

## Homecare Worker (HCW) Provider Enrollment Application and Agreement

<b>Homecare Worker (HCW) Provider Enrollment Application and Agreement</b>	<b>Заявление на участие в программе в качестве работника надомного обслуживания (HCW) и договор</b>
This Homecare Worker (HCW) Medicaid Provider Enrollment Application and Agreement explains how to do the following	В этом заявлении и договоре относительно регистрации поставщика услуг в рамках программы Medicaid для работников надомного обслуживания (HCW) объясняется, как выполнить следующее
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enroll as a provider with the Oregon Department of Human Services (ODHS) Aging and People with Disabilities (APD) Program and set out HCW compliance obligations</li> </ul>	Зарегистрироваться в качестве поставщика услуг в программе поддержки пожилых и лиц с ограниченными возможностями (APD), находящейся в ведении Департамента социального обеспечения штата Орегон (ODHS), и установить обязательства по выполнению требований работником HCW
<ul style="list-style-type: none"> <li>Update enrollment information, and</li> </ul>	Обновить информацию при регистрации и
<ul style="list-style-type: none"> <li>Receive a provider number.</li> </ul>	Получить свой номер поставщика услуг
Note: Providers must have a provider number to be paid for providing services to Medicaid-eligible individuals in Oregon. Federal Medicaid and state funds pay for these services.	Примечание: Поставщики услуг должны иметь номер поставщика для того, чтобы получать оплату за предоставленные услуги лицам, имеющим право на участие в программе Medicaid в штате Орегон. Оплата услуг осуществляется из средств федеральной программы Medicaid и бюджета штата.
You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer. Contact APD Provider Relations Unit at 800-241-3013 or email HCW.Enrollment@dhsosha.state.or.us. We accept all relay calls or you can dial 711.	Вы можете получить этот документ на других языках, набранный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в любом другом формате, который вы предпочитаете. Свяжитесь с Отделом по связям с поставщиками услуг Службы поддержки пожилых и лиц с ограниченными возможностями по телефону 800-241-3013 или по электронной почте HCW.Enrollment@dhsosha.state.or.us. Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи или вы можете набрать 711.
<b>Provider name</b>	<b>Имя, фамилия (название) поставщика услуг</b>
Your full legal name	Укажите своё полное имя согласно

	документам
(as listed on your current Social Security card, including suffix after first name, such as Jr.)	(как указано в вашей действительной карточке социального страхования, включая суффикс после имени, например мл.(Jr.):
First	Имя
Middle initial	Инициал отчества:
Last	Фамилия
Aliases or other names used	Псевдоним или другие используемые имена
First	Имя
Middle initial	Инициал отчества:
Last	Фамилия
First	Имя
Middle initial	Инициал отчества:
Last	Фамилия
<b>Provider type requested (mark all that apply)</b>	<b>Запрашиваемый вид поставщика услуг (отметьте все, что применимо)</b>
New HCW enrollment (73-737)	Новая регистрация работника HCW (73-737)
HCW provider number renewal	Продление срока действия номера поставщика услуг на дому (HCW)
Provider number	Номер обслуживающего лица
HCW re-enrollment (if provider number has been closed longer than 30 days)	Повторная регистрация работника HCW (если номер поставщика услуг был закрыт более 30 дней)
Provider number	Номер обслуживающего лица
HCW name change	Изменение имени работника HCW
Provider number	Номер обслуживающего лица
Branch number	Номер отделения
Providers must disclose their Social Security number (SSN). SSNs are required	Поставщики услуг должны предоставлять свой номер социального страхования (SSN). Предоставление номеров SSN обязательно
<ul style="list-style-type: none"> <li>To establish your identity [per 42 USC 405(c)(2)(C)(i)]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Для установления вашей личности [согласно разделу 42 Кодекса USC 405(c)(2)(C)(i)]</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>To verify you are not excluded from being a provider [per 42 CFR 455.104 and 455.436], and</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Для того, чтобы убедиться, что вы не лишены права быть поставщиком услуг [в соответствии с разделом 42 Свода федеральных правил (CFR) 455.104 и 455.436], и</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>To report tax information [per 26 CFR 301.6109-1]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Для того, чтобы сообщить налоговую информацию [в соответствии с разделом 26 Свода федеральных правил (CFR) 301.6109-1]</li> </ul>
DHS may report information to the Internal Revenue Service (IRS) and the Oregon Department of Revenue under the name and Social Security number (SSN) provided below.	Департамент DHS может передавать информацию в Налоговое управление США (IRS) и в Департамент штата Орегон по налогам и сборам, используя имя, фамилию и номер SSN, указанные ниже.
Do you consent to entering your SSN into ORCHARDS (background check system) to link	Даете ли вы согласие на ввод вашего номера SSN в систему ORCHARDS (система

to previous background check approvals?	проверки биографических данных) для ссылки на предыдущие утверждения проверки биографических данных?
Yes	Да
No	Нет
<b>Do not leave any area of this section blank. If the form is not complete, your application will be denied.</b>	<b>Не оставляйте ни одну область этого раздела пустой. Если формуляр не заполнен, ваше заявление будет отклонено.</b>
Street address	Адрес (улица, дом)
City	Город
State	Штат
ZIP code (+4)	Почтовый индекс (+ 4 дополнительные цифры)
County	Округ
Mailing address (if different from above)	Почтовый адрес (если отличается от указанного выше)
City	Город
State	Штат
ZIP code (+4)	Почтовый индекс (+ 4 дополнительные цифры)
County	Округ
Date of birth	Дата рождения
SSN	Номер SSN
Phone number	Номер телефона
Email address	Адрес электронной почты
Have you been terminated or excluded from participation as a provider in Medicare or any state Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP) program?	Было ли прекращено ваше участие или были ли вы отстранены от участия в качестве поставщика услуг в программе, находящейся в ведении программы Medicare, или любой другой программе Medicaid, находящейся в ведении штата, или программе медицинского страхования детей (CHIP)?
Yes	Да
No	Нет
Do you now have or have you ever had any other state Medicaid, Medicare or other ODHS, Oregon Health Authority (OHA), APD, Office of Developmental Disabilities Services (ODDS) or OHA Health Systems Division (OHA-HSD) provider numbers?	Есть ли у вас сейчас или были ли у вас когда-либо другие номера поставщиков услуг другой программы штата, находящейся в ведении программы Medicaid, программы Medicare или других программ департамента ODHS, Управления здравоохранения штата Орегон (OHA), Службы поддержки пожилых и лиц с ограниченными возможностями (APD), Отдела обслуживания лиц с нарушениями развития (ODDS) или Отдела систем здравоохранения управления OHA (OHA-HSD)?
Yes	Да

