$ 11,75 в час

**4. Полученные льготы**:

⮽ Нет

□ Чаевые \_\_\_\_\_\_\_ в час

□ Питание \_\_\_\_\_\_\_ на один прием пищи

□ Проживание \_\_\_\_\_

□ Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Обычный день выплат**: \_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Оплата**:

□ Еженедельно

⮽ Раз в две недели

□ Другое

**7. Ставка сверхурочной оплаты:**

17,63 $ в час (это должно быть как минимум в полтора раза выше обычной ставки работника, за некоторыми исключениями)

**8. Подтверждение сотрудника:**

В этот день меня уведомили о моей ставке оплаты, ставке за сверхурочную работу (если есть), льготах и назначенном дне выплаты в день, указанный ниже. Я сказал(а) своему работодателю, что мой основной язык:

**Отметьте одно:**

□ Я получил это уведомление об оплате на английском языке, потому что это мой основной язык.

□ Мой основной язык - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Я получил(а) это уведомление об оплате только на английском языке, потому что Министерство труда еще не предлагает форму уведомления об оплате на моем родном языке.

Имя сотрудника печатными буквами

Подпись сотрудника

Дата

Тайлер Бриджуотер, координатор ЛП CDPAS

Имя и должность оформляющего документы

**Сотрудник должен получить подписанную копию этой формы. Работодатель должен хранить оригинал в течение 6 лет.**

Пожалуйста, обратите внимание на следующее. Работнику запрещается платить меньше, чем работнику противоположного пола за такую же работу. Работодатели также не могут запрещать сотрудникам обсуждать заработную плату со своими коллегами.

**Требования, предъявляемые к личному помощнику, для того, чтобы он мог начать работать**

**Требование 1. Медицинская документация**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Оценка физического состояния** |  | |
|  |  | |
| • в течение последнего года | | |
|  | **Тест на туберкулез** |  | |
|  |  | |
|  | • в течение последнего года | | |
|  | **Вакцинация против кори, свинки и краснухи** | |  |
|  |  |
|  | • Корь, свинка и краснуха (получить это от родителя, школы, работодателя)  \*\* Если подтверждение не может быть найдено, необходимо сделать титр краснухи | | |

\*\* Если у вас нет основного врача или вы не можете назначить прием в разумные сроки, WNYIL может бесплатно отправить вас в следующие клиники:

**WellNow Urgent Care**

**Amherst** (бывший военный госпиталь)

3980 Sheridan Drive

Amherst, NY 14226

Тел.: (716)929-2800

Факс: (716)839-1705

**Kenmore/Ton** (бывший военный госпиталь)

1751 Sheridan Drive Tonawanda, NY 14223

Тел.: (716)844-7100

Факс: (716)873-0230

**N Ton/Wheatfield** (бывший военный госпиталь)

3190 Niagara Falls Blvd Amherst, NY 14228

Тел.: (716)799-8190

Тел.: (716) 696-6169

**Lancaster** (бывший военный госпиталь) 4827 Transit Road

Depew, NY 14043

Тел.: (716)771-3394

Факс: (716)771-3402

**Niagara Falls**

7432 Niagara Falls Blvd

Niagara Falls, NY

Тел.: (716)371-4260

Факс: (716)371-4261

**Clarence** (бывший военный госпиталь)

5965 Transit Road East Amherst, NY 14051

Тел.: (716)362-1093

Факс: (716)639-4802

**Olean** (бывший военный госпиталь)

921 Wayne Street

Olean, NY 14760

Тел.: (716)379-8600

Факс: (716)379-8631

**Orchard Park** (бывший военный госпиталь) 3245 Southwestern Blvd

Orchard Park, NY 14127

Тел.: (716)362-8777

Факс: (716)671-8120

**Batavia**

4189 Veterans Memorial Dr Batavia, NY 14020

Тел.: (585)201-5598

Факс: (585)201-5599

**Jamestown**

15 South Main St

Jamestown, NY 14701

Тел.: (716)489-3144

Факс: (716)489-3151

\*\* Также включает в себя все бывшие пятизвездочные локации за пределами WNY

**HealthWorks**

1900 Ridge Road 2075 Sheridan Drive

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

Тел.: (716)712-0670 Телефон: (716)712-0670

Понедельник—суббота Понедельник—пятница

**Требование 2.** Базовая проверка должна быть завершена после получения всех медицинских препаратов.

***Контактная информация программы Taking Control***

**ОКРУГ ЭРИ**

***Телефон для всех обращений в CDPAS: (716)836-0105***

\* Эшли Гиллиам, специалист по обслуживанию клиентов, ответит на ваш телефонный звонок и перенаправит вас к соответствующему сотруднику.

\* Кара Бениак, специалист по отчетам о рабочем времени и посещаемости

***ЛП. Медикаменты / проверки биографии / PIN-коды***

Тайлер Бриджуотер, координатор ЛП доб. 189 **tbridgewater@wnyil.org**

Мишель Барнс, координатор ЛП, доб. 501 **mbarnes@wnyil.org**

Ким Эвери, координатор ЛП, доб. 539 **kavery@wnyil.org**

***Вопросы регистрации рабочего времени***

Юрий Липа, специалист по обслуживанию клиентов, доб. 500, ***если нет ответа, пожалуйста, позвоните***

Эшли Гиллиам, специалист по обслуживанию клиентов, доб. 191

Кара Бениак, специалист по отчетам о времени и посещаемости, доб. 194

***Проблемы с зарплатой***

Семония Селл, контактное лицо по вопросам заработной платы, доб. 119

***Номер факса программы Taking Control: (716)836-0091***

**ДОКУМЕНТЫ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ СЛЕДУЕТ ОБНОВЛЯТЬ ЕЖЕГОДНО ДО ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ ИМЕЮЩИХСЯ ДОКУМЕНТОВ. НИКАКИХ ИСКЛЮЧЕНИЙ. БЛАГОДАРЮ ВАС.**

CDPAS 7/10/19

**WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC.**

**ИНФОРМАЦИЯ О ЛЬГОТАХ**

**ЛИЧНЫЕ ПОМОЩНИКИ CDPAS**

**ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА: 11,75 $ в ЧАС (вступает в силу 1 апреля 2008 г.)**

**Пункт об общих льготах**

Если специально не указано иное, некоторые льготы, описанные в данном документе, активируются или начинают накапливаться после того, как личный помощник (сотрудник CDPA) проработает на постоянной основе в течение **двух (2) месяцев**.

Полная занятость определяется как работа в течение 30 часов или более в неделю последовательно в течение двух (2) месяцев. Если какие-либо утвержденные еженедельно средние часы работы участника программы Taking Control не будут поддерживать этот уровень занятости, личному помощнику участника будет предложено стать частью общей базы данных личных помощников, готовых и желающих служить в качестве замещающего и/или аварийного персонала для участников программы Taking Control, не являющегося основными участниками.

**БОЛЬНИЧНЫЕ. ПОСЛЕ ПЕРВЫХ 2 МЕСЯЦЕВ ЗАНЯТОСТИ** вы начинаете зарабатывать свои больничные дни по ставке один (1) день в квартал (каждые 3 месяца). В конце каждого 3-месячного периода (13 недель) вам предоставляется один (1) больничный день. На 1-м году работы у вас накапливается 3 больничных дня. На 2-й год работы и далее вы зарабатываете один (1) больничный день каждые 3 месяца, что составляет 4 больничных дня в год. Вы можете использовать их по мере того, как вы зарабатываете их каждые 3 месяца, получать за них деньги, или в течение 2 недель после окончания вашего года вы можете поместить их в табель учета рабочего времени с пометкой **БОЛЬНИЧНЫЕ**, подписать, поставить дату и получить за них деньги. Если вы не используете их или не получите оплату в течение 2 недель после окончания года, они пропадут. Мы рассчитываем среднее количество рабочих часов в неделю, исходя из 7-дневной рабочей недели. **Пожалуйста, не указывайте даты или часы, отработанные за больничный день. Мы посчитаем среднее**. Вы обязаны следить за тем, сколько недель вы отработали, чтобы не потерять свои больничные дни. Отправьте табель учета рабочего времени.

**ОПЛАТА ОТПУСКА.** Вы имеете право на отпуск в течение одной (1) недели **после каждых 52 недель работы**. У вас есть один (1) год с даты, когда вы получили право на недельный отпуск, на то, чтобы использовать его. Вы сами несете ответственность за отслеживание даты окончания года работы (завершение 52 недели), чтобы не потерять отпуск. Отметьте в табеле учета рабочего времени **ОТПУСК**, подпишите и укажите дату. Мы подсчитаем средние часы за неделю. Отправьте табель учета рабочего времени. Вы получите деньги после того, как отправите табель учета рабочего времени, по следующей платежной ведомости.

**ДРУГИЕ ПЛАНЫ**

ПОЛИТИКА AFLAC. Уход за онкологическими больными, жертвами несчастных случаев и лицами с кратковременной нетрудоспособностью позволяет работникам на основе страхового покрытия оплачивать свои взносы, используя средства до или после налогообложения. Работодатель не делает никаких выплат.

ПЕНСИЯ, 403(B). План 403(B) является популярным способом накопления на пенсию. План позволяет ЛП помещать часть своей валовой заработной платы на счет плана без уплаты подоходного налога до тех пор, пока деньги не будут сняты со счета плана. ЛП «наделены» всеми правами относительно своих взносов по плану.

Доход от Western New York Independent Living будет составлять до 4% от валового дохода. 4% основаны на общей текущей прибыли за текущий период оплаты. Для получения соответствующих средств ЛП должны сделать аналогичный взнос.

**МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА**

Личные помощники, нанятые для участия в программе Taking Control, определены в WNYIL как работники с переменным рабочим временем в соответствии с Законом о доступном медицинском обслуживании. Каждый личный помощник будет проходить первоначальную оценку состояния. Этот период начинается с даты найма и продлевается на следующие 11 месяцев или на постоянную занятость. Чтобы иметь право на медицинскую страховку, личный помощник должен отрабатывать в среднем 120 часов в месяц в течение 11-месячного периода. В течение 30 дней после окончания периода первоначальной оценки сотрудники WNYIL проведут проверку на соответствие требованиям. Если будет установлено, что личный помощник имеет право на медицинскую страховку и желает зарегистрироваться, необходимо заполнить и подать заявление. Медицинская страховка вступит в силу первого числа месяца, следующего за 30-дневным периодом рассмотрения. В это момент начнется Период стабильности. В течение периода стабильности медицинское страхование будет действовать до тех пор, пока личный помощник будет продолжать работать в WNYIL. Если работа закончится в

течение 11-месячного периода стабильности, медицинское страхование будет также прекращено. Стандартный период оценки Агентства будет проходить каждый год с 1 марта по 31 января. Временный сотрудник должен работать в среднем 30 часов в неделю в течение каждого периода Стандартных измерений, чтобы поддерживать свою медицинскую страховку на следующий период стабильности. Административный период - с 1 по 28/29 февраля. Личные помощники, получившие медицинскую страховку от Агентства, будут нести ответственность за ежемесячную долю страховых взносов. Доля расходов личного помощника будет автоматически вычитаться из каждой зарплаты. Программа Taking Control выплатит остаток ежемесячного страхового взноса.

**СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРАХОВАНИЕ**

Личные помощники, нанятые для участия в программе Taking Control, будут иметь право на получение стоматологической страховки от Агентства, если они будут работать не менее 20 часов в неделю в течение первых 12 недель. Если они соответствуют требованиям, после 12 отработанных недель у личных помощников будет 30-дневный период, в течение которого они могут оформить страховку. Личный помощник будет нести ответственность за полную выплату ежемесячных страховых взносов. Страховой взнос личного помощника будет автоматически вычитаться из каждой зарплаты.

**СТРАХОВАНИЕ ЗРЕНИЯ**

Личные помощники, нанятые для программы Taking Control, будут иметь право на страхование зрения от агентства, если они будут работать не менее 20 часов в неделю в течение первых 12 недель. Если они соответствуют требованиям, после 12 отработанных недель у личных помощников будет 30-дневный период, в течение которого они могут оформить страховку. Личный помощник будет нести ответственность за полную выплату ежемесячных страховых взносов. Страховой взнос личного помощника будет автоматически вычитаться из каждой зарплаты.

**ЗАНЯТОСТЬ**. Если вы потеряете работу из-за того, что потребитель покинул программу, и вы решите получать пособие по безработице, ваши отношения с нами будут прекращены. Это означает, что если вы начнете работать в WNYIL после периода получения пособия по безработице, **вы будете считаться вновь нанятым сотрудником, и все льготы начнут действовать так, как если бы вы были новым сотрудником**. Если вы решите не получать пособие по безработице при поиске новой работы и оплачивать страховые взносы по медицинскому страхованию через COBRA, вы сможете сохранить свой статус сотрудника, а когда вы начнете работать, ваши льготы будут немедленно возобновлены.

**ЛЬГОТЫ ДЛЯ ВСЕХ СОТРУДНИКОВ**

На всех работников распространяется гарантия компенсации и страховка по инвалидности штата Нью-Йорк. О всех несчастных случаях/инцидентах, связанных с работой, необходимо сообщать в отдел кадров в течение 24 часов с момента происшествия.

**СМЕРТЬ В СЕМЬЕ**. В случае смерти в семье (родители, бабушка и дедушка, супруг(а), дети, братья и сестры или другие члены семьи (в широком смысле), которых работодатель считает действительными) работники получают один (1) выходной день с оплатой, но при условии уведомления работодателя о выборе дня. Если вы не уведомите своего работодателя о том, в какой день вы не выйдете на работу, это приведет к потере вами заработной платы за этот день. Вы не можете одновременно и работать, и получить оплату; ваша оплата будет рассчитываться как количество часов, которые вы планировали работать в тот день, когда вы берете отгул. **СЧИТАЕТСЯ ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМ СО СТОРОНЫ ВАШЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ.**

**УТЕРЯННЫЕ ПЛАТЕЖНЫЕ ЧЕКИ**

**В случае утери чеков вы должны будете заплатить комиссию за приостановку платежа в банке в размере 25 $.** Для чеков, потерянных почтой, мы ждем три (3) недели с даты выдачи чека, пока он не придет получателю или не вернется к нам. Через 3 недели мы перевыпустим чек, и вам необходимо будет подписать форму замены чека.

**ОПЛАТА СВЕРХУРОЧНЫХ**

ЛП не могут работать более 40 часов в неделю без разрешения персонала программы Taking Control. Если сверхурочные одобрены и вы работаете более 40 часов в неделю, вам будет выплачиваться 17,63 $ в час за любые рабочие часы сверх 40 часов в неделю. Рабочая неделя считается с воскресенья по субботу. Часы не могут и будут переноситься на следующую неделю. Вы должны обратить внимание на План обслуживания вашего потребителя/работодателя и понять, как можно использовать ваши рабочие часы.

**ПОЖАЛУЙСТА, ПОМНИТЕ, ЧТО ЧЕЛОВЕК, КОТОРЫЙ НАНЯЛ ВАС, ЯВЛЯЕТСЯ ВАШИМ РАБОТОДАТЕЛЕМ. ЭТОТ ЧЕЛОВЕК БУДЕТ ОБУЧАТЬ И ИНСТРУКТИРОВАТЬ ВАС ОТНОСИТЕЛЬНО ВАШЕЙ РАБОТЫ. ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПРАШИВАЙТЕ ВЫХОДНОЙ У СВОЕГО РАБОТОДАТЕЛЯ КАК МИНИМУМ ЗА ДВЕ (2) НЕДЕЛИ.**

**Веб-сайт: www.wnvil.org**

**[Логотип: текст отсутствует]**

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

**(716) 836-0822 (тел./телетайп) • (716) 835-3967 (факс)**

**www.wnyil.org**

**Получатель: Сотрудники WNY Independent Living, Inc.**

**Отправитель: WNY Independent Living, Inc.**

**ДАТА: 6 декабря 2017 г.**

**RE: Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам в Нью-Йорке (NYS Paid Family Leave)**

**Право на оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам в Нью-Йорке (NYS Paid-Leave Eligibility)**

**Начиная с 1 января 2018 года, сотрудники, которые регулярно работают не менее 20 часов в неделю, будут иметь право на получение оплачиваемых отпусков по семейным обстоятельствам после 26 недель работы. Сотрудники, работающие менее 20 часов в неделю, будут иметь право на такой отпуск после 175 рабочих дней.**

**Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам полностью финансируется работником за счет отчислений из фонда заработной платы. Максимальный вклад работника в 2018 году составляет 0,126% от еженедельной заработной платы работника.**

**Оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам может использоваться молодыми родителями для ухода за новорожденным в первый год его жизни или усыновления приемного ребенка. Сотрудники также могут использовать оплачиваемый отпуск, если у члена семьи возникли серьезные проблемы со здоровьем или его призвали на военную службу.**

**В соответствии с новым законом к членам семьи относятся супруги, гражданские супруги, дети, родители, бабушки, дедушки и внуки.**

**Просим воздержаться от использования парфюмерии при посещении наших офисов.**

***На протяжении более 50 лет группа агентств WNY Independent Living, Inc. способствует системным и индивидуальным изменениям, ведущим к улучшению качества жизни людей с ограниченными возможностями, уважает разнообразие и предлагает выбор и альтернативу независимой жизни в наших обществах.***

**Реализация программы NYS будет происходить в четыре этапа:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата** | **Недели отпуска** | **Оплата восстановлена** |
| **1 января 2018 г.** | **8** | **50 процентов** |
| **1 января 2019 г.** | **10** | **55 процентов** |
| **1 января 2020 г.** | **10** | **60 процентов** |
| **1 января 2021 г.** | **12** | **67 процентов** |

**Максимальный размер пособия ограничен ставкой, которую работник, получающий среднюю по штату недельную зарплату, получил бы в рамках программы. После развертывания программы в 2021 году пособие, например, будет ограничено 67 процентами от средней еженедельной зарплаты штата. Полученная сумма пособия считается налогооблагаемым доходом за год, в котором была произведена оплата.**

**Сотрудники могут продолжить трудиться в период своего отпуска для получения полного оклада, но это приведет к отмене выплачиваемого пособия по отпуску.**

**Важно помнить, что оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам не распространяется на отпуск по болезни самого сотрудника. Сотрудники не могут получать оба пособия по программе PFL и уходить на больничный в течение того же периода.**

**Для подготовки необходимых документов с целью подачи заявки на оплачиваемый отпуск после 1 января 2018 года обратитесь в отдел кадров.**

**ОПЛАЧИВАЕМЫЙ ОТПУСК ПО СЕМЕЙНЫМ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК:**

**Информация для сотрудников**

**С 1 января 2018 года оплачиваемый отпуск по семейным обстоятельствам будет предоставляться для следующих целей:**

* **уход за новорожденным, усыновленным или переданным на воспитание ребенком,**
* **уход за членом семьи, имеющим серьезные проблемы со здоровьем, или**
* **помощь близким в период отправки члена семьи за границу на действительную военную службу.**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ ЗАЩИТЫ**

* **Сотрудники имеют право вернуться на прежнюю или аналогичную работу по возвращении из оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам.**
* **Сотрудникам гарантируется, что во время отпуска действие медицинской страховки продолжится. Работодатели могут потребовать, чтобы работники продолжили платить взносы в фонд медицинского страхования.**
* **Гражданство и иммиграционный статус не влияют на соответствие требованиям.**
* **Работодатели не могут дискриминировать работников по причине получения оплачиваемого отпуска по семейным обстоятельствам.**

