

Homecare Worker (HCW) Application-Arabic

للعاملين في الرعاية المنزلية (Provider Enrollment Application and Agreement)

Updated: April 15, 2026

Homecare Worker (HCW) Provider Enrollment Application and Agreement - طلب الانتساب واتفاقية مقدمي الخدمة (Provider Enrollment Application and Agreement) للعاملين في الرعاية المنزلية (Homecare Worker: HCW)

طلب الانتساب واتفاقية مقدمي الخدمة (Provider Enrollment Application and Agreement للعاملين في الرعاية المنزلية (Homecare Worker: HCW)	Homecare Worker (HCW) Provider Enrollment Application and Agreement
يوضح طلب الانتساب هذا واتفاقية مقدمي الخدمة للعاملين في الرعاية المنزلية الصادر من قبل ميديكيد كيفية القيام بما يلي:	This Homecare Worker (HCW) Medicaid Provider Enrollment Application and Agreement explains how to do the following
الانتساب كمقدم خدمة مع برنامج المسنين والأفراد ذوي الإعاقات (Aging and People with Disabilities: APD Oregon Department of Human Services: ODHS) وتحديد التزامات الامتثال للعاملين في الرعاية المنزلية (HCW)	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
تحديث معلومات الانتساب، بالإضافة إلى استلام رقم مُقدم/ة الخدمة.	- Update enrollment information, and - Receive a provider number.
ملاحظة: يجب أن يكون لدى مقدمي الخدمة رقم مُقدم/ة الخدمة لكي يتلقوا الأجر مقابل الخدمات التي يقدمونها إلى الأفراد المؤهلين من خلال ميديكيد في ولاية أوريغون. وتدفع صناديق الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية تكاليف هذه الخدمات.	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.

Provider Enrollment Application and Agreement (Homecare Worker: HCW) طلب الانتساب واتفاقية مقدمي الخدمة للعاملين في الرعاية المنزلية (Homecare Worker: HCW)	Homecare Worker (HCW) Provider Enrollment Application and Agreement
يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بلغات أخرى، أو مطبوعة بخط كبير، أو مطبوعة على طريقة برايل أو حسب الصيغة المفضلة لديك. اتصلوا بشعبة علاقات مقدمي الخدمة لدى دائرة المسنين والأفراد المعاقين (APD) على الرقم 800-241-3013 أو أرسلوا بريداً إلكترونياً إلى HCW.Enrollment@dhsosha.state.or.us . نستقبل جميع المكالمات المحولة أو يمكنك الاتصال بالرقم 711	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.

اسم مُقَدِّم/ة الخدمة - Provider Name

اسم مُقَدِّم/ة الخدمة	Provider name
اسمك القانوني الكامل	Your full legal name
(حسب وروده في بطاقتك للضمان الاجتماعي الحالية، بما في ذلك اللاحقة بعد الاسم الأول، كـ Jr.)	(as listed on your current Social Security card, including suffix after first name, such as Jr.)
الاسم الأول	First
الحرف الأول من الاسم المتوسط	Middle initial
الاسم الأخير	Last
أسماء الشهرة أو الأسماء الأخرى المستخدمة	Aliases or other names used
الاسم الأول	First
الحرف الأول من الاسم المتوسط	Middle initial
الاسم الأخير	Last
الاسم الأول	First
الحرف الأول من الاسم المتوسط	Middle initial
الاسم الأخير	Last

نوع مُقَدِّم/ة الخدمة المطلوب - Provider Type Requested

نوع مُقَدِّم/ة الخدمة المطلوب (أشـر على كل ما ينطبق)	Provider type requested (mark all that apply)
انتساب جديد إلى (73-737 HCW)	New HCW enrollment (73-737)
تجديد رقم مُقَدِّم/ة الخدمة للرعاية المنزلية (HCW)	HCW provider number renewal
رقم مقدم الخدمة	Provider number
إعادة الانتساب إلى HCW (إذا لم يُستخدم رقم مُقَدِّم/ة الخدمة لفترة تتجاوز 30 يوماً)	HCW re-enrollment (if provider number has been closed longer than 30 days)
رقم مقدم الخدمة	Provider number

نوع مُقَدِّم/ة الخدمة المطلوب (أشْر على كل ما ينطبق)	Provider type requested (<i>mark all that apply</i>)
تغيير في اسم الـ HCW	HCW name change
رقم مقدم الخدمة	Provider number
رقم الفرع	Branch number
يجب على مقدمي الخدمة الإفصاح عن رقم الضمان الاجتماعي لديهم (Social Security Number: SSN). تكون أرقام الـ SSN مطلوبة	Providers must disclose their Social Security number (SSN). SSNs are required
• لإثبات هويتك [عملاً بقانون 42 USC (405(c)(2)(C)(i)]	• To establish your identity [per 42 USC 405(c)(2)(C)(i)]
• للتحقق من أنك غير مستبعد من كونك مُقَدِّم/ة الخدمة [عملاً بقانون 42 CFR 455.104 و 455.436]، بالإضافة إلى	• To verify you are not excluded from being a provider [per 42 CFR 455.104 and 455.436], and
• تقديم معلوماتك الضريبية [عملاً بقانون CFR 301.6109-1]	• To report tax information [per 26 CFR 301.6109-1]
قد تبلغ DHS هذه المعلومات إلى مصلحة الضرائب (Internal Revenue Service: IRS) ومصلحة الضرائب في ولاية أوريغون (Oregon Department of Revenue) بموجب ورقم الضمان الاجتماعي الوارد أدناه.	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.
هل توافق على إدخال رقم الضمان الاجتماعي لديك في نظام أورشاردز (ORCHARDS) (لتدقيق الخلفية الجنائية) لربطه مع الموافقات المتضمنة في فحوصات الخلفية الجنائية السابقة؟	Do you consent to entering your SSN into ORCHARDS (background check system) to link to previous background check approvals?
نعم	Yes
لا	No
لا تترك أي فراغ شاغر في هذا الجزء. إذا لم تكن الاستمارة كاملة، سيرفض طلبك.	Do not leave any area of this section blank. If the form is not complete, your application will be denied.
عنوان الشارع	Street address
المدينة	City
الولاية	State
الرمز البريدي (+4)	ZIP code (+4)
المقاطعة	County
العنوان البريدي (إذا كان مختلفاً من العنوان المذكور أعلاه)	Mailing address (<i>if different from above</i>)
المدينة	City
الولاية	State
الرمز البريدي (+4)	ZIP code (+4)
المقاطعة	County
تاريخ الميلاد	Date of birth