No	Нет
If yes, list provider number(s) here	Если да, укажите номер(-а) поставщика(-ов) здесь
Have you lived outside of the state of Oregon within the last five years?	Проживали ли вы за пределами штата Орегон в течение последних пяти лет?
Yes	Да
No	Нет
If yes, enter information in table below	Если да, введите информацию в таблицу ниже
Year	Год
Start	Начало
End	Конец
City	Город
State	Штат
Country	Страна
Name(s) used at this residence	Имя (имена), используемые в этом учреждении
<b>Gender identity</b> — How do you identify? (Check all that apply.)	<b>Гендерная идентичность</b> — как вы идентифицируете себя? (Отметьте все, что применимо)
Woman	Женщина
Man	Мужчина
Non-binary, agender, gender non-conforming or another gender identity	Лицо неопределенного пола, гендерно неконформный или другого пола
Prefer not to disclose	Предпочитаю не разглашать
Do you consider yourself transgender?	Считаете ли вы себя трансгендером?
Yes	Да
No	Нет
Prefer not to disclose	Предпочитаю не разглашать
<b>Language</b>	<b>Язык</b>
What languages, including American Sign Language, do you speak? (Choose all that apply.)	На каких языках, включая язык жестов, вы говорите? (Выберите все, что применимо.)
I speak [Choose language]	Я говорю на [выберите язык]
and also speak [Choose language].	и также говорю на [выберите язык].
I speak another language (enter language here)	Я говорю на другом языке (укажите язык здесь)
What languages do you read? (Choose all that apply.)	На каком языке вы читаете? (Выберите все, что применимо.)
I read [Choose language]	Я читаю на [выберите язык]
and also read [Choose language] .	и также читаю на [выберите язык] .
I read another language (enter language here)	Я читаю на другом языке (укажите язык здесь)
<b>Race and ethnicity</b> — How do you identify? (Check all that apply.)	<b>Расовая и этническая принадлежность</b> — как вы определяете свою расовую и этническую принадлежность? (Отметьте все, что применимо.)

African	Африканец
American Indian/Alaska Native	Американский индеец/коренной житель Аляски
Arab, Middle Eastern	Араб, выходец из стран Ближнего Востока
Asian	Азиат
Black/African American	Чернокожий/афроамериканец
Latino/Latina/Latinx	Латиноамериканец/латиноамериканка/лицо латиноамериканского происхождения
More than one race	Представитель более одной расы
Native Hawaiian or Pacific Islander	Коренной житель Гавайских островов или житель Тихоокеанских островов
White	Европеец
Other	Другое
Prefer not to disclose	Предпочитаю не разглашать
<b>THIS SECTION INTENTIONALLY BLANK</b>	<b>ЭТОТ РАЗДЕЛ НАМЕРЕННО ОСТАВЛЕН НЕЗАПОЛНЕННЫМ</b>
<b>Homecare worker (HCW) provider enrollment agreement</b>	<b>Договор о регистрации работника домашнего обслуживания (HCW)</b>
<p>This HCW Provider Enrollment Application and Agreement (<i>referred to as Agreement</i>) describes the relationship between the state of Oregon, Oregon Department of Human Services (ODHS), Aging and People with Disabilities (APD), Oregon Health Authority (OHA) and the provider regarding payment by ODHS or entities funded and authorized by ODHS to pay for prior-authorized, publicly-funded in-home services provided to an eligible consumer-employer by an HCW.</p>	<p>Это заявление и соглашение о регистрации поставщика домашнего обслуживания HCW (<i>именуемое договором</i>) описывает отношения между штатом Орегон, Департаментом социального обеспечения штата Орегон (ODHS), Отделом обслуживания пожилых и лиц с ограниченными возможностями (APD), Управлением здравоохранения штата Орегон (OHA) и поставщиком услуг в отношении оплаты департаментом ODHS или организациями, финансируемыми и уполномоченными департаментом ODHS оплачивать предварительно разрешенные, финансируемые услуги, предоставляемые на дому работником HCW соответствующему потребителю-работодателю.</p>
<p><b>Please review this Agreement carefully before signing. It outlines your obligations as a Medicaid provider in Oregon. Failure to follow this Agreement and obligations may result in the termination of your provider number and enrollment or other consequences.</b></p>	<p><b>Пожалуйста, внимательно изучите условия настоящего договора, прежде чем подписать его. В нем перечислены ваши обязанности в качестве поставщика услуг программы Medicaid в штате Орегон. Несоблюдение настоящего договора и обязательств может привести к прекращению срока действия вашего номера поставщика услуг и регистрации или другим последствиям.</b></p>

Compliance with applicable laws	Соблюдение применимых законов
Provider understands and agrees that:	Поставщик услуг понимает и соглашается со следующим:
<p>A. Provider shall comply with federal, state and local laws and regulations related to items and services under this Agreement. This includes but is not limited to Oregon Administrative Rules (OAR) 407-120-0325 (<i>compliance with federal and state statutes</i>).</p>	<p>Поставщик услуг обязан соблюдать федеральные, местные законы и правила, а также законы и правила штата, касающиеся товаров и услуг в рамках настоящего договора. Они включают в себя, но не ограничиваются Административными правилами штата Орегон (OAR) 407-120-0325 (<i>соответствие федеральным законам и законам штата</i>).</p>
<p>B. If a court decides any term or provision of this Agreement is illegal or in conflict with any law, this Agreement's remaining terms and provisions shall remain in effect. The rights and obligations of the parties shall be construed and enforced as if the Agreement did not contain the particular term or provision held to be invalid.</p>	<p>Если суд решит, что какое-либо условие или положение настоящего договора является незаконным или противоречит какому-либо закону, остальные условия и положения настоящего договора остаются в силе. Права и обязанности сторон договора должны толковаться и приводиться в исполнение таким образом, как если бы в договоре не было указано условия или положения, признанного недействительным.</p>
<p>C. Failure to comply with the terms of this Agreement or any applicable ODHS rules may result in termination or deactivation of provider's provider number. Provider may have appeal rights per OAR 411-031-0050 (Homecare workers enrolled in the Consumer- Employed Provider Program). Provider is a mandatory reporter per ORS 419B.005 to 419B.050 and ORS 124.050 to 124.095. Provider is required 24-hours per day, seven days per week to report abuse or suspected abuse of:</p>	<p>Несоблюдение условий настоящего договора или любых применимых правил департамента ODHS может привести к прекращению или деактивации номера поставщика услуг. Поставщик услуг может иметь право на апелляцию в соответствии с правилом OAR 411-031-0050 (Работники домашнего обслуживания, участвующие в Программе поставщиков услуг, нанятых на работу их потребителем). Согласно статьям свода законов ORS с 419B.005 по 419B.050 и с 124.050 по 124.095 поставщик услуг является обязательным уведомителем. Поставщик услуг обязан 24 часа в сутки, семь дней в неделю быть готовым сообщать о ненадлежащем обращении или подозрениях в ненадлежащем обращении:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A child,</li> </ul>	с ребёнком;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• An older adult,</li> </ul>	с лицом преклонного возраста;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A resident of a nursing facility,</li> </ul>	с лицом, проживающим в медицинском учреждении; или