**ПРАВОМОЧНОСТЬ**

* **Работники с графиком постоянной работы в 20 и более часов в неделю получают право на такой отпуск после 26 недель работы.**
* **Работники с графиком постоянной работы менее 20 часов в неделю получают право после 175 дней работы.**

**ЛЬГОТЫ**

**Отсутствует текст**

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

**Отсутствует текст**

**КАК ПОДАТЬ ЗАЯВКУ**

1. **Сотрудник уведомляет работодателя за 30 дней до ухода в отпуск, если это уместно.**
2. **Сотрудник заполняет бланк заявления в соответствии с инструкциями работодателя. Формы претензий можно получить у работодателя, страховой компании или на сайте ny.gov/paidfamilyleave.**
3. **Сотрудник получает подтверждающую документацию для отпуска (свидетельство о рождении, свидетельство о развертывании военного персонала и т. д.).**
4. **Сотрудник подает заявку и подтверждающую документацию страховщику в соответствии с указанием работодателя, а страховая компания должна оплатить или отклонить заявку в течение 18 дней с момента получения заполненной заявки.**

**ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ИНФОРМАЦИЮ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ НА САЙТЕ NY.GOV/PAIDFAMILYLEAVE ИЛИ ПО ТЕЛЕФОНУ (844) 337-6303.**

Программа Taking Control

Ориентированные на потребителя услуги личной помощи

*Член семейства агентств WNY Independent Living Inc...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (телефон/телетайп) ♦ (716) 836-0091 (факс)

www.wnyil.org/cdpas/

Получатель: Всем потребителям и личным помощникам

Контроль ориентированных на потребителя услуг личной помощи

Отправитель: Western New York Independent Living, Inc.

ДАТА: Июль 2013 г.

RE: Сверхурочные часы в программе получения контроля

По состоянию на 1 октября 2013 года мы больше не можем никому оплачивать более 40 часов в неделю. Это относится к помощникам, которые работают на одного потребителя/работодателя, а также к помощникам, которые накапливают 40 часов в неделю, работая с двумя или более потребителями/работодателями.

Основная причина заключается в коррекции органами власти штата Нью-Йорк минимальной ставки заработной платы. Корректировка заработной платы вступает в силу 1 января 2014 года. Любой помощник, количество рабочих часов которого по программе Taking Control превышает 40 часов в неделю, должен оплачиваться сверхурочно. В прошлом Агентство могло покрывать расходы на сверхурочные часы. Однако это изменение приведет к увеличению затрат на сверхурочные часы, которые превышают способность WNYIL покрывать расходы. Medicaid не возмещает расходы на обслуживание, которые превышают утвержденную заработную плату/ставку, которую нам предоставляет Департамент здравоохранения штата Нью-Йорк и возмещают Medicaid или Организации управляемого медицинского обслуживания. Следовательно, у него нет средств, позволяющих личным помощникам работать сверхурочно.

Из-за возросших затрат на оплату сверхурочной работы для личных помощников, работающих по программе Taking Control, начиная с 1 октября 2013 года работа в сверхурочные часы (более 40 часов для всех потребителей в рабочую неделю) запрещена.

Мы информируем всех лиц, участвующих в этой программе, чтобы не позднее 1 октября 2013 года были приняты меры для обеспечения достаточного количества личных помощников для всех потребителей, что поможет избежать проблемы сверхурочных.

Если вы являетесь потребителем и считаете, что вам нужна помощь в получении дополнительных ЛП, обратитесь за помощью в это агентство.

Если вы являетесь ЛП, количество часов работы будет ограничено 40 часами в неделю. Если у вас более одного потребителя, количество часов работы все равно будет ограничено 40 часами в неделю для всех потребителей.

Мы приносим извинения за любые неудобства, которые могут возникнуть в результате данных изменений.

Билль о правах личных помощников

Личный помощник имеет право лично получать оплату за каждый отработанный час без отчислений и/или долевого вклада потребителю.

Личный помощник имеет право на вежливое и уважительное отношение со стороны потребителя и его семьи.

Веб-сайт: www.wnyil.org

BOR 06/11/2014

Программа Taking Control

Ориентированные на потребителя услуги личной помощи

*Член семейства агентств WNY Independent Living Inc...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (телефон/телетайп) ♦ (716) 836-0091 (факс)

www.wnyil.org/cdpas/

**Проверка льгот, прав и обязанностей сотрудника**

Я, прочитал(а) и понял(а) информационный листок для личных помощников Western New York Independent Living (CDPAS). В нем указана информация о зарплате, больничных, отпускных днях и медицинской страховке. На данный момент у меня нет вопросов относительно политики, изложенной в этой брошюре. Я также подтверждаю, что прочитал(а) и понимаю Билль о правах личных помощников, обязанности личных помощников и обязанности WNYIL.

Мой основной язык

Подпись сотрудника:

Дата:

WNY1L1EBRR

01/04/2016

1. Если с данным пунктом нет проблем, отметьте НЕТ.

2. Если с данным пунктом есть проблема, опишите ее и отметьте ДА.

3. О любом несоответствии какого-либо пункта требованиям безопасности следует как можно скорее сообщать своему руководителю.

4. Контрольный список должен быть отправлен по почте в наш офис в течение 3 дней.

|  |  |
| --- | --- |
| **ОПИСАНИЕ** | **ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ** |
| **Вне помещения: ЧИСТЫЙ/ТЕХНИЧЕСКИ ИСПРАВНЫЙ** |  |
| 1. Имеются ли какие-либо проблемы с безопасностью вне дома, которые могли бы помешать |  |
| вам выполнять свою работу безопасным образом? |  |
| Например, лестницы, тротуары, освещение, пандусы, лифты и т.д. |  |
|  |  |
| **Внутри помещения: ЧИСТЫЙ/СУХОЙ/В РАБОЧЕМ СОСТОЯНИИ** |  |
| 1. Имеются ли какие-либо проблемы с безопасностью в доме в целом: отсутствие достаточного пространства для |  |
| прохода, проблемы с освещением, коврами и дорожками, шнурами, беспорядком, обогревателями и т. д.? |  |
|  |  |
| 2. Имеются ли какие-либо проблемы с безопасностью в гостиной, которые могли бы помешать |  |
| вам выполнять свою работу безопасным образом? |  |
|  |  |
| 3. Имеются ли какие-либо проблемы для безопасности на кухне, которые могли бы помешать |  |
| вам выполнять свою работу безопасным образом? Например, бытовые приборы, |  |
| беспорядок, кухонная утварь и предметы для уборки. |  |
|  |  |
| 4. Имеются ли какие-либо проблемы с безопасностью в спальне работодателей, которые |  |
| могли бы помешать вам выполнять свою работу безопасным образом? |  |
|  |  |
| 5. Имеются ли какие-либо проблемы с безопасностью в ванной комнате, которые могли бы помешать |  |
| вам выполнять свою работу безопасным образом? |  |
|  |  |
| 6. Имеются ли какие-либо проблемы с безопасностью, которые могли бы помешать |  |
| вам выполнять свою работу безопасным образом по отношению к вашим работодателям? |  |
|  | **ПРИ НЕОБХОДИМОСТИ ИСПОЛЬЗУЙТЕ ОБРАТНУЮ СТОРОНУ** |
| **дом или оборудование, которое вам, возможно, придется использовать?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ОПИСАНИЕ** | **ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Информация о проблеме с безопасностью:** | **ОПИСАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Имя и адрес потребителя:** | **Дата:** |
|  |  |
|  |  |
| **Подпись личного помощника:** | **Дата:** |
|  | **Дата:** |

**СПРАВКА № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**WNYIL, INC. ОТЧЕТ ОБ ИНЦИДЕНТЕ**

Данный отчет **должен** быть оформлен в течение **24 часов** после инцидента участником происшествия или свидетелем инцидента. Если задействовано более одного человека, для каждого вовлеченного лица должен быть составлен отдельный отчет. Заполненная форма должна быть немедленно сдана руководителю сотрудника, который затем направит ее координатору по персоналу.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Имя участника инцидента: | |
| 2. Руководитель участника инцидента: | |
| 3. Дата инцидента: | Время инцидента: ДО ПОЛУДНЯ ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ |
| 4. Начало смены: ДО ПОЛУДНЯ ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ | Конец смены: ДО ПОЛУДНЯ ПОСЛЕ ПОЛУДНЯ |
| 5. Отношение к WNYIL: □ Сотрудник □ Доброволец/стажер □ Потребитель □ Посетитель | |
| 6. Адрес участника инцидента: | |
| 7. Номер телефона участника инцидента: | |
| 8. Имя свидетеля/свидетелей (если есть): | |
| 9. Адрес и телефон свидетеля/свидетелей: | |
| 10. Тип инцидента: □ Злоупотребление/халатность □Нападение/драка □Сгибание  □ Падение/скольжение □ Болезнь □ Подъем тяжести  □ Дорожная авария □ Кража  □Другое: | |
| 11. Затронутые части тела: □ Голова □ Лицо □ Глаза (Л или П)  □ Туловище/спина □ Шея □ Кисть руки (Л или П)  □ Пальцы □ Колено (Л или П) □ Лодыжка (Л или П)  □ Рука (Л или П) □ Плечо (Л или П) □ Стопа (Л или П)  □ Бедро (Л или П) □ Другое (указать) □ Не применимо | |
| 12. Место или адрес инцидента: | |
| 13. Опишите инцидент подробно: (укажите все инструменты, оборудование, материалы и т. д., которые были вовлечены в инцидент) | |

|  |
| --- |
| 14. Связывались ли с EMS? □ Да □ Нет □ Не применимо |
| 15. Было ли подано заявление в полицию? □ Да □ Нет □ Не применимо |
| 16. Имя и адрес поставщика услуг: |
| 17. Корректирующее действие: |
| 18. Дата плана корректирующих действий: |
| 19. Подпись вовлеченного лица: Дата подписания: |
| 20. Подпись руководителя: Дата проверки отчета: |
| 21. Подпись генерального директора: Дата проверки отчета: |
| **Только для внутреннего пользования:** |
| Категория инцидента: □ Сотрудник □ Личный помощник □ Волонтер/стажер  □ Учреждение □ Потребитель □ Транспорт  □ Посетитель |
| Дата получения формы офисом: |
| Офисные заметки: |
| Дата получения формы отделом кадров: |
| Заметки отдела кадров: |
| □ Программный комитет □ Отдел кадров □ Корпоративное соответствие |
| Обращение в Координационное агентство по уходу □ Да □ Нет □ Не применимо |
| Если да, дата контакта: |
| Координационное агентство по уходу, контактная информация: |
| Предыстория инцидентов: □ Да □ Нет □ Не применимо |
| Если да, укажите дату и предоставьте описание инцидента: |