نوع مُقَدِّم/ة الخدمة المطلوب (أشر على كل ما ينطبق)	Provider type requested (mark all that apply)
رقم الضمان الاجتماعي	SSN
رقم الهاتف	Phone number
العنوان الإلكتروني	Email address
هل فصلت أو استبعدت من العمل كمقدم خدمة في برنامج ميديكير أو أي برنامج ميديكير في الولاية أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (Children's Health Insurance Program: CHIP)؟	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?
نعم	Yes
لا	No
هل لديك الآن أو في أي وقت مضى أرقام مقدمي الخدمات صالحة للاستخدام في ولاية أخرى تتعلق بميديكير، أو ميديكير أو هيئة أوريغون الصحية (ODHS) أخرى، أو هيئة أوريغون الصحية [Oregon Health Authority]، أو دائرة المسنين والأفراد المعاقين (APD)، أو مكتب خدمات الإعاقات الإنمائية (ODDS) أو شعبة الأنظمة الصحية في هيئة أوريغون الصحية (Health Systems Division: OHA-HSD)؟	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?
نعم	Yes
لا	No
إذا كانت الإجابة نعم، أدرج رقم (أرقام) مقدم الخدمة هنا	If yes, list provider number(s) here
هل سكنت خارج حدود ولاية أوريغون خلال السنوات الخمس الأخيرة؟	Have you lived outside of the state of Oregon within the last five years?
نعم	Yes
لا	No
إذا كانت الإجابة نعم، أدخل المعلومات في الجدول أدناه	If yes, enter information in table below
السنة	Year
البداية	Start
الانتهاء	End
المدينة	City
الولاية	State
البلاد	Country
الاسم (الأسماء) المستخدمة في هذا المسكن	Name(s) used at this residence

الهوية الجنسية - Gender identity

الهوية الجنسية -- كيف تعرف نفسك؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق.)	Gender identity — How do you identify? (Check all that apply.)
امرأة	Woman
رجل	Man

الهوية الجنسية -- كيف تعرف نفسك؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق.)	Gender identity — How do you identify? (Check all that apply.)
محايد، أو ليس له (أ) جنس أو الأفراد غير المتطابقين جنسيًا أو هوية جنسية أخرى	Non-binary, agender, gender non-conforming or another gender identity
أفضل عدم الإجابة	Prefer not to disclose
هل تعرف نفسك بأنك متحول(ة) جنسيًا؟	Do you consider yourself transgender?
نعم	Yes
لا	No
أفضل عدم الإجابة	Prefer not to disclose

اللغة - Language

اللغة	Language
ما هي اللغات، بما في ذلك لغة الإشارة الأمريكية، التي تتكلمها؟ (اختر كل ما ينطبق.)	What languages, including American Sign Language, do you speak? (Choose all that apply.)
إني أتكلم [Choose language]	I speak [Choose language]
وأتكلم أيضًا [Choose language].	and also speak [Choose language].
إني أتكلم بلغة أخرى (أدخل اللغة هنا)	I speak another language (enter language here)
ما هي اللغات التي يمكنك قراءتها؟ (اختر كل ما ينطبق.)	What languages do you read? (Choose all that apply.)
إني أقرأ [Choose language]	I read [Choose language]
وأتكلم أيضًا [Choose language]	and also read [Choose language]
إني أقرأ لغة أخرى (أدخل اللغة هنا)	I read another language (enter language here)

العرق والإثنية — Race and ethnicity

العرق والإثنية — كيف تعرف نفسك؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق.)	Race and ethnicity — How do you identify? (Check all that apply.)
أفريقي	African
هندي أمريكي/من سكان ألاسكا الأصليين	American Indian/Alaska Native
عربي، شرق أوسط	Arab, Middle Eastern
آسيوي	Asian
أسود/أمريكي أفريقي	Black/African American
لاتيني/لاتينية/لاتين	Latino/Latina/Latinx
أكثر من عرق واحد	More than one race
من سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ	Native Hawaiian or Pacific Islander

العرق والإثنية — كيف تعرف نفسك؟ (ضع علامة على كل ما ينطبق).	Race and ethnicity — How do you identify? (Check all that apply.)
أبيض	White
غير ذلك	Other
أفضل عدم الإجابة	Prefer not to disclose
ترك هذا الجزء فارغاً عمدًا	THIS SECTION INTENTIONALLY BLANK

Homecare worker (HCW) provider enrollment agreement - (HCW) اتفاقية الانتساب لمقدمي الخدمة للعاملين في الرعاية المنزلية

اتفاقية الانتساب لمقدمي الخدمة للعاملين في الرعاية المنزلية (HCW)	Homecare worker (HCW) provider enrollment agreement
يوضح طلب الانتساب والاتفاقية لمقدمي الخدمة العاملين في الرعاية المنزلية هذه (والمشار إليها بالاتفاقية) العلاقة بين ولاية أوريغون، وإدارة الخدمات البشرية في ولاية أوريغون [Oregon Department of Human Services (ODHS), Aging and People with Disabilities (APD), Oregon Health Authority (OHA)]، ودائرة المسنين والأفراد ذوي الإعاقات [Disabilities (APD)]، وهيئة أوريغون الصحية [Oregon Health Authority (OHA)] ومقدم الخدمة فيما يتعلق بالدفع من قبل ODHS أو الكيانات الممولة والممولة من قبل ODHS لدفع التكاليف الممولة مسبقًا، والخدمات البيئية التي يقدمها العامل في الرعاية المنزلية (HCW) لصالح المستهلك-صاحب العمل.	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.
يُرجى مراجعة هذه الاتفاقية بتمعن قبل التوقيع عليها. إنها تحدد التزاماتكم كمقدم للخدمة لميديكيد في ولاية أوريغون. قد يؤدي التقصير عن الامتثال بموجب هذه الاتفاقية والالتزامات إلى إلغاء رقم مقدم الخدمة لديكم وانتسابك أو عواقب أخرى.	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.
الامتثال للقوانين المتبعة	Compliance with applicable laws
يفهم مقدم الخدمة ويوافق على ما يلي:	Provider understands and agrees that:

اتفاقية الانتساب لمقدمي الخدمة للعاملين في الرعاية المنزلية (HCW)	Homecare worker (HCW) provider enrollment agreement
سيمثل مُقدم/ة الخدمة للقوانين الصادرة عن الجهات الفيدرالية، والولاية والجهات المحلية المتعلقة بالبنود والخدمات الواردة في هذه الاتفاقية. يتضمن هذا ولا يقتصر على قاعدة ولاية أوريغون الإدارية (Oregon Administrative Rules (OAR) 407-120-0325 (الامتثال بموجب القوانين الصادرة عن الحكومة الفيدرالية والولاية).	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 (compliance with federal and state statutes).
إذا قررت المحكمة على أن أي من الشروط أو الأحكام الواردة في هذه الاتفاقية غير قانوني أو مخالف لأي قانون، ستبقى الشروط والأحكام المتبقية سارية المفعول. تُفسر حقوق والتزامات الأطراف وتُنفذ كما لو لم تحتوي الاتفاقية على الشرط أو الحكم المعين الذي يُعتبر باطلاً.	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.
قد ينتج عن عدم الامتثال للشروط الواردة في هذه الاتفاقية أو بأي من القواعد من قبل ODHS إنهاء أو إلغاء رقم مُقدم/ة الخدمة لمُقدم/ة الخدمة. قد يتمتع مُقدم/ة الخدمة بحقوق الاستئناف عملاً بقاعدة OAR 411-031-0050 (العاملين في الرعاية المنزلية المسجلين في برنامج مقدم الخدمة كموظف لدى المستهلك (Consumer-Employed Provider Program)). يُعتبر مُقدم/ة الخدمة مبلغ إلزامي عملاً بالقواعد المرقمة ORS 419B.005 إلى 419B.050 و ORS 124.050 إلى 124.095. يتوجب على مُقدم/ة الخدمة الإبلاغ عن سوء المعاملة أو اشتباه بسوء المعاملة على مدار 24 ساعة في اليوم ، وسبعة أيام في الأسبوع حيال أي من الأشخاص التاليين:	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:
• طفل،	• A child,
• شخص كبير في السن،	• An older adult,
• شخص مقيم في منشأة للتمريض، أو	• A resident of a nursing facility, or

اتفاقية الانتساب لمقدمي الخدمة للعاملين في الرعاية المنزلية (HCW) provider	Homecare worker (HCW) provider enrollment agreement
• شخص يتلقى خدمات تتعلق بالصحة العقلية أو إعاقة ذهنية/إنمائية.	• An individual receiving mental health or intellectual/developmental disability services.
يخضع عدم الإبلاغ عن سوء المعاملة أو اشتباه بسوء المعاملة للعقاب بموجب القانون وقد يؤدي إلى إنهاء الانتساب لمقدم/ة الخدمة.	Failure to report abuse or suspected abuse is punishable by law and may result in the termination of the provider's enrollment.
إذا كان مُقَدِّم/ة الخدمة يقدم خدمات في النقل مرتبطة بالخدمة أو ينتقل مباشرة بين منازل المستهلكين في اليوم ذاته، يجب على مُقَدِّم/ة الخدمة أن يكون حائزاً على رخصة سيطرة سارية المفعول ويتوجب عليه (أ) امتلاك تأمين على السيارة، وفق القانون. يتوجب على مُقَدِّم/ة الخدمة أن يقدم إلى ODHS دليلاً على تغطية التأمين على السيارات كل ستة أشهر، أو قبل ذلك إذا جُددت التغطية. يفهم مُقَدِّم/ة الخدمة أن لا يُخول أو يُدفع مقابل النقل أو الوقت الذي تستغرقه الرحلات المتعلقة بالخدمات إذا لم يكن مُقَدِّم/ة الخدمة حائزاً على رخصة سيطرة وتأمين على السيارة.	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.

أهلية المستهلك-أصحاب العمل - Consumer-employer eligibility

أهلية المستهلك-أصحاب العمل	Consumer-employer eligibility
يُدفع لمُقَدِّم/ة الخدمة على أساس ما يلي:	Provider will be paid based on:
الاتفاقية هذه،	• This Agreement,
واتفاقية المفاوضة الجماعية (collective bargaining agreement) بين هيئة الرعاية المنزلية في ولاية أوريغون (Oregon Home Care Commission: OHCC) والاتحاد الدولي لموظفي الخدمات (Union: SEIU)، الفرع المحلي رقم 503، بالإضافة إلى	• The collective bargaining agreement between the Oregon Home Care Commission (OHCC) and Services Employees International Union (SEIU), Local 503, and

أهلية المستهلك-أصحاب العمل	Consumer-employer eligibility
القواعد الإدارية المعمول بها عندما قُدمت الخدمات المعتمدة إلى مستهلك-صاحب عمل مؤهل لتلقي خدمات ممولة من مصادر التمويل الحكومي.	Applicable administrative rules in effect when the approved services were provided to a consumer-employer eligible for publicly funded in-home services.
سيُدفع إلى مُقَدِّم/ة الخدمة مقابل الخدمات المخولة في خطة الخدمة التابعة للمستهلك-صاحب عمل وقائمة المهام التي وافقت عليها أو وكالة المنطقة لشؤون الشيخوخة (Area Agency on Aging: AAA). تُعتبر أي دفعة بموجب أي مما يلي من الشروط التالية كزيادة في الدفع:	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:
الخدمات غير المشمولة في خطة المستهلكين-أصحاب العمل المعتمدة وفي قائمة المهام،	Services that are not included on the consumer-employer approved service plan and task list,
الخدمات المقدمة لساعات غير مخولة، أو	Services provided for more hours than authorized, or
الخدمات المقدمة إلى مستهلك-صاحب عمل غير مؤهل لهذه الخدمات.	Services provided to a consumer-employer not eligible for services.
يجب أن تُدفع أي من المدفوعات الزائدة إلى ODHS ويتحمل مُقَدِّم/ة الخدمة وحده المسؤولية بالقيام بذلك.	Any overpayments must be repaid to ODHS and are the sole responsibility of the provider.