or	
<ul style="list-style-type: none"> <li>An individual receiving mental health or intellectual/developmental disability services.</li> </ul>	с отдельным лицом, получающим услуги в области психического здоровья или нарушений в области интеллектуального/физического развития.
Failure to report abuse or suspected abuse is punishable by law and may result in the termination of the provider's enrollment.	Непредставление уведомления о ненадлежащем обращении или подозрениях в ненадлежащем обращении карается законом и может привести к прекращению регистрации в качестве поставщика услуг.
D. If provider provides service-related transportation services or travels directly between consumers' homes in the same day, provider must have and maintain a valid driver's license and automobile insurance coverage, as required by law. Provider is required to give ODHS proof of automobile insurance coverage every six months, or sooner if coverage renews. Provider understands service-related transportation or travel time will not be authorized or paid if provider does not have a valid driver's license and automobile insurance.	Если поставщик услуг предоставляет транспортные услуги, связанные с обслуживанием, или ездит непосредственно от одного дома потребителя к другому в один и тот же день, поставщик услуг должен иметь и следить за тем, чтобы у него были всегда действительное водительское удостоверение и автомобильное страхование, как того требует закон. Поставщик услуг обязан предоставлять в департамент ODHS подтверждение страхового обеспечения автомобиля каждые шесть месяцев или раньше, если продляется срок действия страхового обеспечения. Поставщик понимает, что перевозка или время в пути, связанные с обслуживанием, не будут разрешены или оплачены, если у поставщика услуг нет действительных водительских прав и автомобильного страхования.
<b>1. Consumer-employer eligibility</b>	<b>Соответствие потребителя услуг, являющегося одновременно работодателем, требованиям программы</b>
Provider will be paid based on:	Поставщику услуг будет выплачена зарплата на основании:
<ul style="list-style-type: none"> <li>This Agreement,</li> </ul>	настоящего договора,
<ul style="list-style-type: none"> <li>The collective bargaining agreement between the Oregon Home Care Commission (OHCC) and Services Employees International Union (SEIU), Local 503, and</li> </ul>	Коллективный договор между Комиссией по вопросам домашнего обслуживания штата Орегон (ОНСС) и местным отделением 503 Международного профсоюза работников сферы обслуживания (SEIU), и
<ul style="list-style-type: none"> <li>Applicable administrative rules in effect when the approved services were provided to a consumer-employer eligible for publicly funded in-home services.</li> </ul>	применимыми административными правилами, действующими, когда утвержденные услуги были предоставлены потребителю-работодателю, имеющему право на получение финансируемых штатом услуг на дому.

<p>Provider will be paid for services authorized on a consumer-employer service plan and task list approved by ODHS or an Area Agency on Aging (AAA). Any payment made under any of the conditions below is considered an overpayment:</p>	<p>Будут оплачены услуги поставщика, разрешенные в соответствии с планом обслуживания потребителя-работодателя и списком задач, утвержденным департаментом ODHS или местной службой по вопросам старения (AAA). Любой платеж, произведенный в соответствии с любым из приведенных ниже условий, считается переплатой:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services that are not included on the consumer-employer approved service plan and task list,</li> </ul>	<p>оплата услуг, которые не включены в утвержденный потребителем-работодателем план обслуживания и список задач;</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services provided for more hours than authorized, or</li> </ul>	<p>оплата услуг, предоставляемых в течение большего количества часов, чем разрешено; или</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services provided to a consumer-employer not eligible for services.</li> </ul>	<p>оплата услуг, предоставляемых потребителю-работодателю, не имеющему права на их предоставление.</p>
<p>Any overpayments must be repaid to ODHS and are the sole responsibility of the provider.</p>	<p>Все переплаты должны быть возвращены в департамент ODHS, и это является исключительной ответственностью поставщика.</p>
<p><b>2. Recordkeeping, access and confidentiality of consumer-employer records</b></p>	<p><b>Ведение учета, доступ к документации потребителя-работодателя и её конфиденциальность</b></p>
<p>Provider understands and agrees that:</p>	<p>Поставщик услуг понимает и соглашается со следующим:</p>
<p><b>A. Recordkeeping:</b></p>	<p><b>Ведение документации:</b></p>
<p>i. Provider is responsible for the completion and accuracy of financial and timekeeping records (for example, timesheets) and all other documentation regarding the specific services for which the provider claims reimbursement. Provider shall keep all records fully documenting the specific services provided to an eligible consumer-employer served under this Agreement for which provider claims reimbursement, in compliance with applicable administrative rules.</p>	<p>Поставщик услуг несет ответственность за заполнение и точность финансовых и хронометражных записей (например, табелей учета рабочего времени) и всей другой документации, касающейся конкретных услуг, за которые поставщик требует возмещения. Поставщик услуг должен вести все записи, полностью документирующие конкретные услуги, предоставленные соответствующему потребителю-работодателю, обслуживаемому в соответствии с настоящим договором, за которые поставщик требует возмещения, в соответствии с применимыми административными правилами.</p>
<p>ii. Provider shall keep and be able to provide all records described above in 3(A)(i) for whichever is</p>	<p>Поставщик услуг должен хранить и иметь возможность предоставлять все записи, описанные выше в пункте 3(A)(i), в</p>