2019-01

**ПРЕКРАЩЕНИЕ РАБОТЫ, ОТСТАВКА**

ПРЕКРАЩЕНИЕ: Заполняется потребителем

ОТСТАВКА: Заполняется помощником

Пожалуйста, верните подписанную форму в наш офис в течение пяти (5) рабочих дней

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

Имя потребителя:

Имя личного помощника:

Последняя дата работы:

Причина прекращения работы/отставки:

(Предоставьте описание ниже относительно решения)

ПОДПИСЬ СОПРОВОЖДАЮЩЕГО ЛИЦА

ПОДПИСЬ НАЗНАЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА:

WNY1L

3/14

**ПРОГРАММА TAKING CONTROL — CDPAS**

**ПРОВЕРКА ПО ИНСТРУКТАЖУ ЛИЧНОГО ПОМОЩНИКА**

|  |  |
| --- | --- |
| **Я получил(а) инструктаж и понимаю следующие политики, практики и процедуры:** | **Подпись** **личного помощника** |
| 1. Я понимаю, что моей главной обязанностью является оказание личной помощи потребителю/работодателю, на которого я работаю. |  |
| 2. Я понимаю, что мне необходимо четко идентифицировать с моим потребителем/работодателем те задачи, которые я должен(-на) выполнять, *до того, как* приступить к работе. |  |
| 3. Я буду работать только в течение часов, указанных в Плане обслуживания; если на одного и того же потребителя/работодателя работают несколько личных помощников, я отработаю только количество часов, отведенное мне моим потребителем/работодателем. Любые часы, которые я работаю в течение дня или недели сверх указанных в Плане ухода, будут оплачены моим потребителем/работодателем. |  |
| 4. Я соглашаюсь сохранять конфиденциальность *всех* вопросов, касающихся моего потребителя/работодателя. |  |
| 5. Я буду предоставлять WNYIL *ежегодную* медицинскую справку и результаты анализа на туберкулез и соглашаюсь не работать после окончания срока действия справки. Я понимаю, что если у меня нет страховки от WNYIL или карты Medicaid, я имею право обращаться в бесплатную клинику с разрешением WNYIL для получения медицинской справки и результатов анализа на туберкулез. |  |
| 6. Я получил(а) копию Билля о правах. |  |
| 7. Я понимаю, что не могу начать работать на потребителя/работодателя, пока все мои документы не поступят в WNYIL, включая проверку на наличие судимостей. Сотрудник программы Taking Control свяжется со мной и моим потребителем/работодателем, когда мои документы будут готовы. |  |
| 8. Я свяжусь с WNYIL, если у меня возникнут какие-либо вопросы или сомнения по поводу моей работы. |  |
| 9. Я понимаю, что WNYIL будет финансовым посредником после того, как я начну работать на своего потребителя/работодателя. Для решения вопросов, касающихся оплаты, я обязуюсь звонить в бухгалтерию (доп. 119, 106, 141). |  |
| 10. Я понимаю, что во всех сферах моей работы мой потребитель является моим непосредственным работодателем. |  |
| 11. Я завершил(а) просмотр видео «Предотвращение травм позвоночника при работе в программе Taking Control» и прошел(-ла) тест. |  |
| 12. Я понимаю, что должен(-на) являться на работу вовремя. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13. Я свяжусь с моим работодателем, как только узнаю, что не могу работать, или по крайней мере за час до запланированного времени начала работы, чтобы мой работодатель смог принять другие меры по своему уходу. |  |
| 14. Я понимаю, что отпуск/отгул следует запрашивать за 2 недели до необходимого времени отпуска, условленных встреч и т. д. |  |
| 15. Я буду уважать дом, имущество, образ жизни и личный выбор моего работодателя. |  |
| 16. Меня проинструктировали о безопасности дома, и я понимаю, что в любое время рабочая среда может стать небезопасной либо для моего потребителя/работодателя, либо для меня, и я немедленно сообщу об этом в WNYIL. Я заполню Контрольный список по безопасности дома и подам его в WNYIL в течение 3 рабочих дней. |  |
| 17. Меня проинструктировали о том, как сообщать о любых происшествиях или инцидентах, происходящих во время работы с моим потребителем/работодателем, в течение двадцати четырех (24) часов. |  |

Отредактировано 08/02/2018

Вышеуказанные заявления были рассмотрены со мной одним из сотрудников программы Taking Control.

Личный помощник Дата

Сотрудник программы Taking Control Дата

2.

Программа Taking Control

Ориентированные на потребителя услуги личной помощи

*Член семейства агентств WNY Independent Living Inc...*

3108 Main Street, Buffalo, New York 14214-1384

(716) 836-0822 (телефон/телетайп) ♦ (716) 836-0091 (факс)

www.wnyil.org/cdpas/

**ВИДЕО С ИНСТРУКЦИЯМИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СПИНЫ НА DVD**

Я, закончил(а) просмотр видео программы Taking Control с инструкциями по предотвращению травм спины и понял(а), что я обязан(а) соблюдать все необходимые меры безопасности при работе со своим потребителем/работодателем, чтобы не допустить получение травм.

Имя печатными буквами

Личный помощник (подпись) Дата

WNYIL

*211/14*

**ТЕСТ**

**«ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ ТРАВМ СПИНЫ»**

**ФИО: Дата:**

1. Как называются «подушки» между позвонками?

\_\_\_ Фланцы

\_\_\_ Диски

\_\_\_ Пястные кости

2. Форму какой буквы имеет здоровый позвоночник?

\_\_\_ «L»

\_\_\_ «I»

\_\_\_ «S»

\_\_\_ «J»

3. Верно или не верно... Положение сидя — это одно из самых стрессовых положений, в котором может находиться наше тело?

\_\_\_ Верно

\_\_\_ Не верно

4. Если ваша работа требует, чтобы вы долго стояли на одном месте, вам следует...

\_\_\_ слегка наклониться вперед.

\_\_\_ поставить одну ногу на опору, которая находится на высоте нескольких сантиметров от земли, и менять ногу, которая стоит на ней, примерно каждые полчаса.

\_\_\_ держать обе ноги на полу, расставив их на ширине плеч.

5. Что из нижеперечисленного является способом поддержания естественной S-образно изогнутой спины во время сна?

\_\_\_ Сон на спине с прямыми ногами.

\_\_\_ Сон на боку с согнутыми коленями.

\_\_\_ Сон на мягком, удобном матрасе.

6. Верно или не верно... Когда при переноске предмета необходимо повернуть за угол, сначала следует повернуть корпус, а затем ноги?

\_\_\_ Верно

\_\_\_ Не верно

SMK-043

ОТВЕТЫ НА ТЕСТ

1. Как называются «прокладки» между позвонками?

**Диски**

2. Форму какой буквы имеет здоровый позвоночник?

**«S»**

3. Верно или неверно ... Положение сидя — это одно из самых стрессовых положений, в котором может находиться наше тело?

**Верно**

4. Если ваша работа требует, чтобы вы долго стояли на одном месте, вам следует... слегка наклониться вперед.

**Поставить одну ногу на опору, которая находится на высоте нескольких сантиметров от земли, и менять ногу, которая стоит на ней, примерно каждые полчаса.**

5. Что из нижеперечисленного является способом поддержания естественной S-образно изогнутой спины во время сна?

**Сон на боку с согнутыми коленями.**

6. Верно или не верно... Когда при переноске предмета необходимо повернуть за угол, сначала следует повернуть корпус, а затем ноги?

**Не верно**

**Опрос по инструктажу CDPAS программы Taking Control**

Сегодня я работал(а) с: Дата:

**Имя инструктора**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ваш опыт в WNY Independent Living является нашим индикатором успеха. Пройдите опрос, отметив Да или Нет для каждого утверждения ниже.** | | **ПРОВЕРКА** | |
| **ИНСТРУКТАЖА** | | **ДА** | **НЕТ** |
| **СВОЕВРЕМЕННОСТЬ** | **Я смог(ла) пройти инструктаж в нужную дату** |  |  |
| **ОРГАНИЗОВАННОСТЬ** | **Материал был структурирован и легко читался** |  |  |
| **ЭФФЕКТИВНОСТЬ** | **Инструктаж длился достаточное количество времени** |  |  |
| **УДОБСТВО** | **Офис был приспособлен для этого занятия** |  |  |
| **ТАКТИЧНОСТЬ** | **Сотрудники офиса были вежливы и деликатны** |  |  |
|  | | | |
| **ИНСТРУКТОР** | | **ДА** | **НЕТ** |
|  | **Инструктор был:** |  |  |
| **ОРГАНИЗОВАННОСТЬ** | **Хорошо подготовлен** |  |  |
| **ВНИМАТЕЛЬНОСТЬ** | **Открыт для любых вопросов** |  |  |
| **ПРОФЕССИОНАЛИЗМ** | **Компетентен и способен ответить на все вопросы** |  |  |
| **ВЕЖЛИВОСТЬ** | **Вежлив и деликатен** |  |  |
|  |  |  |  |

**ИМЯ (необязательно):**

**КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (электронная почта/телефон):**

Каждый месяц мы будем доставать одну карточку из нашей коробки удовлетворенности потребителей, и человек, чья карта будет взята, получит подарочный сертификат на 25 $ для местного ресторана, бизнеса или магазина. Заполните карточки и дайте оценку нашей работе. Спасибо.