Recordkeeping, access and confidentiality of consumer-employer records - حفظ السجلات، والوصول إلى سجلات مستهلك-صاحب عمل والمحافظة على سريتها

حفظ السجلات، والوصول إلى سجلات مستهلك-صاحب عمل والمحافظة على سريتها	Recordkeeping, access and confidentiality of consumer-employer records
يفهم مقدم الخدمة ويوافق على ما يلي:	Provider understands and agrees that:
حفظ السجلات:	A. Recordkeeping:
يتحمل مُقَدِّم/ة الخدمة مسؤولية إكمال ودقة السجلات المالية والمتعلقة وتلك المتعلقة بتسجيل الوقت (على سبيل المثال، سجلات الوقت) وكافة الوثائق الأخرى المتعلقة بخدمات معينة التي يطالب مُقَدِّم/ة الخدمة بتسديد أجورها. سيحتفظ مُقَدِّم/ة الخدمة بجميع السجلات التي توثق الخدمات المعينة التي تُقدَّم إلى مستهلك-صاحب عمل يستحق تلقاها عملاً بهذه الاتفاقية والتي يطالب مُقَدِّم/ة الخدمة بتسديد أجورها، امتثالاً بالقواعد الإدارية المعمول بها.	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.
سيحتفظ مُقَدِّم/ة الخدمة بجميع السجلات المذكورة أعلاه في الفقرة 3(A)(i) وسيكون قادراً على تقديمها لأي فترة مما يلي، أي كان منهما الأطول:	ii. Provider shall keep and be able to provide all records described above in 3(A)(i) for whichever is longer:
ست سنوات بعد الدفعة النهائية وانتهاء هذه الاتفاقية	• Six years following final payment and termination of this Agreement
أي فترة امتثالاً بالقانون المعمول به، أو	• Any period as required by applicable law, or

حفظ السجلات، والوصول إلى سجلات مستهلك-صاحب عمل والمحافظة على سريتها	Recordkeeping, access and confidentiality of consumer-employer records
لحين الانتهاء من أي تدقيق، أو خلاف أو تقاضي ينشأ نتيجة لهذه الاتفاقية أو يتعلق بها.	Until any audit, controversy or litigation arising from or related to this Agreement is complete.
الوصول:	B. Access:
تتاح جميع الوثائق المالية وسجلات الوقت وأي وثائق أخرى	All financial and timekeeping records and all other documentation
تتعلق بالخدمات المقدمة بموجب هذه الاتفاقية على الفور إلى الكيانات التالية وممثلهم المعيّنين وفقاً للقوانين لفحصها، وتدقيقها واستنساخها حسب الطلب:	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:
• ODHS	• ODHS
• OHA	• OHA
• المستهلك-صاحب عمل	• The consumer-employer
• المكتب المحلي لـ APD أو AAA	• The APD or AAA local office
• وحدة الاحتيال على ميديكيد في إدارة العدل في ولاية أوريغون (The Oregon Department of Justice Medicaid Fraud Unit)	• The Oregon Department of Justice Medicaid Fraud Unit
• مكتب وزارة الخارجية في ولاية أوريغون،	• The Oregon Secretary of State Office,
• المركز الأمريكي لخدمات الميديكير والميديكيد (U.S. Center for Medicaid & Medicare Services)	• U.S. Center for Medicare & Medicaid Services, and
• الحكومة الفيدرالية.	• The federal government.

Confidentiality - السرية

السرية	Confidentiality
يفهم مُقدِّم/ة الخدمة بأنه يجب على مُقدِّم/ة الخدمة المحافظة على سرية جميع المعلومات الخاصة بالمستهلك-صاحب العمل الذي يعمل لديه مُقدِّم/ة الخدمة. بإمكان مقدمي الخدمة المشاركة بالمعلومات مع مدير الحالة المسؤول عن المستهلك-صاحب العمل، والمكاتب المحلية للـAPD أو AAA أو الممرضة المجتمعية المسجلة التي تعمل مع المستهلك-صاحب العمل الذي يوظف مُقدِّم/ة الخدمة حسبما يفوضه القانون.	Provider understands provider must keep all information involving provider's consumer-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.

Active enrollment - الانتساب ساري المفعول

الانتساب ساري المفعول	Active enrollment
من خلال توقيعه (ا) على هذه الاتفاقية، يوافق مُقدِّم/ة الخدمة على أن مُقدِّم/ة الخدمة متوفر وقادر على تقديم الخدمات لواحد أو أكثر من المستهلكين-أصحاب العمل المؤهلين للخدمات البيئية الممولة من المصادر العامة في ولاية أوريغون. سينتهي مفعول هذه الاتفاقية وانتساب مُقدِّم/ة الخدمة إذا لم تكن الخدمات مخولة أو مدفوعة الثمن خلال فترة إثني عشرة شهر. بعد إبطال التفعيل، يجوز لمقدم الخدمة تقديم طلب مرة أخرى للانتساب كعامل في الرعاية المنزلية إذا كان مُقدِّم/ة الخدمة يريد تقديم الخدمات إلى المستهلكين-أصحاب العمل المسؤولة عنهم إدارة الخدمات البشرية في ولاية أوريغون (ODHS).	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.

Eligibility and continued participation - الأهلية والأشتراك المستمر

الأهلية والأشتراك المستمر	Eligibility and continued participation
تعتمد الأهلية والأشتراك المستمر كـHCW على مُقدِّم/ة الخدمة على ما يلي:	Eligibility and continued participation as a HCW depend on provider:
• أن يوقع على هذه الاتفاقية	• Signing this Agreement

الأهلية والأشتراك المستمر	Eligibility and continued participation
تعبئة اتفاقية جديدة عند الطلب	Completing a new agreement when required
تلبية جميع معايير الانتساب حسب ورودها في قاعدة ولاية ولاية أوريغون الإدارية المرقمة -OAR 411-031-0040	Meeting all enrollment standards described in OAR 411-031-0040
اجتياز تدقيق الخلفية الجنائية، بالإضافة إلى	Passing a background check, and
تلبية جميع متطلبات التدريب المحددة في القاعدة OAR 418-020-0035 (التدريب الإلزامي ومعايير تقييم المهارة).	Fulfilling all training requirements outlined in OAR 418-020-0035 (<i>mandatory training and competency evaluation standards</i>).
يجب على مُقدم/ة الخدمة النجاح في جميع التحقيقات الواردة في قاعدة بيانات الانتساب قبل الانتساب وإعادة التأهيل. وهذا يشمل، ولكن لا يقتصر على، لائحة الاستبعادات الصادرة عن مكتب المفتش العام (Office of Inspector General: OIG)، ولائحة الاستبعاد في نظام إدارة الجوائز (System Award Management: SAM)، والملف الرئيسي للوفيات التابع لإدارة الضمان الاجتماعي، ونظام تصديق الأسماء القانونية وأرقام الضمان الاجتماعي من قبل دائرة الضرائب.	Provider must pass all required provider enrollment database checks prior to enrollment and recertification. This includes, but is not 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.