longer:	зависимости от того, который из них охватывает более длительный период времени:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Six years following final payment and termination of this Agreement</li> </ul>	Шесть лет после окончательной оплаты и прекращения действия настоящего договора
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Any period as required by applicable law, or</li> </ul>	Любой период времени, как того требует применимое законодательство, или
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Until any audit, controversy or litigation arising from or related to this Agreement is complete.</li> </ul>	до завершения любой аудиторской проверки, разногласий или судебных разбирательств, возникающих в связи с настоящим договором или связанных с ним.
<b>B. Access:</b>	<b>Доступность:</b>
All financial and timekeeping records and all other documentation	Все финансовые и хронометражные записи и вся другая документация,
related to services provided under this Agreement shall be made immediately available to the following entities and their duly appointed representatives to examine, audit and make copies upon request:	связанная с услугами, предоставляемыми в соответствии с настоящим договором, должны быть немедленно предоставлены следующим организациям и их должным образом назначенным представителям для изучения, аудиторской проверки и создания копий по запросу:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ODHS</li> </ul>	Департамент ODHS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ОНА</li> </ul>	Управление ОНА
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The consumer-employer</li> </ul>	Потребитель-работодатель
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The APD or AAA local office</li> </ul>	Местный отдел помощи престарелым и лицам с ограниченными возможностями здоровья (APD) или местная служба по вопросам старения (AAA)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Oregon Department of Justice Medicaid Fraud Unit</li> </ul>	Отдел по борьбе с мошенничеством в системе льготного медицинского страхования Medicaid Департамента юстиции штата Орегон
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Oregon Secretary of State Office,</li> </ul>	Офис секретаря штата Орегон,
<ul style="list-style-type: none"> <li>• U.S. Center for Medicare &amp; Medicaid Services, and</li> </ul>	Американский Центр обслуживания в рамках программы Medicare и услуг программы Medicaid и
<ul style="list-style-type: none"> <li>• The federal government.</li> </ul>	Федеральное правительство
<b>3. Confidentiality</b>	<b>Конфиденциальность</b>
Provider understands provider must keep all information involving provider's consumer-	Поставщик услуг понимает, что он должен сохранять конфиденциальность всей информации, касающейся потребителя-

<p>employer confidential. Provider can only share information with the consumer- employer’s case manager, the local APD or AAA office or the community health registered nurse working with provider’s consumer-employer and as authorized by law.</p>	<p>работодателя поставщика услуг. Поставщик услуг может делиться информацией только с ведущим личного дела потребителя услуг-работодателя, местным отделением APD или AAA или дипломированной медсестрой системы здравоохранения в местном сообществе, работающей с потребителем-работодателем поставщика услуг, и в соответствии с законом.</p>
<p><b>4. Active enrollment</b></p>	<p><b>Активная регистрация</b></p>
<p>By signing this Agreement, the provider agrees provider is available and able to provide services to one or more consumer-employers who are eligible for publicly funded in-home services in Oregon. This Agreement and the provider’s enrollment will be deactivated if services are not authorized or paid during a twelve-month period. After deactivation, the provider may reapply for enrollment as an HCW if provider wants to provide services to ODHS consumer-employers.</p>	<p>Подписывая настоящий договор, поставщик услуг соглашается с тем, что он готов и способен предоставлять обслуживание одному или нескольким потребителям услуг, имеющим право на получение услуг домашнего обслуживания в штате Орегон, оплачиваемых из средств штата. Настоящий договор и регистрация поставщика услуг будут деактивированы, если услуги не будут авторизованы или оплачены в течение двенадцатимесячного периода. После деактивации поставщик услуг может повторно подать заявление на регистрацию в качестве работника HCW, если поставщик хочет предоставлять услуги потребителям-работодателям департамента ODHS.</p>
<p><b>5. Eligibility and continued participation</b></p>	<p><b>Право на участие и продолжение участия</b></p>
<p>Eligibility and continued participation as a HCW depend on provider:</p>	<p>Право на участие и продолжение участия в качестве работника HCW зависят от следующих действий поставщика:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signing this Agreement</li> </ul>	<p>Подписание настоящего договора</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completing a new agreement when required</li> </ul>	<p>Составление нового договора, когда это необходимо</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meeting all enrollment standards described in OAR 411-031-0040</li> </ul>	<p>Соответствие всем требованиям, предъявляемых к участникам, описанным в правиле OAR 411-031-0040</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passing a background check, and</li> </ul>	<p>Успешное прохождение проверки биографических данных, и</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fulfilling all training requirements outlined in OAR 418-020-0035 (<i>mandatory training and competency evaluation standards</i>).</li> </ul>	<p>Выполнение всех требований к обучению, изложенных в правиле OAR 418-020-0035 (<i>обязательные стандарты обучения и оценки компетентности</i>).</p>
<p>Provider must pass all required provider enrollment database checks prior to enrollment and recertification. This includes, but is not</p>	<p>Поставщик услуг должен пройти все необходимые проверки базы данных регистрации поставщика перед регистрацией</p>

<p>limited to, the Office of Inspector General (OIG) exclusion list, System Award Management (SAM) exclusion list, Social Security Administration Death Master File, and IRS legal name and Social Security number validation.</p>	<p>и повторной аккредитацией. Это включает в себя, но не ограничивается списком исключений Управления Генерального инспектора (OIG), списком исключений системы присуждения наград (SAM), Основной файл умерших Администрации социального обеспечения, а также подтверждение законного имени в Налоговом управлении IRS и номера социального страхования.</p>
<p><b>6. Provider suspensions and payment recovery</b></p>	<p><b>Приостановка деятельности поставщика услуг и возмещение выплаченных средств</b></p>
<p>Failure of the application to be accurate in any respect or failure to comply with the terms of this Agreement, APD rules or Oregon Health Authority’s rules may result in sanctions, termination of the Agreement or payment recovery per OAR 411-031-0020, OAR 411-031-0040 through 411-031-0050, OAR 411-034-0050 and 411-034-0055, OAR 411-020-</p>	<p>Несоблюдение точности приложения в любом отношении или несоблюдение условий настоящего договора, правил службы APD или Управления здравоохранения штата Орегон может привести к санкциям, расторжению договора или взысканию платежей в соответствии с правилами OAR 411-031-0020, с OAR 411-031-0040 по 411-031-0050, OAR 411-034-0050 и 411-034-0055, с OAR 411-020-</p>
<p>0000 through OAR 411-020-0130 and 410-120-1397 through 410-120-1600. Provider may have appeal rights as described in:</p>	<p>0000 по OAR 411-020-0130 и с 410-120-1397 по 410-120-1600. Поставщик услуг может иметь права на обжалование, как описано в:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OAR 411-031-0050 for homecare workers</li> </ul>	<p>правиле OAR 411-031-0050 для работников домашнего обслуживания</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OAR 411-034-0055 for personal care attendants, and</li> </ul>	<p>правиле OAR 411-034-0055 для работников индивидуального обслуживания, и</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• OAR 407-007-0200 through 410-007-0370 when based upon a background check.</li> </ul>	<p>правилах с OAR 407-007-0200 по 410-007-0370 включительно, основываясь на проверке биографических данных.</p>
<p><b>7. Employment relationship</b></p>	<p><b>Профессиональные отношения</b></p>
<p>A. The provider understands provider is not employed by the state of Oregon, any division of ODHS or OHA, or by any Area Agency on Aging (AAA) and shall not for any purposes be deemed to be an employee of the state of Oregon (except as set forth in law for purposes of collective bargaining) or an AAA. Any reference to the Home Care Commission as the employer of record is solely for collective bargaining purposes, as provided by state law.</p>	<p>Поставщик услуг понимает, что он не нанят штатом Орегон, каким-либо подразделением департамента ODHS или управления ОНА или какой-либо местной службой по вопросам старения (AAA) и ни в коем случае не считается работником штата Орегон (за исключением случаев, предусмотренных законом для целей коллективных переговоров) или службы AAA. Любая ссылка на Комиссию по вопросам домашнего обслуживания штата Орегон в качестве зарегистрированного работодателя предназначена исключительно для целей коллективных переговоров, как это</p>