**Директор программы Taking Control CDPAS:** *Подпись*

Джойс Кристофер

**ГРАФИК ВЫПЛАТ НА 2019 ГОД**

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

**Western New York Independent Living**

716-836-0105 Группа Агентств Факс: 716-836-0091

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

**TAKING CONTROL**

**\*\*\* ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЛИЧНЫМ ПОМОЩНИКОМ \*\*\***

ИМЯ: ДАТА РОЖДЕНИЯ (Д/Р):

АДРЕС:

ПОДПИСЬ: ДАТА:

**\*\* ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ \*\***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Возраст** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Рост** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Вес** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Число дыханий в минуту** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Пульс** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Артериальное давление** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

В СОСТОЯНИИ ИСПОЛНЯТЬ ОБЯЗАННОСТИ ЛИЧНОГО ПОМОЩНИКА? Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_

В СОСТОЯНИИ ПОДНЯТЬ (ПРОВЕРИТЬ ВЕС):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Менее 4,5 кг** |  | **4,5-23 кг** |  | **23-45 кг** |  | **Более 45 кг** |

**ВАКЦИНАЦИЯ/ОСМОТРЫ (если применимо)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Осмотр кожной реакции на пробу Манту** | | | Дата осмотра: |  | | Время осмотра: |  | | Производитель: |  | | Партия №: |  | | Дата окончания срока годности: |  | | Место: Слева/Справа: |  | | Имя провайдера: |  | | Подпись провайдера |  | | **Чтение кожной реакции на пробу Манту** | | | Дата чтения: |  | | Время чтения |  | | Результат: Полож./Отриц. |  | | мм уплотнение |  | | Имя провайдера |  | | Подпись провайдера |  | | □ MD □ NP □ PA □ RN |  |   ТРЕБУЕТСЯ РЕНТГЕН ГРУДНОЙ КЛЕТКИ? Да □ Нет □  СКРИНИНГ ТЕСТА НА ТУБЕРКУЛЕЗ? (Положительный кожный тест + Отрицательный результат рентгена грудной клетки) Да □ Нет□  *ФАКС: (716) 836-0091* | |  |  | | --- | --- | | **РЕВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ MMR (КОРИ-СВИНКИ-КРАСНУХИ)/Вакцинация предоставляется (если применимо)** | | | Назначенная дата: |  | | Партия №: |  | | Имя провайдера |  | | Подпись провайдера |  | | **MMR-титр (если применимо)** | | | Назначенная дата: |  | | Результаты: |  | | Имя провайдера |  | | Подпись провайдера |  |   \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*  Подпись врача:  Дата:  Телефон:   |  | | --- | | **ВРАЧ ДОЛЖЕН ПОСТАВИТЬ ПЕЧАТЬ ДЛЯ ПРОВЕРКИ** | |

Подтверждение соответствия личного помощника

плану корпоративного регулирования WNYIL Inc.,

политике, процедуре и кодексу поведения

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понимаю План корпоративного регулирования WNYIL Inc. (включая, но не ограничиваясь этим, Политику по борьбе с мошенничеством и злоупотреблениями), Кодекс поведения, а также прошел(-ла) обучение и тренинги по применению федеральных законов и законов штата (включая, но не ограничиваясь законами, приведенными в Приложении B к Плану), а также получил(а) объяснение этических норм деловой практики, относящихся к моей деятельности в качестве сотрудника WNYIL Inc.

Я подтверждаю свое намерение действовать в полном соответствии с Корпоративной политикой соответствия и Кодексом поведения. Я понимаю, что при необходимости могу обратиться за советом к соответствующему руководителю и/или главному сотруднику по вопросам соблюдения в отношении соответствующих действий, которые мне, возможно, потребуется предпринять для следования Политике соблюдения и Кодексу поведения.

Дата

Подпись

Имя (печатными буквами)

Должность или роль PCA

Департамент/учреждение CDPAS

CDPA-7/1/19

**WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC.**

**ПЛАН КОРПОРАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ**

**2008-2009**

**(исправлено 6/2019)**

**РУКОВОДИТЕЛЬ ОТДЕЛА КАДРОВ И СПЕЦИАЛИСТ ПО ПРАВОВЫМ ВОПРОСАМ**

Тина Браун

(716) 836-0822, доб. 102

tbrown@wnyil.org

Настоящий документ является сокращенной версией полного плана корпоративного регулирования Western New Independent Living. Он был оптимизирован, и основное внимание в документе было уделено потребителям и личным помощникам, участвующим в контроле Программы личной помощи с учетом потребностей потребителя (CDPAP). Цель состоит в том, чтобы помочь вам понять права и обязанности WNYIL и свои права и обязанности как лица, получающего льготы или выплаты по программам/услугам, финансируемым штатом Нью-Йорк и федеральными фондами Medicaid. Полную бумажную версию Плана можно получить в любом из наших офисов. Кроме того, полная версия Плана регулирования Агентства представлена на сайте www.wnyil.org.

**I. КОНЦЕПЦИЯ И МИССИЯ WESTERN NEW YORK INDEPENDENT LIVING, INC. (WNYIL Inc.)**

**A. Изложение концепции**

Группа агентств Western New York Independent Living, Inc. способствует системным и индивидуальным изменениям, ведущим к улучшению качества жизни людей с ограниченными возможностями, уважает разнообразие и предлагает выбор и альтернативу независимой жизни в наших обществах.

**B. Миссия**

Группа агентств Western New York Independent Living, Inc. является многокультурной организацией по защите гражданских прав простых людей, которая предоставляет полный спектр помощи, программ и услуг для повышения качества жизни всех людей с ограниченными возможностями. плану корпоративного регулирования и советы по вопросам психического здоровья, независимой жизни округа Ниагара и независимой жизни региона Дженеси, их персонал и волонтеры, большинство из которых являются людьми с

ограниченными возможностями, управляют профессиональными и эффективными организациями, создавая возможности для выбора, независимость и участие в жизни сообщества. Устраняя физические и поведенческие барьеры и облегчая доступ к транспорту и связи в нашем сообществе, WNYIL Inc. помогает людям с ограниченными возможностями реализовать свой жизненный выбор с помощью предоставления информации и направлений, самостоятельных жизненных навыков, индивидуальной и системной правовой помощи, равного консультирования, программ расширения прав и возможностей на получение правовой защиты, самозащиты, развития лидерских качеств, поддержки семьи, получения образования и партнерства в сообществе.

**C. Подтверждение равного доступа**

Western New York Independent Living, Inc. обеспечивает равный доступ для всех лиц независимо от их значительной утраты способности как в общении, так и в физическом доступе к услугам, программам, мероприятиям, ресурсам и средствам WNYIL Inc., как из государственных, так и из частных источников.

**D. Заявление о самостоятельном управлении**

Western New York Independent Living, Inc. должна помогать лицам с ограниченными возможностями пользоваться большей свободой и самостоятельно контролировать свою собственную жизнь. Поэтому, когда это возможно, лица, получающие обслуживание, должны оказывать содействие в определении необходимых услуг и предоставлении этих услуг.

Самостоятельное управление потребителей будет поощряться следующим образом:

1. Разработка собственных целей.

2. Руководство предоставлением услуг с использованием собственных возможностей.

3. В любой момент потребители должны самостоятельно защищать свои права.

4. Сотрудники WNYIL Inc. не навязывают свои суждения потребителю.

**E. Декларация равных ассоциаций**

Western New York Independent Living, Inc. будет поддерживать и содействовать разработке равных ролевых моделей и взаимоотношений в них при предоставлении обслуживания лицам с ограниченными возможностями. Это амбициозное стремление будет реализовываться посредством членства в Совете директоров, найма добровольцев, а также продвижения и набора персонала в целях обеспечения WNYIL, Inc. необходимого равного руководства для всех видов деятельности WNYIL, Inc.

**II. ЦЕЛЬ ПЛАНА КОРПОРАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ**

**A. Вступление**

Целью данного Плана корпоративного регулирования является обеспечение сохранения компанией WNYIL Inc. своей положительной репутации и влияния в сообществе посредством улучшения жизни людей в наших сообществах с ограниченными возможностями и предоставлении лучшего доступа и экономически эффективных,

качественных услуг в соответствии с видением и миссией WNYIL Inc., как указано выше или иным образом предписано Советом директоров WNYIL Inc.

WNYIL Inc. обязывает всех, кто связан с организацией, соответствовать самым высоким стандартам. Для достижения этих целей WNYIL Inc. разработала настоящий План корпоративного регулирования.

**B. Миссия**

Руководитель отдела кадров и специалист по правовым вопросам (CHRCO) WNYIL Inc. будет выполнять эту задачу, помогая и консультируя сотрудников, потребителей, агентов и представителей WNYIL Inc., а также помогать обеспечивать соответствие WNYIL Inc. применимым федеральным, государственным и местным законам. В этом качестве CHRCO стремится предоставить четкие руководящие принципы для обучения сотрудников, потребителей, агентов и представителей в отношении применимых законов, нормативных актов, политик и процедур, касающихся соответствия нормам и стандартам.

CHRCO будет стремиться:

1. Продвигать культуру поощрения сотрудников, агентов, потребителей и представителей за добросовестное выполнение своей работы в соответствии со всеми применимыми законами, правилами, политиками и процедурами WNYIL Inc., а также сообщать CHRCO о случаях несоблюдения;

2. Информировать должностных лиц, директоров, членов совета, сотрудников, агентов, потребителей и представителей WNYIL Inc. о юридических рисках определенных методов ведения бизнеса;

3. Поощрять обращение менеджеров WNYIL Inc. за соответствующим советом в отношении деловой практики и осуществление этой деятельности в соответствии с требованиями законодательства и этическими нормами поведения для сотрудников WNYIL Inc. и обеспечивать соблюдение Федеральных директив по назначению наказаний.