تعليق مقدمي - Provider suspensions and payment recovery

الخدمة واسترجاع الدفعات

تعليق مقدمي الخدمة واسترجاع الدفعات	Provider suspensions and payment recovery
قد ينتج عن عدم دقة الطلب في أي مجال أو عدم الامتثال بشروط هذه الاتفاقية، أو قواعد الـ APD أو قواعد هيئة أوريغون الصحية العقوبات، أو إلغاء الاتفاقية أو استرجاع الدفعات عملاً بالقواعد المرقمة OAR 411-031-0020، و OAR 411-031-0040 إلى 411-031-0050، و OAR 411-034-0050 و OAR 411-034-0055 و OAR 411-020-411-020	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-

تعليق مقدمي الخدمة واسترجاع الدفعات	Provider suspensions and payment recovery
0000 إلى OAR 411-020-0130 و-410-120-1397 إلى 410-120-1600. قد يكون لدى مُقدم/ة الخدمة حقوق في الاستئناف حسب ورودها في القواعد التالية:	0000 through OAR 411-020-0130 and 410-120-1397 through 410-120-1600. Provider may have appeal rights as described in:
OAR 411-031-0050 للعاملين في الرعاية المنزلية	• OAR 411-031-0050 for homecare workers
OAR 411-034-0055 للمساعدين في الرعاية الشخصية، بالإضافة إلى	• OAR 411-034-0055 for personal care attendants, and
OAR 407-007-0200 إلى 410-007-0370 عندما تكون مبنية على أساس تدقيق الخلفية الجنائية.	• OAR 407-007-0200 through 410-007-0370 when based upon a background check.

علاقات التوظيف - Employment relationship

علاقات التوظيف	Employment relationship
يفهم مُقدم/ة الخدمة أن مُقدم/ة الخدمة ليس موظفًا لدى ولاية أوريغون، أو أي قسم تابع لـ ODHS أو OHA، أو لدى أي مكتب لوكالة المنطقة لشؤون الشيخوخة (Area Agency on Aging: AAA) ولن يعتبر موظفًا لولاية أوريغون لأي غرض (ما عدا إذا كان منصوص عليه في القانون لأغراض المفاوضة الجماعية) أو لـ AAA. تُعتبر أي إشارة إلى هيئة الرعاية المنزلية (Home Care Commission) كصاحب العمل المسؤول عن شؤون الموظفين (employer of record) فقط لأغراض المفاوضة الجماعية، كما ينص عليه قانون الولاية.	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.
تقع مسؤولية تحديد مكان وجود مُقدم/ة الخدمة المؤهل وإجراء المقابلة معه(ا) وتوظيفه على عاتق المستهلك-صاحب العمل. تقع مسؤولية تحديد العلاقة الوظيفية على عاتق المستهلك-صاحب العمل في وقت التوظيف.	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.

اشتراك ميديكيد - Medicaid participation

اشتراك ميديكيد	Medicaid participation
يفهم مقدم الخدمة ويوافق على ما يلي:	Provider understands and agrees that:
ستتحقق ODHS فيما إذا كانت المعلومات التي يفصح عنها مُقَدِّم/ة الخدمة صحيحة ودقيقة. ستستخدم هذه المعلومات لإدارة شؤون برنامج ميديكيد.	A. ODHS will verify whether information disclosed by provider is true and accurate. This information will be used to administer the Medicaid program.
يبلغ مُقَدِّم/ة الخدمة ODHS عن أية تغييرات التي من شأنها أن تؤثر على الاتفاقية، أو الدفع مقابل الخدمات المضمنة في هذه الاتفاقية، خلال ثلاثين (30) يومًا من تاريخ التغيير. يشمل ذلك وليس في سبيل الحصر، تغييرات في الاسم، أو معلومات الاتصال أو السجلات الجنائية.	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.
يلبي مُقَدِّم/ة الخدمة وفي جميع الأوقات مؤهلات التدريب والمؤهلات المعمول بها ويكون حائز على المهارة المهنية للقيام بهذا العمل بموجب هذه الاتفاقية. إن عدم إكمال التدريبات أو عدم تلبية المؤهلات المطلوبة قد يؤدي إلى إلغاء انتساب مُقَدِّم/ة الخدمة.	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.
تقدم جميع الاتصالات أو الإشعارات من مُقَدِّم/ة الخدمة ولأغراض هذه الاتفاقية خطيًا إلى المكتب المحلي للمسنين والأفراد ذوي الإعاقات (Aging and People with Disabilities)، أو وكالة المنطقة لشؤون الشيخوخة (Area Agency on Aging: AAA)، أو ODHS شخصيًا، أو عبر البريد الإلكتروني، أو الفاكس أو البريد الاعتيادي.	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.

اشتراك ميديكيد	Medicaid participation
أن جميع المعلومات التي يقدمها مُقَدِّم/ة الخدمة في هذه الاتفاقية صحيحة ودقيقة. قد يعاقب القانون أي إهمال أو تقديم معلومات غير صحيحة أو تزوير متعمد لأي من المعلومات المقدمة أو المتضمنة إلى ODHS بموجب القانون الإداري أو الجنائي أو كلاهما. وهذا يشمل، ولكن لا يقتصر على، رفض إصدار رقم مُقَدِّم/ة الخدمة في ODHS، ونقض رقم مُقَدِّم/ة الخدمة الصادر عن ODHS واسترجاع أي من المدفوعات الزائدة.	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.
يُطلب من مُقَدِّم/ة الخدمة الإفصاح عن أي جنحة جنائية تتعلق باشتراك مقدم الخدمة في أي برنامج تحت إدارة ميديكير، أو ميديكيد أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (Children's Health Insurance Program) منذ بدء هذه البرامج.	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.
لن تستخدم ODHS أي تمويل عام لدعم، كليًا أو جزئيًا، توظيف الأفراد في أي صفة، ممن كان محكومًا عليه (ا) بجريمة محددة في النظام التشريعي رقم ORS 443.004(3) والذين على اتصال مع الأفراد المؤهلين لتلقي خدمات ميديكيد.	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.