	предусмотрено законодательством штата.
B. The consumer-employer is responsible to locate, interview and hire a qualified provider. The terms of the employment relationship are the responsibility of the consumer-employer to establish at the time of hire.	Потребитель-работодатель несет ответственность за поиск, проведение собеседования и наем квалифицированного поставщика услуг. Условия трудовых отношений являются обязанностью потребителя-работодателя, которые он должен установить во время приема на работу.
<b>8. Medicaid participation</b>	<b>Участие в программе Medicaid</b>
Provider understands and agrees that:	Поставщик услуг понимает и соглашается со следующим:
A. ODHS will verify whether information disclosed by provider is true and accurate. This information will be used to administer the Medicaid program.	Департамент ODHS проверит, является ли информация, раскрытая поставщиком, правдивой и точной. Эти данные будут использованы для целей, связанных с порядком работы программы Medicaid.
B. Provider will notify ODHS of any changes which would affect this Agreement, or payment for services covered by this Agreement, within thirty (30) days of the change. This includes but is not limited to, changes in name, contact information or criminal records.	Поставщик услуг уведомит департамент ODHS о любых изменениях, которые коснутся настоящего договора или оплаты услуг, оговоренных в настоящем договоре, в течение тридцати (30) дней с момента изменения. Это включает в себя, но не ограничивается, изменениями имени, контактной информации или наличием судимостей.
C. Provider shall at all times meet required training and applicable qualifications and be professionally competent to perform work under this Agreement. Failure to complete trainings or meet the applicable qualifications may result in the termination of provider's enrollment.	Поставщик услуг должен постоянно удовлетворять необходимым требованиям в отношении профессиональной подготовки и иметь соответствующие квалификации, быть профессионально компетентным для выполнения работы, обозначенной в настоящем договоре. Неспособность пройти профессиональную подготовку или удовлетворить требованиям соответствующей квалификации может привести к деактивации регистрации поставщика услуг, позволяющей предоставлять услуги.
D. Any communication or notices from the provider for purposes of this Agreement shall be given in writing to the local Aging and People with Disabilities, Area Agency on Aging (AAA) or ODHS by personal delivery, email, fax or regular mail.	Любые сообщения или уведомления от поставщика услуг для целей настоящего договора должны направляться в письменной форме в местный отдел обслуживания пожилых и лиц с ограниченными возможностями здоровья, местную службу по проблемам старения (AAA) или департамент ODHS путем личной доставки, по электронной почте, факсу или обычной почте.

<p>E. All information submitted by provider in this Agreement is true and accurate. Any deliberate omission, misrepresentation or falsification of any information provided or contained in any communication to ODHS may be punished by administrative or criminal law or both. This includes, but is not limited to, refusal to issue an ODHS provider number, revocation of the ODHS provider number and recovery of any overpayments.</p>	<p>Вся информация, представленная поставщиком услуг в настоящем договоре, является достоверной и точной. Любое преднамеренное упущение, искажение или фальсификация любой информации, предоставленной или содержащейся в любом сообщении в департамент ODHS, может быть наказано административным или уголовным законодательством или и тем, и другим. Сюда относится, но не ограничивается отказом в выдаче номера поставщика услуг департамента ODHS, аннулированием номера поставщика услуг департамента ODHS и взысканием любых переплат.</p>
<p>F. Provider is required to disclose any criminal offense related to the provider's involvement in any program under Medicare, Medicaid or Children's Health Insurance Program since the beginning of those programs.</p>	<p>Поставщик услуг обязан предавать огласке информацию о любом уголовном преступлении, связанном с участием поставщика услуг в рамках программ Medicare, Medicaid или программы медицинского страхования детей с момента вступления в силу этих программ.</p>
<p>G. ODHS will not use public funds to support, in whole or in part, the employment of individuals in any capacity who have been convicted of a crime identified in ORS 443.004(3) and who have contact with Medicaid-eligible individuals.</p>	<p>Департамент ODHS не будет использовать государственные средства для поддержки, полностью или частично, трудоустройства лиц в любом качестве, которые были осуждены за преступление, указанное в статье 443.004(3) Свода законов ORS, и которые имеют контакты с лицами, имеющими право на получение услуг в рамках программы Medicaid.</p>
<p><b>9. Services</b></p>	<p><b>Услуги</b></p>
<p>Provider understands and agrees that:</p>	<p>Поставщик услуг понимает и соглашается со следующим:</p>
<p>A. Provider shall perform services identified in the consumer-employer service plan and task list in accordance with the following rules, as applicable:</p>	<p>Поставщик услуг должен выполнять услуги, обозначенные в плане обслуживания получателя услуг, в соответствии со следующими правилами, насколько они применимы:</p>
<p>i. OAR chapter 411, division 30 (In-Home Services)</p>	<p>правило OAR глава 411, раздел 30 (надомное обслуживание)</p>
<p>ii. OAR chapter 411, division 34 (State Plan Personal Care)</p>	<p>правило OAR глава 411, раздел 34 (индивидуальное обслуживание в соответствии с планом штата)</p>
<p>iii. OAR chapter 411, division 35 (K-State Plan Ancillary Services)</p>	<p>правило OAR глава 411, раздел 35 (вспомогательные услуги в соответствии с планом К штата по медицинскому обслуживанию детей)</p>
<p>iv. OAR chapter 411, division 32 (Oregon Project Independence)</p>	<p>правило OAR глава 411, раздел 32 (проект Oregon Project Independence)</p>