Соблюдение корпоративных норм и стандартов — это партнерство, помогающее определить области нормативного риска и снизить риск их несоблюдения. Сотрудники WNYIL Inc. должны быть преданы корпорации и действовать добросовестно, лояльно и осмотрительно в целях обеспечения высоких стандартов творческого лидерства и фискальной ответственности за сотрудничество и взаимодействие с другими людьми, разделяющими ценности WNYIL Inc., при предоставлении программ и услуг людям с ограниченными возможностями, при защите интересов людей, и должны способствовать сохранению и укреплению независимой жизни.

**III. ПЛАН КОРПОРАТИВНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ WNYIL**

**Основные элементы**

План корпоративного регулирования должен включать следующие восемь основных элементов, которые требуют OMIG и OIG:

**A. ЭЛЕМЕНТ № 1: СЛУЖЕБНЫЕ ИНСТРУКЦИИ И ПИСЬМЕННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ**

Настоящий документ, в том числе Приложения A, B и C, а также Руководство по ведомственному надзору WNYIL, должен служить в качестве служебных инструкций и письменных процедур WNYIL.

**B. ЭЛЕМЕНТ № 2: НАЗНАЧЕННЫЙ СОТРУДНИК, ОТВЕТСТВЕННЫЙ ЗА СОБЛЮДЕНИЕ ПЛАНА И ВСЕХ ЕГО ЭЛЕМЕНТОВ**

**1. Ответственный сотрудник**

WNYIL Inc. назначила Тину Браун руководителем отдела кадров и специалистом по правовым вопросам (CHRCO). CHRCO подчиняется непосредственно генеральному директору и подотчетен совету директоров. Этот человек несет ответственность за общую реализацию и функционирование плана корпоративного регулирования.

**2. Другие ответственные лица**

1. Комитет по корпоративному регулированию: Комитет по корпоративному регулированию возглавляет CHRCO. Он состоит из членов совета директоров, отдельных лиц из сообщества, генерального директора WNYIL и отдельных членов группы комплаенс-аудита.

2. Группа комплаенс-аудита: Группа комплаенс-аудита несет ответственность за оказание помощи CHRCO в реализации процесса внутреннего аудита. Она будет отвечать за проверку и обновление протоколов аудита, чтобы гарантировать, что аудиты проводятся единообразно и в соответствии со стандартами, установленными WNYIL Inc. и источниками финансирования.

3. Законный представитель; Во время разработки и реализации Плана регулирования CHRCO обязан сотрудничать с внешними юрисконсультами.

**C. ЭЛЕМЕНТ 3: ПРОГРАММЫ ОБУЧЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ДЛЯ ИНФОРМИРОВАНИЯ СОТРУДНИКОВ И ДРУГИХ ЛИЦ ОБ ИХ ОБЯЗАННОСТЯХ**

CHRCO должен нести общую ответственность за надзор за разработкой и внедрением образовательных, обучающих и коммуникационных программ для обеспечения соответствия Плану корпоративного регулирования со стороны директоров, должностных лиц, членов совета, сотрудников, потребителей, агентов и представителей WNYIL Inc.

**D. ЭЛЕМЕНТ № 4: ОТЧЕТ О КОРПОРАТИВНОМ РЕГУЛИРОВАНИИ**

Под общим руководством CHRCO WNYIL Inc. и каждый директор департамента должны внедрять процессы, обеспечивающие обучение и предоставление инструкций по политике и процедурам WNYIL Inc. в области этики и соблюдения правовых норм, а также для отчетности и расследования вопросов, касающихся ведения бизнеса.

1. Каждый сотрудник обязан своевременно уведомлять своего руководителя о любых нарушениях или предполагаемых нарушениях норм этики и правового поведения. В качестве альтернативы, сотрудник может следовать процедуре отчетности в соответствии с Частью IX Политики соблюдения законодательства по борьбе с мошенничеством и злоупотреблениями, Раздел C, Участие и отчетность сотрудников.

2. Частные лица должны быть проинформированы о том, что в некоторых случаях непредставление отчета о предполагаемом нарушении само по себе может стать основанием для дисциплинарного или иного взыскания.

3. По бесплатному номеру телефона (866) 576-8042 можно получить совет по определенным политикам и процедурам или сообщить о фактических или предполагаемых нарушениях закона или применимых политик и процедур WNYIL Inc.

4. Никто не может быть подвергнут репрессии за добросовестное сообщение о действиях, которые, по его мнению, нарушают закон или установленные стандарты. Участие в любом акте репрессий за любое добросовестное представление информации влечет за собой дисциплинарное взыскание и/или увольнение.

5. **Организационная отчетность:** CHRCO на регулярной основе отчитывается перед генеральным директором о выполнении Плана корпоративного регулирования, не реже раза в квартал отчитывается перед Комитетом по корпоративному регулированию о мероприятиях, проводимых в соответствии с Планом регулирования, и по мере необходимости сообщает о соблюдении правовых и этических норм.

6. **Участие и отчетность сотрудников:** каждый сотрудник WNYIL Inc. несет ответственность за соблюдение применимых законов и нормативных актов и поддержку усилий WNYIL Inc. по обеспечению соответствия правовым нормам. Все сотрудники обязаны сообщать о своем добросовестном предположении о любом нарушении Плана регулирования или применимого законодательства. В соответствии с обязательствами по расследованию ситуаций, касающихся сотрудников, и принятию необходимых корректирующих действий WNYIL Inc. по требованию сотрудника обязан обеспечить максимально возможную при обстоятельствах, определенных в решении WNYIL Inc., анонимность сотруднику(-ам), предоставляющему(-им) информацию. Такое предоставление информации не должно повлечь за собой репрессивное ужесточение условий найма. Сотрудники обязаны сообщать о своем добросовестном предположении о нарушении Плана регулирования или применимых законов следующим образом:

а. В устной или письменной форме своему директору.

b. Используя горячую линию по вопросам правового регулирования: 1-866-576-8042. Если вы хотите скрыть свой номер, наберите сначала \*67, а затем 1-866-576-8042. Ваш номер не будет идентифицирован нашим определителем вызывающего абонента.

с. Отправить жалобу через веб-страницу: www.wnyil.org/corporatecompliance.

d. В устной или письменной форме CHRCO WNYIL Inc. в Western New York Independent Living, Inc.:

Тина Браун, CHRCO

плану корпоративного регулирования

3108 Main Street

Buffalo NY 14214

Телефон: (716) 836-0822 доб. 102

tbrown@wnyil.org

**E. ЭЛЕМЕНТ № 5: ДИСЦИПЛИНАРНАЯ ПОЛИТИКА ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОБРОСОВЕСТНОГО УЧАСТИЯ**

Сотрудники могут быть привлечены к ответственности за неучастие в усилиях WNYIL Inc. по соблюдению нормативных требований, включая, помимо прочего:

1. Невыполнение работником каких-либо обязательств, требуемых от него в отношении соблюдения программы или применимых законов или нормативных актов;

2. Отказ сообщить соответствующему лицу о предполагаемых нарушениях Плана регулирования, применимых законов или нормативных актов; а также

3. Отказ надзорного или управленческого работника внедрять и поддерживать политики и процедуры, разумно необходимые для обеспечения соблюдения условий программы или применимых законов и нормативных актов.

Дисциплинарная ответственность должна соответствовать существующим политикам и процедурам WNYIL Inc.

**F. ЭЛЕМЕНТ № 6: СИСТЕМА СТАНДАРТНОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ ОБЛАСТЕЙ РИСКА НЕСООТВЕТСТВИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ**

**АУДИТ И МОНИТОРИНГ**

CHRCO, консультируясь и работая в тесном сотрудничестве с генеральным директором и ключевыми директорами департаментов, обязан координировать соответствующие внутренние аудиторские проверки и опросы для проверки соблюдения и осведомленности о требованиях Плана корпоративного регулирования и источников финансирования, а также о политиках и процедурах в области этики и соответствия правовым нормам WNYIL Inc.

Проверке Внутренним аудитом подлежит любая деловая активность WNYIL Inc., а также в соответствии с установленными правами на осуществление аудита аффилированные компании, партнерства, совместные предприятия, лицензиаты, подрядчики, поставщики, дистрибьюторы, третьи стороны или другие операции.

**G. ЭЛЕМЕНТ № 7: СИСТЕМА РЕАГИРОВАНИЯ НА КОМПЛАЕНС-РИСКИ**

Целью данной политики является установление процедур, которые будут использоваться Western New York Independent Living, Inc. (WNYIL Inc.) для реагирования на сообщения сотрудников или других лиц о том, что бизнес-единица или отдельные лица, нанятые бизнес-единицей или потребителями, участвующими в программе, участвуют в деятельности, которая может нарушить стандарты, описанные в Плане корпоративного регулирования, и которые могут противоречить применимым законам или правилам Medicaid или о том, что такие лица или подразделения могут подавать претензии способом, который не соответствует требованиям программы Medicaid.

1. Расследование

а. Цель расследования:

Целью расследования должно быть следующее:

1. Определение тех ситуаций, в которых законы, правила и стандарты программы Medicaid могут не соблюдаться.

2. Выявление лиц, которые могли сознательно или по неосторожности стать причиной подачи или обработки претензий в манере, нарушающей законы, правила или стандарты Medicaid.

3. Содействие исправлению любых практик, не соответствующих законам, правилам и стандартам Medicaid.

4. Реализация этих процедур, необходимых для обеспечения соблюдения правовых норм в будущем.