الخدمات - Services

الخدمات	Services
يفهم مقدم الخدمة ويوافق على ما يلي:	Provider understands and agrees that:
يقدم مُقَدِّم/ة الخدمة الخدمات الواردة في خطة الخدمة وقائمة المهام التابعة للمستهلك-صاحب العمل بموجب القواعد التالية، حسب الحاجة:	A. Provider shall perform services identified in the consumer-employer service plan and task list in accordance with the following rules, as applicable:
الفصل 411 من القواعد الإدارية في ولاية أوريغون (OAR)، القسم 30 الخدمات المنزلية (In-Home Services)	i. OAR chapter 411, division 30 (In-Home Services)
الفصل 411 من القواعد الإدارية في ولاية أوريغون (OAR)، القسم 34 خطة الولاية للرعاية الشخصية (State Plan Personal Care)	ii. OAR chapter 411, division 34 (State Plan Personal Care)
الفصل 411 من القواعد الإدارية في ولاية أوريغون (OAR)، القسم 35 الخدمات المساعدة في خطة الولاية-صنف (K (K-State Plan Ancillary Services	iii. OAR chapter 411, division 35 (K-State Plan Ancillary Services)
الفصل 411 من القواعد الإدارية في ولاية أوريغون (OAR)، القسم 32 برنامج أوريغون للاستقلالية (Oregon Project Independence)	iv. OAR chapter 411, division 32 (Oregon Project Independence)
لن يدخل مُقَدِّم/ة الخدمة في أي مقالة فرعية أو يؤهل شخص لتأدية الخدمات المخولة في الاتفاقية بالنيابة عن مُقَدِّم/ة الخدمة. يدرك مُقَدِّم/ة الخدمة أنه يُعتبر الدخول في مقالة فرعية أو تخويل شخص آخر لتأدية الخدمات بالنيابة عن مُقَدِّم/ة الخدمة احتيالاً على ميديكيد وخاضع للعقاب من قبل القانون.	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.

المدفوعات - Payment

المدفوعات	Payment
يفهم مقدم الخدمة ويوافق على ما يلي:	Provider understands and agrees that:
تدفع ODHS مُقَدِّم/ة الخدمة نيابة عن المستهلك-صاحب العمل مقابل الخدمات المخولة مسبقًا والتي يؤديها عامل الرعاية المنزلية بموجب هذه الاتفاقية. تخضع المدفوعات التي تصرفها ODHS من الأموال العامة للقاعدة رقم ORS 293.462. تُشرح التزامات ODHS حيال الدفعات التي تقوم بها ODHS إلى مُقَدِّم/ة الخدمة في الفصل 411 من الـOAR، الأقسام 27 و31؛ الفصل 407 من الـOAR، القسم 120؛ بالإضافة إلى	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
الفصل 410 من الـOAR، القسم 120.	OAR chapter 410, division 120.
يسدد إلى مُقَدِّم/ة الخدمة وفق الأجر المتفق عليه في اتفاقية المفاوضة الجماعية بين OHCC والاتحاد الدولي لموظفي الخدمات (503، SEIU).	B. Provider will be paid at the wage rate agreed upon in the collective bargaining agreement between OHCC and SEIU, 503.
تقع مسؤولية أية دفعة مقابل الخدمات لصالح المستهلكين-أصحاب العمل غير المخولين على عاتق مُقَدِّم/ة الخدمة وحده (أ). لا تدفع ODHS نيابة عن المستهلكين-أصحاب العمل غير المؤهلين مقابل خدمات لم تخول مسبقًا.	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.
تعتبر الدفعة التي تسدها ODHS مقابل أي خدمة بموجب هذه الاتفاقية بأنها دفعة كاملة. لا يجوز لمُقَدِّم/ة الخدمة فرض نفقة على المستهلك-صاحب العمل، أو أحد أقارب المستهلك-صاحب العمل أو ممثله، للأشياء التالية:	D. ODHS payment for any service provided under this Agreement is payment in full. Provider may not charge the consumer-employer, or a relative or representative of the consumer-employer, for:
البند المتضمنة في دفعات الخدمة	Items included in service payments

المدفوعات	Payment
أي بنود تدفع تكاليفها ODHS، أو	Any items for which ODHS makes payments, or
أي خدمات إضافية يختارها مُقَدِّم/ة الخدمة لتأديتها إلى المستهلك-صاحب العمل. من خلال قبول الدفعة، يقر مُقَدِّم/ة الخدمة امتثاله (ا) لجميع قواعد ODHS المعمول بها.	Any additional services provider chooses to provide the consumer-employer. By accepting payment, provider certifies compliance with all applicable ODHS rules.
كشرط للدفع، يجب على مُقَدِّم/ة الخدمة تلبيةه للامتثال لهذه الاتفاقية والمحافظة عليه، وعلى القواعد الإدارية في ولاية أوريغون المرقمة OAR 407-120-0300 إلى 407-120-1505، والفصل 410 من القاعدة، القسم 42، 120، CFR 455.400 إلى 455.470، كما هو معمول به، و 42 CFR 455.100 إلى 455.106.	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.
قد تسترجع ODHS أي دفعة زائدة إلى مُقَدِّم/ة الخدمة كما تنص عليه القاعدة 410-120-1397 إلى 410-120-1600 وتماشياً مع اتفاقية المفاوضة الجماعية المعمول بها وهذا يشمل، ولكن لا يقتصر على، إيقاف الدفعات لمُقَدِّم/ة الخدمة في المستقبل.	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.
تعتمد المدفوعات للخدمات التي يؤديها العامل في الرعاية المنزلية ما بعد فترة السنتين الحالية على استلام ODHS من الجمعية التشريعية لولاية أوريغون (Oregon Legislative Assembly) للاعتمادات ومخصصاتها والتحديدات أو أية سلطة إنفاق أخرى تكفي للسماح لـ ODHS، ضمن حريتها الإدارية المعقولة، للاستمرار بإجراء الدفعات.	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.