<p>B. Provider shall not enter into any subcontract or authorize another person to perform the services authorized by this Agreement on behalf of provider. Provider understands that by entering into a subcontract or authorizing another person to perform services on provider's behalf is considered Medicaid fraud and is punishable by law.</p>	<p>Поставщик услуг не должен вступать ни в какой субподряд или уполномочивать другое лицо предоставлять услуги, утвержденные настоящим договором, по поручению поставщика услуг. Поставщик услуг понимает, что заключение субподряда или разрешение другому лицу оказывать услуги от имени поставщика считается мошенничеством в соответствии с требованиями программы Medicaid и карается законом.</p>
<p><b>10. Payment</b></p>	<p><b>Оплата услуг</b></p>
<p>Provider understands and agrees that:</p>	<p>Поставщик услуг понимает и соглашается со следующим:</p>
<p>A. ODHS shall pay provider on behalf of consumer-employers for HCW services provided under this Agreement that are prior authorized for payment. Payments made by ODHS from public funds are subject to ORS 293.462. ODHS and provider's obligations with respect to ODHS payments to provider are described in OAR chapter 411, divisions 27 and 31; OAR chapter 407, division 120; and</p>	<p>Департамент ODHS оплачивает услуги поставщика HCW от имени потребителей-работодателей, предоставляемые в соответствии с настоящим договором, которые предварительно разрешены к оплате. Оплата, производимая департаментом ODHS из средств государства, регулируется правилом статьи 293.462 Свода законов ORS. Обязательства департамента ODHS и поставщика услуг в отношении платежей, производимых департаментом ODHS поставщику услуг, изложены в главе 411, разделах 27 и 31 правила OAR; главе 407, разделе 120 правила OAR; и</p>
<p>OAR chapter 410, division 120.</p>	<p>главе 410, разделе 120 правила OAR.</p>
<p>B. Provider will be paid at the wage rate agreed upon in the collective bargaining agreement between OHCC and SEIU, 503.</p>	<p>Поставщику услуг будет выплачиваться заработная плата по ставке, согласованной в коллективном договоре между комиссией OHCC и местным отделением 503 международного профсоюза SEIU.</p>
<p>C. Any payment for services provided to ineligible consumer-employers or for services that were not authorized is the sole responsibility of the provider. ODHS will not make payments on behalf of ineligible consumer-employers or for services that were not authorized.</p>	<p>Любая оплата услуг, предоставленных потребителям-работодателям, которые не имеют права на их предоставление или за услуги, которые не были разрешены, является исключительной ответственностью поставщика. Департамент ODHS не будет производить платежи от имени потребителей-работодателей, которые не имеют права на предоставление этих услуг или за услуги, которые не были разрешены.</p>
<p>D. ODHS payment for any service provided under this Agreement is payment in full. Provider may not charge the consumer-employer, or a</p>	<p>Оплата департаментом ODHS за любую услугу, предоставляемую в соответствии с настоящим договором, является полной оплатой. Поставщик услуг не может взимать плату с потребителя-работодателя,</p>

relative or representative of the consumer-employer, for:	родственника или представителя потребителя-работодателя за:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Items included in service payments</li> </ul>	Услуги, включенные в платежи за обслуживание
<ul style="list-style-type: none"> <li>Any items for which ODHS makes payments, or</li> </ul>	Любые услуги, за которые департамент ODHS производит платежи, или
<ul style="list-style-type: none"> <li>Any additional services provider chooses to provide the consumer-employer. By accepting payment, provider certifies compliance with all applicable ODHS rules.</li> </ul>	Любые дополнительные услуги поставщик решает предоставить потребителю-работодателю. Получая оплату, поставщик услуг подтверждает свое соответствие всем применимым правилам департамента ODHS.
E. As a condition of payment, provider must meet and maintain compliance with this Agreement and payment rules OAR 407-120-0300 through 407-120-1505, OAR chapter 410, division 120, 42 CFR 455.400 through 455.470, as applicable, and 42 CFR 455.100 through 455.106.	В качестве условия получения оплаты поставщик услуг должен соответствовать и обеспечивать соблюдение условий настоящего договора и правил начисления оплаты, описанных в правилах OAR с 407-120-0300 по 407-120-1505 включительно, главе 410, разделе 120 правила OAR, федеральных правилах раздела 42 CFR (Кодекс федеральных правил США) с 455.400 по 455.470, если применимо, а также раздела 42 CFR с 455.100 по 455.106 включительно.
F. ODHS may recoup any overpayment made to provider as authorized per OAR 410-120-1397 through 410-120-1600 and in accordance with the applicable collective bargaining agreement. This includes, but is not limited to, withholding of future payments to provider.	Департамент ODHS может возместить любую переплату поставщику, в соответствии с правилами OAR с 410-120-1397 по 410-120-1600 включительно и в соответствии с применимым коллективным договором. Это включает в себя, но не ограничивается удержанием будущих платежей, предназначенных поставщику услуг.
G. Payment for HCW services performed beyond the current biennium at the time of signing is contingent on ODHS receiving from the Oregon Legislative Assembly appropriations, limitations, allotments or other expenditure authority sufficient to allow ODHS, in its reasonable administrative discretion, to continue to make payments.	Оплата услуг работника HCW, предоставленных после текущего двухгодичного периода на момент подписания, зависит от получения департаментом ODHS от Законодательного собрания штата Орегон ассигнований, ограничений, распределений или других полномочий на расходы, достаточных для того, чтобы позволить департаменту ODHS, по своему разумному административному усмотрению, продолжать производить платежи.
H. ODHS will not pay provider for work performed:	Департамент ODHS не будет платить поставщику за выполненную работу:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Before the agreement is</li> </ul>	До подписания договора и выдачи номера

completed and ODHS issues a provider number	поставщика департаментом ODHS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• After the agreement expires or terminates</li> </ul>	После истечения срока действия или прекращения действия договора
<ul style="list-style-type: none"> <li>• After a background check expires, or</li> </ul>	По истечении срока проверки биографических данных или
<ul style="list-style-type: none"> <li>• While a provider number is deactivated, suspended or immediately terminated.</li> </ul>	В то время, как номер поставщика услуг деактивирован, его действие приостановлено или немедленно прекращено.
I. Provider enrollment and issuance of a provider number does not guarantee work or any minimum amount of work.	Регистрация в качестве поставщика услуг и присвоение номера поставщика услуг не являются гарантией трудовой занятости или минимального объема рабочей нагрузки.
J. In accordance with OAR 410-120-1300 and 411-031-0040, all claims for service must be submitted within 12 months of the date of service or they will not be paid.	В соответствии с правилами от OAR 410-120-1300 и 411-031-0040 все претензии по обслуживанию должны быть поданы в течение 12 месяцев с момента предоставления услуги, в противном случае они не будут оплачены.
<b>11. Duration and termination of Agreement</b>	<b>Срок действия договора и порядок его расторжения</b>
A. This Agreement is good for 2 years from the date it was signed. The provider must submit a new Agreement at least seventy days prior to expiration for timely processing.	Этот договор действует в течение 2-х лет с момента его подписания. Поставщик услуг должен представить новый договор, по крайней мере, за семьдесят дней до истечения срока действия для своевременной его обработки.
B. ODHS will terminate, suspend or deactivate this Agreement if: ODHS issues a final order revoking the provider number and enrollment based on a finding under termination terms and conditions established in OAR 411-031-0050.	Департамент ODHS прекратит действие договора, приостановит его действие или деактивирует настоящий договор, если: департамент ODHS издаст окончательный приказ об отзыве номера поставщика услуг и регистрации на основании факта, описанного в условиях и положениях договора, регулирующих порядок расторжения договора, как определено в правиле OAR 411-031-0050.
1. The provider fails to submit timely, complete and accurate information or cooperate with any screening requirements unless ODHS determines it is not in the best interest of the Medicaid program.	Поставщик услуг не предоставляет своевременную, полную и точную информацию или отказывается удовлетворять требованиям к проведению освидетельствований, за исключением случаев, когда департамент ODHS постановляет, что данное требование не находится в интересах программы Medicaid.
2. The provider's enrollment is terminated under Title XIX of the Social Security Act or under a Medicaid program or	Регистрация поставщика услуг прекращается в соответствии с разделом XIX Закона о социальном обеспечении или