5. Защита WNYIL Inc. в случае гражданских или уголовно-исполнительных действий.

6. Сохранение и защита активов WNYIL Inc.

b. Контроль расследований:

Все отчеты, полученные сотрудниками Агентства, должны быть направлены CHRCO WNYIL Inc. CHRCO компании WNYIL Inc. или назначенное им лицо обязано провести соответствующие следственные действия, используя любые внутренние и внешние ресурсы, которые будут сочтены целесообразными.

с. Следственный процесс:

Расследование должно быть начато после получения сообщения с любой жалобой или другой информацией (включая результаты аудита), предполагающей существование модели поведения, нарушающей политику соблюдения законов или применимые законы или правила. При необходимости

будет проведено полное расследование и предприняты все соответствующие последующие действия, включая предоставление отчетов сторонним организациям.

**плану корпоративного регулирования WNYIL Inc.**

Возможные преступные действия: В случае обнаружения компанией WNYIL Inc. преступных действий со стороны какого-либо сотрудника или подразделения она должна предпринять следующие шаги:

Если преступные действия продолжаются, информация будет предоставлена Генеральному прокурору штата Нью-Йорк.

В случае участия в преступных действиях Medicaid информация будет предоставлена Главному инспектору Medicaid офиса штата Нью-Йорк.

В случае участия в преступных действиях Управления по проблемам людей с нарушениями развития информация будет предоставлена этому Управлению.

В случае участия в преступных действиях Центра правосудия информация будет предоставлена этому Центру.

В случае участия в преступных действиях Департамента образования штата Нью-Йорк информация будет предоставлена ACCES-VR.

При необходимости возможно обращение в другие инстанции.

WNYIL обязан инициировать соответствующие дисциплинарные меры в отношении лица или лиц, поведение которых было преднамеренным, умышленно безразличным или совершено с грубым пренебрежением правил Medicaid и других программных законов и положений. В случае обнаружения намерения потребителей участвовать в преднамеренном, умышленно равнодушном или халатном игнорировании правил Medicaid и программных законов и нормативных актов, они больше не смогут получать услуги от WNYIL.

Другое несоответствие. Если в ходе расследования выявляются счета или другие проблемы, которые не являются результатом преднамеренного, умышленного, безразличного поведения или халатного игнорирования законов и положений соответствующей программы, WNYIL Inc., тем не менее, обязан предпринять следующие шаги:

а. Неправомерные платежи. Если в результате проблемы возникают дублирующие платежи от источника финансирования или платежи за услуги, которые не были выполнены или оказаны, помимо заявленных, он должен:

i. Незамедлительно исправить неверную практику или процедуру.

ii. Рассчитать и вернуть соответствующему государственному органу дублирующие платежи или неправомерные платежи, осуществленные в результате действия или бездействия.

iii. Инициировать дисциплинарные меры, если таковые имеются, которые могут быть уместны с учетом фактов и обстоятельств. Соответствующие дисциплинарные меры могут включать следующие, но не ограничиваются ими: выговор, понижение в должности, отстранение от должности и увольнение.

iv. Оперативно организовать программу обучения в соответствующем бизнес-подразделении, чтобы предотвратить возникновение подобных проблем в будущем.

b. Нет неправомерного платежа. Если проблема приводит или не приводит к излишне уплаченной сумме программой, WNYIL Inc. обязуется:

i. Незамедлительно исправить дефектную практику или процедуру.

ii. Инициировать дисциплинарные меры, если таковые имеются, которые могут быть уместны с учетом фактов и обстоятельств. Соответствующие дисциплинарные меры могут включать, но не ограничиваются следующим: выговор, понижение в должности, отстранение от должности и увольнение.

iii. Оперативно организовать программу обучения в соответствующем бизнес-подразделении, чтобы предотвратить возникновение подобной проблемы в будущем.

**H. ЭЛЕМЕНТ № 8: ПОЛИТИКА ЗАЩИТЫ СОТРУДНИКОВ ОТ ПРЕСЛЕДОВАНИЯ И УГРОЗ ЗА СООБЩЕНИЕ О НЕПРАВОМЕРНЫХ ДЕЙСТВИЯХ**

WNYIL требует, чтобы его директора, должностные лица, сотрудники и волонтеры (каждый из которых является «Неприкосновенным лицом») соблюдали высокие стандарты деловой и личной этики при исполнении своих обязанностей от имени Агентства. От сотрудников и представителей Агентства ожидается, что Неприкосновенные лица будут честно и добросовестно исполнять свои обязанности и соблюдать все применимые законы и правила.

Цели настоящей Политики защиты лиц, совершающих служебные разоблачения, заключаются в поощрении и предоставлении возможности Неприкосновенным лицам, не опасаясь мести, выражать обеспокоенность по поводу предполагаемого неэтичного и/или незаконного поведения или практики на конфиденциальной и, при желании, анонимной основе, чтобы Агентство могло принять меры и скорректировать ненадлежащее поведение и действия.

**Ответственность за передачу информации**

Все Неприкосновенные лица обязаны добросовестно сообщать о любой обеспокоенности, возникающей в связи с фактической или предполагаемой деятельностью, которая может быть незаконной или может нарушать политику Агентства. К такой деятельности относятся, среди прочего, мошенничество, кражи, растраты, нарушения бухгалтерского учета или аудита, взяточничество, откаты и ненадлежащее использование активов Агентства, а также любые нарушения или предполагаемые нарушения высоких деловых и личных этических стандартов в той мере, в какой такие стандарты относятся к Агентству (каждое из которых представляет собой «Ситуацию, вызывающую обеспокоенность») в соответствии с настоящей Политикой защиты лиц, совершающих служебные разоблачения.

**Защита от преследований**

Неприкосновенное лицо, добросовестно сообщающее о Ситуации, вызывающей обеспокоенность, не должно из-за такого сообщения подвергаться угрозам, преследованию, мести, дискриминации или неблагоприятным последствиям на работе. Информация, содержащаяся в данном документе, не подразумевает предоставление любому Неприкосновенному лицу каких-либо дополнительных прав или оснований для действий, кроме тех, которые предусмотрены законом.

**Уведомление о Ситуациях, вызывающих беспокойство**

В случае возникновения какой-либо Ситуации, вызывающей обеспокоенность, необходимо в кратчайшие сроки проинформировать Председателя Комитета по регулированию Агентства («CHRCO»). Любой вопрос, касающийся объема и содержания, толкования или действия настоящей Политики защиты уведомляющих о подозрениях в совершении неправомерного действия, также должен направляться CHRCO.

**Специалист по правовым вопросам**

CHRCO отвечает за расследование и решение всех заявленных проблем и информирует Комитет по регулированию обо всех заявленных поводах для беспокойства. CHRCO или его уполномоченные лица должны отчитываться перед Советом директоров на каждом плановом заседании Правления о деятельности по регулированию.

**Расследования**

CHRCO может делегировать ответственность за расследование ситуации, вызывающей обеспокоенность, будь то проблема бухгалтерского учета или иная ситуация, одному или нескольким сотрудникам Агентства или любому другому лицу, включая лиц, не нанятых агентством, выбранных CHRCO; при условии, что CHRCO не может делегировать такую ответственность работнику или другому лицу, фигурирующему в сообщении о проблеме, или таким образом, что это может поставить под угрозу либо личность сотрудника, который сообщил о проблеме анонимно, либо конфиденциальность жалобы или последующее расследование. Сотрудники и потребители должны сотрудничать со следствием.

**Добросовестность действий**

Любое лицо, сообщающее о Ситуации, вызывающей обеспокоенность, должно действовать добросовестно и иметь разумные основания полагать, что раскрытая информация может указывать на нарушение закона и/или этических норм. Любые обвинения, которые окажутся злоумышленными или заведомо ложными, будут рассматриваться как серьезное дисциплинарное нарушение.

**Конфиденциальность**

Агентство серьезно относится к своей ответственности за обеспечение соблюдения настоящей Политики защиты уведомляющих о подозрениях в совершении неправомерного действия, и поэтому рекомендует любому лицу, сообщившему о проблеме, указывать свои личные данные, чтобы облегчить любое последующее расследование. Несмотря на вышесказанное, сообщая о проблеме, неприкосновенное

лицо может потребовать, чтобы такой отчет был конфиденциальным (включая разумные меры Агентства по обеспечению анонимности личности сообщающего лица). О ситуациях, вызывающих обеспокоенность, также можно сообщать анонимно. Сообщения о ситуациях, вызывающих обеспокоенность, будут храниться максимально конфиденциально в соответствии с необходимостью проведения адекватного расследования.

**Обработка зарегистрированных сообщений с информацией о ситуациях, вызывающих обеспокоенность**

CHRCO обязан подтверждать получение каждого отчета с информацией о ситуации, вызывающей озабоченность, в течение пяти рабочих дней, но только если будет указана личная информация сообщающего лица или обратный адрес. Все сообщения подлежат оперативному расследованию. Определение масштаба любого расследования находится на усмотрении Комитета по регулированию. Соответствующие корректирующие действия будут предприняты в случае их обоснованности расследованием.

**Документация**

Комитет по регулированию обязан хранить на основе строгой конфиденциальности в течение семи лет (или иным образом, как того требует политика хранения документации Агентства) все записи, касающиеся любой ситуации, вызывающей обеспокоенность, а также расследования и ее разрешения. Все такие записи являются конфиденциальными для Агентства. Данные записи считаются «особыми» и не подлежат разглашению.