المدفوعات	Payment
لن تدفع ODHS لمُقدِّم/ة الخدمة مقابل العمل الذي قام به في الظروف التالية:	H. ODHS will not pay provider for work performed:
قبل اكتمال الاتفاقية وإصدار ODHS رقم مُقدِّم/ة الخدمة	Before the agreement is completed and ODHS issues a provider number
بعد انتهاء مفعول الاتفاقية أو بعد إلغائها	After the agreement expires or terminates
بعد انتهاء صلاحية تدقيق الخلفية الجنائية، أو	After a background check expires, or
أثناء إلغاء أو تعليق أو الإنهاء الفوري لرقم مُقدِّم/ة الخدمة.	While a provider number is deactivated, suspended or immediately terminated.
لا يضمن انتساب مُقدِّم/ة الخدمة وإصدار رقم مُقدِّم/ة الخدمة العمل أو أي حد أدنى من العمل.	I. Provider enrollment and issuance of a provider number does not guarantee work or any minimum amount of work.
تماشيًا مع القاعدتين OAR 410-120-1300 و-411-0040، يجب تقديم كافة المطالبات للخدمة خلال 12 شهرًا من تاريخ أداء الخدمة وإلا فلن يجري الدفع.	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.

فترة الاتفاقية وإنهاء العمل - Duration and termination of Agreement

بها

فترة الاتفاقية وإنهاء العمل بها	Duration and termination of Agreement
تدوم صلاحية هذه الاتفاقية لسنتين من تاريخ التوقيع عليها. يجب على مُقَدِّم/ة الخدمة تقديم اتفاقية جديد خلال سبعين يوماً على الأقل قبل نفاذها لأجل إعدادها في الوقت المناسب.	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.
ستنتهي ODHS، أو تعلق أو تبطل مفعول هذه الاتفاقية إذا تصدر ODHS قراراً نهائياً بنقض رقم مُقَدِّم/ة الخدمة وانتسابه على أساس نتيجة ضمن الأحكام والشروط الموضوعية في القاعدة OAR 411-031-0050.	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.
عجز مُقَدِّم/ة الخدمة عن تقديم معلومات في الوقت المحدد، وكاملة ودقيقة أو عدم التعاون مع أي متطلبات للفحص، ما عدا إذا حددتها ODHS بأنها ليست من مصلحة برنامج ميديكيد.	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.
إنهاء انتساب مُقَدِّم/ة الخدمة بموجب الفصل التاسع (Title XIX) من قانون الضمان الاجتماعي أو تحت برنامج ميديكيد أو برنامج CHIP في أي ولاية.	2. The provider's enrollment is terminated under Title XIX of the Social Security Act or under a Medicaid program or CHIP program of any state.
عجز مُقَدِّم/ة الخدمة عن تقديم مجموعات من بصمات الأصابع بالطرق المحددة من قبل ODHS خلال 30 يوماً من تاريخ خدمات مراكز ميديكير وميديكيد (Centers for Medicare and Medicaid Services: CMS) أو طلب من ODHS، ما لم تحدد أن ذلك ليس في مصالح برنامج ميديكيد.	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.

فترة الاتفاقية وإنهاء العمل بها	Duration and termination of Agreement
إدانة مُقَدِّم/ة الخدمة بجريمة جنائية، أو تعليقه أو منعه من التعامل مع ميديكير، أو ميديكيد أو برنامج التأمين الصحي للأطفال (Children's Health Insurance Program) في السنوات الـ 10 الأخيرة	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
قرار صادر عن مركز خدمات الميديكيد (CMS) أو ODHS أن مُقَدِّم/ة الخدمة قد زور أي من المعلومات في طلب التقديم أو كانت CMS أو ODHS غير قادرتين على التحقق من هوية مقدم الطلب للعمل كمُقَدِّم/ة الخدمة	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
عدم تلقي ODHS التمويل، أو المخصصات، أو التحديدات، أو سلطة إنفاق على المستويات التي تقرر ODHS أو البرنامج المعين بأنه فيه ما يكفي لدفع تكاليف الخدمات أو البنود الواردة في هذه الاتفاقية.	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.
تغيير في القوانين الفيدرالية أو في الولاية للأنظمة أو الخطوط التوجيهية أو إذا فسرتها ODHS بطريقة تمنع ما يلي:	7. Federal or state laws, regulations or guidelines change or ODHS interprets them in a way that prohibits:
تقديم الخدمات أو البنود بموجب الاتفاقية، أو	8. Providing the services or items under the agreement, or
الدفع مقابل هذه الخدمات أو البنود من مصدر التمويل المخطط له	9. Paying for such services or items from the planned funding source
عدم تأهيل مُقَدِّم/ة الخدمة كمُقَدِّم/ة الخدمة. يكون الإنهاء ساري المفعول في التاريخ الذي لم يعد فيه مُقَدِّم/ة الخدمة مؤهلاً.	10. The provider no longer qualifies as a provider. The termination will be effective on the date provider is no longer qualified.

فترة الاتفاقية وإنهاء العمل بها	Duration and termination of Agreement
إخفاق مُقَدِّم/ة الخدمة في تلبية مطلب واحد أو أكثر والتي تحكم بشأن اشتراك مُقَدِّم/ة الخدمة كمُقَدِّم/ة الخدمة مسجل من قبل ODHS. يشمل ذلك اشتراط النجاح في تدقيق الخلفية الجنائية كل سنتين. بالإضافة إلى إنهاء الاتفاقية أو تعليقها أو تعطيل مفعولها، يمكن إبطال رقم مُقَدِّم/ة الخدمة على الفور، وفقاً للقاعدة رقم OAR 407-120-0360. لا يجوز تقديم أي خدمات أو بنود إلى المستهلكين-أصحاب العمل أثناء فترة التعليق.	11. The provider fails to meet one or more 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.
عجز مُقَدِّم/ة الخدمة عن تلبية جميع متطلبات التدريب المطلوب والتقييم.	12. The provider fails to fulfil all required training and assessment requirements.
قد تلغي ODHS هذه الاتفاقية في أي وقت بإخطار خطي إلى مُقَدِّم/ة الخدمة.	13. ODHS may terminate this Agreement at any time with written notification to provider.
قد ينهي مُقَدِّم/ة الخدمة هذه الاتفاقية في أي وقت عبر تقديم إخطار خطي شخصياً أو من خلال البريد الإلكتروني إلى المكتب المحلي لوكالة المنطقة لشؤون الشيخوخة (Area Agency on Aging) يحدد فيه تاريخ إنهاء الاتفاقية. لا يعفي إنهاء هذه الاتفاقية مُقَدِّم/ة الخدمة من أي التزامات حيال الخدمات أو البنود المشمولة والمقدمة لتواريخ الخدمة عندما كانت الاتفاقية سارية المفعول.	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.