CHIP program of any state.	условиями программы Medicaid или CHIP на территории любого штата.
3. The provider fails to submit sets of fingerprints in the way determined by ODHS within 30 days of a Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) or an ODHS request, unless ODHS determines it is not in the best interests of the Medicaid program.	Поставщик услуг не предоставляет наборы отпечатков пальцев способом, определенным департаментом ODHS, в течение 30 дней с момента обращения в Центр программы Medicare и услуг программы Medicaid (CMS) или запроса департамента ODHS, если только департамент ODHS не решит, что это не отвечает наилучшим интересам программы Medicaid.
4. Provider has been convicted of a criminal offense, or suspended or debarred from provider's involvement with Medicare, Medicaid or the Children's Health Insurance Program in the last 10 years	Поставщик услуг был осужден за совершение уголовного преступления или отстранен от участия в программах Medicare, Medicaid или программе медицинского страхования детей в течение последних 10 лет или исключён из числа её участников
5. CMS or ODHS determines that the provider has falsified any application information or if CMS or ODHS cannot verify the identity of the provider applicant	В центре CMS или департаменте DHS определяют, что поставщик услуг предоставил какие-либо фальсифицированные сведения, указанные на бланке заявления или в случае, если центры CMS или департамент ODHS не в состоянии подтвердить личность поставщика услуг, подавшего заявление
6. ODHS fails to receive funding, appropriations, limitations, or other expenditure authority at levels that ODHS or the specific program determines to be sufficient to pay for the services or items covered under this Agreement.	Департамент ODHS не получает финансирования, ассигнований, ограничений или других полномочий на утверждение расходов на уровне, по определению департамента ODHS или конкретной программы, достаточном для того, чтобы оплатить услуги или статьи расхода, обозначенные в настоящем договоре
7. Federal or state laws, regulations or guidelines change or ODHS interprets them in a way that prohibits:	Федеральные законы, правила или руководящие принципы или законы штата изменяются или департамент ODHS интерпретирует их таким образом, что запрещает:
8. Providing the services or items under the agreement, or	Предоставление услуг или товаров в соответствии с соглашением, или
9. Paying for such services or items from the planned funding source	Оплату таких услуг или товаров из запланированного источника финансирования
10. The provider no longer qualifies as a provider. The termination will be effective on the date provider is no longer qualified.	Поставщик услуг более не соответствует критериям, применяемым к поставщикам услуг. Расторжение договора вступит в силу в момент, когда поставщик услуг утратит свои полномочия.
11. The provider fails to meet one or more	Поставщик услуг не соответствует одному

<p>of the requirements governing participation as an ODHS enrolled provider. This includes the requirement to pass a background check every two years. In addition to termination, suspension or deactivation of the Agreement, the provider number may be immediately suspended, in accordance with OAR 407-120-0360. No services or items shall be provided to consumer-employers during a period of suspension.</p>	<p>или несколькими требованиями, регулирующим участие в качестве зарегистрированного поставщика услуг департамента ODHS. Эти требования включают в себя требование проходить проверку биографических данных каждые два года. В соответствии с правилом OAR 407-120-0360 в дополнение к расторжению или временному прекращению действия договора может быть незамедлительно приостановлено действие номера поставщика услуг. В течение срока приостановки действия регистрации получателю услуг-работодателю не должно предоставляться никаких услуг или отдельных элементов обслуживания.</p>
<p>12. The provider fails to fulfil all required training and assessment requirements.</p>	<p>Поставщик услуг не выполняет все необходимые требования, предъявляемые к обучению и оценке.</p>
<p>13. ODHS may terminate this Agreement at any time with written notification to provider.</p>	<p>Департамент ODHS может в любой момент расторгнуть настоящий договор посредством предоставления письменного уведомления поставщику услуг.</p>
<p>14. The provider may terminate this Agreement at any time by submitting a written notice in person or by email to the local office or Area Agency on Aging listing a specific termination effective date. Termination of this Agreement does not relieve the provider of any obligations for covered services or items provided for dates of service while the Agreement was in effect.</p>	<p>Поставщик услуг может расторгнуть настоящий договор в любое время, отправив письменное уведомление лично или по электронной почте в местное отделение или службу ААА с указанием конкретной даты вступления в силу расторжения. Прекращение действия настоящего договора не освобождает поставщика услуг от каких-либо обязательств в отношении утвержденных услуг или статей расхода, предоставленных в течение срока действия настоящего договора.</p>
<p><b>12. Provider certifies:</b></p>	<p><b>Поставщик удостоверяет:</b></p>
<p>A. Provider is not in violation of any Oregon Tax Laws. For purposes of this certification, "Oregon Tax Laws" means:</p>	<p>Поставщик услуг не нарушает никаких законов штата Орегон, касающихся налогообложения. Для целей настоящей аккредитации «Налоговое законодательство штата Орегон» означает:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A state tax imposed by Oregon Revised Statutes (ORS) 320.005 to 320.150 and 403.200 to 403.250, and</li> </ul>	<p>Налог штата, взимаемый в соответствии со статьями от 320.005 до 320.150 и от 403.200 до 403.250 Свода законов штата Орегон и дополнениями и изменениями (ORS), а</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORS chapters 118, 314, 316, 317, 318, 321, and 323, and</li> </ul>	<p>также в соответствии с главами 118, 314, 316, 317, 318, 321 и 323 Свода законов ORS, и</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Local taxes administered by the Department of Revenue under</li> </ul>	<p>Местные налоги, взимаемые Департаментом по налогам и сборам в</p>