**НЕКОТОРЫЕ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ И ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ЗАКОНЫ**

**I. МОШЕННИЧЕСТВО И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ЗАКОНАМИ**

**A. Федеральные законы**

**Закон о неправомерных претензиях (31 USC §§3729-3733)**

Закон о неправомерных претензиях («FCA») в соответствующей части предусматривает следующее:

Любое лицо, которое (1) сознательно представляет или заставляет представить должностному лицу или сотруднику правительства Соединенных Штатов ... ложное или мошенническое требование об оплате или подтверждении; (2) сознательно создает, использует или вызывает создание или использование ложной записи или заявления с целью получения ложного или мошеннического требования, оплаченного или одобренного Правительством; (3) совершает мошенничество с целью обмана правительства путем получения ложного или мошеннического требования, оплаченного или одобренного правительством ... или (7) сознательно создает, использует или мотивирует, чтобы сделать или использовать ложную информацию или заявление, чтобы скрыть, избежать или уменьшить обязательство по выплате или передаче денег или имущества правительству, которое несет ответственность перед правительством Соединенных Штатов в виде административного штрафа в размере 10

781,40 $, но не более 21 562,80 $ плюс 3-кратный размер ущерба, причиненного правительству в результате действия этого лица.

Для целей данного раздела термины «знать» и «сознательно» означают, что лицо (1) имеет фактическое знание информации, (2) действует с обдуманным непринятием во внимание истинности или ложности информации; или (3) действует с опрометчивым пренебрежением в отношении правдивости или ложности информации, при этом не требуется никаких доказательств конкретного намерения обмануть (31 USC §3729). Закон о неправомерных претензиях налагает ответственность на любое лицо, подающее претензию в федеральное правительство, которая, как он или она знает (или должен знать), является неправомерной. Закон о неправомерных претензиях также налагает ответственность на лицо, сознательно представляющее фальшивую информацию для получения платежей от правительства. Третья область ответственности включает те случаи, когда кто-либо получает деньги от федерального правительства, на которые он не имеет права, и использует ложные заявления или записи, чтобы удержать деньги. FCA предусматривает, что частные стороны могут подать иск от имени Соединенных Штатов. Такое лицо, известное как «заявитель qui tam», может получить вознаграждение в виде части взыскания, наложенного на виновную сторону, от иска или урегулирования FCA.

Административные средства защиты от неправомерных претензий (31 USC Глава 38. §§ 3801-3812). Этот закон допускает административные взыскания федеральными агентствами. Если лицо предъявляет претензию, которая, как известно, является ложной или содержит ложную информацию, или опускает существенную информацию, то агентство, получающее претензию, может наложить штраф в размере до 5000 $ за каждую претензию плюс сумму, равную двойной сумме требования.

**B. Законы штата Нью-Йорк**

**Закон о неправомерных претензиях штата Нью-Йорк (Закон о финансировании на уровне штата, §§187-194)**

Закон штата Нью-Йорк о неправомерных требованиях аналогичен федеральному закону о ложных требованиях. Он налагает штрафы и взыскания на физических и юридических лиц, которые подают ложные или мошеннические требования о выплате от любого штата или местного правительства, включая программы здравоохранения, такие как Medicaid. Штраф за подачу ложной претензии составляет от 10 781,40 $ до 21 562,80 $ за претензию, а возмещаемый ущерб в два-три раза превышает сумму неправомерно полученной суммы. Кроме того, сторона, которая подает неправомерную претензию, возможно, должна будет оплатить судебные издержки правительства. Частные лица могут подавать иски в суд штата от имени сторон штата или местных органов власти. Если в результате судебного разбирательства сторона, подавшая ложное требование, получит предписание вернуть средства правительству, лицо, инициировавшее дело, сможет получить 25-30% этой суммы, если правительство не участвовало в судебном процессе, или 15-25%, если правительство участвовало.

**Закон о предоставлении социальных услуг §145-b: Ложные заявления**

Нарушением этого закона является намеренное получение или попытка получения оплаты за товары или услуги, предоставляемые в рамках любой программы

предоставления социальных услуг, включая Medicaid, путем использования ложного заявления, преднамеренного сокрытия или другой мошеннической схемы или другого способа. Штат, местные районные социальные службы и министерство здравоохранения могут взыскать неправильно уплаченные суммы и наложить штрафы и пени.

**Закон о предоставлении социальных услуг §145-c: Санкции**

Закон предусматривает санкции, которые налагаются на лицо, подающее заявку или получающее государственную помощь, включая Medicaid, путем преднамеренного ложного или вводящего в заблуждение заявления.

**Закон о предоставлении социальных услуг §145: Штрафы**

Любое лицо, подающее ложные заявления или намеренно скрывающее существенную информацию для получения государственной помощи, включая Medicaid, является виновным в совершении правонарушения.

**Закон о предоставлении социальных услуг §366-b: Штрафы за мошеннические действия**

Любое лицо, которое получает или пытается получить для себя или других лиц медицинскую помощь посредством ложного заявления, сокрытия существенных фактов, подмены или других мошеннических действий, является виновным в совершении правонарушения.

Любое лицо, которое с целью обмана представляет для оплаты любую ложную или мошенническую претензию в отношении предоставления услуг, сознательно представляет ложную информацию для получения большей компенсации по программе Medicaid или сознательно представляет ложную информацию для получения разрешения на предоставление товаров или услуг, является виновным в совершении правонарушения.

**Уголовное право, Статья 155, Незаконное присвоение имущества**

Незаконное присвоение имущества совершается лицом, которое, имея намерение лишить другого его имущества, получает, забирает или удерживает имущество посредством ухищрения, растраты, лживого притворства, ложного обещания, в том числе схемы обмана или другого подобного поведения. Незаконное присвоение имущества было изменено в некоторых случаях мошенничества с Medicaid.

**Уголовное право, Статья 175, Ложные письменные заявления**

Этот закон устанавливает уголовное наказание за фальсификацию деловой документации и предоставление поддельных документов государственному органу.

**Уголовное право, Статья 176. Страховое мошенничество**

Этот закон устанавливает уголовное наказание за мошенничество при страховании, включая ложные требования к Medicaid и другим медицинским страховым компаниям.

**Уголовное право, Статья 177. Мошенничество в сфере здравоохранения**

Этот закон устанавливает уголовную ответственность за мошеннические требования по оплате медицинского страхования, включая Medicaid.

**II. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ЗАЩИТЫ ЛИЦ, СОВЕРШАЮЩИХ СЛУЖЕБНЫЕ РАЗОБЛАЧЕНИЯ**

**Федеральный закон о неправомерных претензиях (31 U.S.C. §3730(h)**

FCA предоставляет защиту заявителям, сообщившим о преступлении (qui tam), которых увольняют, понижают в должности, отстраняют от работы, угрожают, преследуют или

каким-либо иным образом подвергают дискриминации на работе в результате их действия в рамках FCA. Средства правовой защиты включают: восстановление с аналогичным стажем работы, который был бы у заявителя qui tam, если бы не дискриминация, двукратную сумму любой просроченной выплаты, проценты за любую просроченную выплату и компенсацию за любой особый ущерб, понесенный в результате дискриминации, включая судебные издержки и разумные гонорары адвоката.

**Закон о неправомерных претензиях штата Нью-Йорк (Закон о финансировании на уровне штата §191)**

Закон о неправомерных претензиях также обеспечивает защиту заявителям qui tam, которых увольняют, понижают в должности, отстраняют от должности, угрожают, преследуют или каким-либо иным образом подвергают дискриминации на работе по причине их действия в соответствии с Законом. Средства правовой защиты включают: восстановление с аналогичным стажем работы, который был бы у заявителя qui tam, если бы не дискриминация, двукратную сумму любой просроченной выплаты, проценты за любую просроченную выплату и компенсацию за любой особый ущерб, понесенный в результате дискриминации, включая судебные издержки и разумные гонорары адвоката.

**Нью-Йоркский закон о труде §740**

Работодатель не вправе предпринимать какие-либо ответные действия в отношении сотрудника, если тот раскрывает информацию о политике, практике или действиях работодателя регулирующему, правоохранительному или иному аналогичному агентству или государственному должностному лицу. Защищенные разоблачения — это разоблачения, которые утверждают, что работодатель нарушает закон, что создает существенную и конкретную опасность для здоровья и безопасности населения, или представляет собой мошенничество в сфере здравоохранения в соответствии с Уголовным законом §177 (умышленное, с намерением обмануть, выставление требования на оплату, которое намеренно содержит ложную информацию или упущения). Разоблачение сотрудника защищено только в том случае, если сотрудник сначала поднял вопрос перед руководителем и предоставил работодателю разумную возможность исправить предполагаемое нарушение. Если работодатель предпринимает ответные меры против сотрудника, то тот может обратиться в суд штата с требованием восстановления на прежней или аналогичной должности, возврата любой потерянной заработной платы и пособий, а также возмещения гонораров адвоката. Если работодатель является поставщиком медицинских услуг и суд считает, что ответные действия работодателя были недобросовестными, он может наложить на работодателя административное взыскание в размере 10 000$.

**Трудовое законодательство штата Нью-Йорк §741**

Работодатель в сфере здравоохранения не должен предпринимать какие-либо ответные меры в отношении сотрудника, если тот раскрывает определенную информацию о политике, практике или действиях работодателя регулирующему, правоохранительному или иному аналогичному агентству или государственному должностному лицу. Защищенные разоблачения — это разоблачения, утверждающие на принципе добросовестности, что сотрудник считает качество обслуживания пациентов ненадлежащим. Раскрытие информации работодателем защищено только в том случае, если работник сначала поставил вопрос перед руководителем и

предоставил работодателю разумную возможность исправить предполагаемое нарушение, если только общественности или пациенту не угрожает опасность, а работник добросовестно полагает, что информирование руководителя не приведет к корректирующим действиям. Если работодатель предпринимает ответные меры против сотрудника, то тот может обратиться в суд штата с требованием восстановления на прежней или аналогичной должности, возврата любой потерянной заработной платы и пособий, а также возмещения гонораров адвоката. Если работодатель является поставщиком медицинских услуг и суд посчитает, что ответные действия работодателя были злонамеренными, он может наложить на работодателя административное взыскание в размере 10 000 $.