ORS 305.620.	соответствии со статьёй 305.620 Свода законов ORS.
B. Provider is not required to pay backup withholdings because:	Поставщик услуг не обязан оплачивать дополнительные удержания, потому что:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Provider is exempt from backup withholding</li> </ul>	Поставщик услуг освобожден от дополнительного удержания
<ul style="list-style-type: none"> <li>The Internal Revenue Service (IRS) has not notified provider of being liable for backup withholding due to failing to report all interest or dividends, or</li> </ul>	Налоговое управление США (IRS) не уведомило поставщика услуг о том, что он несет ответственность за дополнительное удержание из-за непредставления всех процентов или дивидендов, или
<ul style="list-style-type: none"> <li>The IRS has notified provider of no longer being subject to backup withholding.</li> </ul>	Налоговое управление США уведомило поставщика услуг о том, что он больше не подлежит дополнительному удержанию.
C. Provider will provide services to consumer-employers without regard to race, religion, national origin, sex, age, marital status, sexual orientation or disability ( <i>as defined under the Americans with Disabilities Act</i> ). Contracted services must reasonably accommodate the cultural, language and other special needs of consumer-employers.	Поставщик будет предоставлять услуги потребителям-работодателям независимо от расовой принадлежности, религии, национального происхождения, пола, возраста, семейного положения, сексуальной ориентации или ограниченных возможностей здоровья ( <i>как определено в Законе об американцах с ограниченными возможностями</i> ). При предоставлении услуг по контракту следует разумно учитывать культурные, языковые и другие особые потребности потребителей-работодателей.
D. Provider is not included on the list titled "Specially Designated Nationals and Blocked Persons." The U.S. Department of the Treasury Office of Foreign Assets Control keeps this list, available at <a href="https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf">https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf</a> .	Поставщик не включен в список под названием «Специально назначенные граждане и лица, доступ которых заблокирован». Управление по контролю за иностранными активами Департамента финансов США ведет этот список, с которым можно ознакомиться по адресу <a href="https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf">https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf</a> .
E. Provider acknowledges that the Oregon False Claims Act, ORS 180.750 to 180.785, applies to any "claim" (as defined by ORS 180.750) the provider makes or causes and that pertains to this Agreement or to the services for which the work related to this Agreement is being performed and payment requested.	Поставщик услуг признает, что Закон штата Орегон о ложных заявлениях, указанный в статьях с 180.750 по 180.785 Свода законов ORS, распространяется на любое «заявление» (как определено в статье 180.750 Свода законов ORS), сделанное или вызванное поставщиком и относящееся к настоящему договору или услугам, с целью предоставления которых выполняется работа в соответствии с положениями настоящего договора.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Provider certifies that no claim is or will be a "false claim" (as</li> </ul>	Поставщик услуг подтверждает, что никакие заявления не являются и не будут являться

defined by ORS 180.750) or an act prohibited by ORS 180.755.	«ложными заявлениями» (как определено в статье 180.750 Свода законов ORS) или действием, запрещенным правилом статьей 180.755 Свода законов ORS.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Provider further acknowledges that in addition to the remedies under this Agreement, if it makes (or causes to be made) a false claim or performs</li> </ul>	Поставщик услуг далее признает, что в дополнение к средствам правовой защиты в рамках настоящего договора, в случае представления (или создания причин для представления) ложных утверждений или выполнения
(or causes to be performed) an act prohibited under the Oregon False Claims Act, the Oregon Attorney General may enforce the liabilities and penalties in the Oregon False Claims Act against provider.	(или создания причин для выполнения) действия, запрещенного в соответствии с Законом штата Орегон о фальсификации заявлений, Генеральный прокурор штата Орегон может применить обязательства и штрафные санкции, предусмотренные Законом штата Орегон о фальсификации заявлений против поставщика услуг.
<b>13. Indemnification</b>	<b>Освобождение от ответственности</b>
Provider shall indemnify and defend the state of Oregon, its respective agencies and their officers, employees and agents from and against all claims, suits, actions, losses, damages, liabilities, costs and expenses of any nature whatsoever arising out of, or relating to, the acts or omissions of provider under this Agreement.	Поставщик услуг освобождает от ответственности и обеспечивает защиту администрации штата Орегон, их соответствующих служб и представителей, сотрудников и агентов от любых и всех притязаний, исков, судебных исков, убытков, материального ущерба, обязательств, расходов и затрат любого характера, возникших или связанных с действиями или опущениями со стороны поставщика услуг в рамках действия настоящего договора.
<b>14. Provider signature</b>	<b>Подпись поставщика услуг</b>
By signing this Homecare Worker Provider Enrollment Application I acknowledge that I have read the enrollment Agreement, understand the terms of the Agreement, agree to be bound by the terms and conditions of the Agreement, and attest that all information I have provided to ODHS is true and accurate. I further understand and agree that violation of any of the terms and conditions in this Agreement are grounds for the termination of this Agreement and may be grounds for other sanctions as provided by statute, administrative rule or this Agreement.	Подписывая это заявление на регистрацию в качестве работника домашнего обслуживания, я подтверждаю, что прочитал(-а) договор о регистрации, понимаю его условия, согласен(-сна) соблюдать условия договора и подтверждаю, что вся информация, которую я предоставил(-а) департаменту ODHS, является правдивой и точной. Я также понимаю и соглашаюсь с тем, что нарушения каких-либо из условий и положений настоящего договора являются основанием для прекращения действия настоящего договора, и может стать основанием для введения других санкций, предусмотренных уставом, административным правилом или настоящим договором.
Print name of provider	Имя, фамилия поставщика услуг печатными

	буквами
Signature of provider	Подпись поставщика услуг
Signature date ( <i>effective date</i> )	Дата подписания ( <i>дата вступления в силу</i> )
Return completed document to your local Aging and People with Disabilities office or Area Agency on Aging office.	Верните заполненный документ в местный отдел обслуживания престарелых и лиц с ограниченными возможностями здоровья или в местное отделение службы ААА.
<b>NOTE:</b> <i>This form contains your personal information. If you return the form by un-secured email, there is some risk it could be intercepted by someone you did not send it to.</i>	<b>ПРИМЕЧАНИЕ:</b> <i>В настоящем документе содержится ваша личная информация. Если вы возвращаете его по незащищенной эл. почте, существует вероятность того, что он может быть перехвачен лицом, которому он не предназначался.</i>
<i>If you are not sure how to send a secure email, consider using regular mail or fax.</i>	<i>Если вы не знаете, как отправлять безопасную электронную почту, возможно, вы захотите воспользоваться обычной почтой или факсом.</i>