يشهد مُقَدِّم/ة الخدمة على ما يلي - Provider certifies

يشهد مُقَدِّم/ة الخدمة على ما يلي:	Provider certifies:
عدم انتهاك مُقَدِّم/ة الخدمة لأي من قوانين الضرائب في ولاية أوريغون. لأغراض هذه الشهادة، تعني عبارة "قوانين الضرائب في ولاية أوريغون (Oregon Tax Laws) ما يلي:	A. Provider is not in violation of any Oregon Tax Laws. For purposes of this certification, "Oregon Tax Laws" means:
ضريبة مفروضة بموجب الأنظمة التشريعية المنقحة لولاية أوريغون [Oregon Revised Statutes] المرقمة 320.005 إلى 320.150 و 403.200 إلى 403.250، بالإضافة إلى	A state tax imposed by Oregon Revised Statutes (ORS) 320.005 to 320.150 and 403.200 to 403.250, and
الفصول 118، و314، و316، و317، و318، و321، و323، بالإضافة إلى	ORS chapters 118, 314, 316, 317, 318, 321, and 323, and
الضرائب المحلية التي تدير شؤونها مصلحة الضرائب (Department of Revenue) بموجب النظام التشريعي رقم ORS 305.620.	Local taxes administered by the Department of Revenue under ORS 305.620.
لا يتعين على مُقَدِّم/ة الخدمة أن يدفع مقتطعات احتياطية للأسباب التالية:	B. Provider is not required to pay backup withholdings because:
إن مُقَدِّم/ة الخدمة معفي من دفع المقتطعات الاحتياطية	Provider is exempt from backup withholding
لم تبلغ مصلحة الضرائب (Internal Revenue Service: IRS) مُقَدِّم/ة الخدمة أنه مسؤول على دفع المقتطعات الاحتياطية بسبب عدم الإبلاغ عن جميع الفوائد أو الحصص، أو	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
لقد أبلغت IRS أن مُقَدِّم/ة الخدمة لم يعد خاضعاً لدفع المقتطعات الاحتياطية.	The IRS has notified provider of no longer being subject to backup withholding.
يقدم مُقَدِّم/ة الخدمة الخدمات إلى المستهلكين-أصحاب العمل بغض النظر عن العرق، أو الديانة، أو المنشأ القومي، أو الجنس، أو العمر، أو الحالة الزوجية، أو التوجه الجنسي أو الإعاقة (بموجب تحديدها عملاً بقانون الأمريكيين المعاقين (Americans with Disabilities Act)). يجب على الخدمات التعاقدية أن تلبي الاحتياجات الثقافية، واللغوية واحتياجات المستهلكين-أصحاب العمل الخاصة الأخرى.	C. Provider will provide services to consumer-employers without regard to race, religion, national origin, sex, age, marital status, sexual orientation or disability (as defined under the Americans with Disabilities Act). Contracted services must reasonably accommodate the cultural, language and other special needs of consumer-employers.

يشهد مُقَدِّم/ة الخدمة على ما يلي:	Provider certifies:
لا تشمل القائمة المسماة "المواطنين المحددة اسمائهم بصفة خاصة والأشخاص الذين جُمِدَت أموالهم" Specially Designated Nationals and) Blocked Persons (اسم مُقَدِّم/ة الخدمة. يحتفظ مكتب مراقبة الأصول الأجنبية التابع لوزارة الخزانة الأمريكية (The U.S. Department of the Treasury Office of Foreign Assets Control) بهذه القائمة، وهي متوفرة على الموقع الإلكتروني https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf	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 https://www.treasury.gov/ofac/downloads/sdnlist.pdf.
يقر مُقَدِّم/ة الخدمة أن قانون الادعاءات الكاذبة في ولاية أوريغون (Oregon False Claims Act)، بموجب ORS 180.750 إلى 180.785، ينطبق على أي "ادعاء" (على النحو المحدد في ORS 180.750) يقوم به مُقَدِّم/ة الخدمة أو يؤدي إليه بموجب هذه الاتفاقية أو تجاه أداء العمل والمدفوعات المتعلقة بهذه الاتفاقية.	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.
يشهد مُقَدِّم/ة الخدمة أنه لا توجد مطالبة زائفة أو ستكون زائفة (حسب تحديدها بموجب تشريع أوريغون المرقم ORS 180.750) أو فعل ممنوع بموجب التشريع ORS 180.755.	• Provider certifies that no claim is or will be a "false claim" (as defined by ORS 180.750) or an act prohibited by ORS 180.755.
يقر كذلك مُقَدِّم/ة الخدمة أنه بالإضافة إلى سبل الانتصاف بموجب هذه الاتفاقية، فإذا قدم (أو تسبب في تقديم) ادعاء كاذب أو إذا أدى	• 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
(تسبب في اداء) فعل ممنوع بموجب قانون الادعاءات الكاذبة في ولاية أوريغون (Oregon False Claims Act)، فقد يفرض النائب العام في ولاية أوريغون المسؤوليات والعقوبات في قانون الادعاءات الكاذبة في ولاية أوريغون ضد مُقَدِّم/ة الخدمة.	(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.

Indemnification - التعويض

التعويض	Indemnification
يعوض مُقَدِّم/ة الخدمة ولاية أوريغون ويدافع عنها، ووكالاتها المرتبطة بها والمسؤولين لديها، والموظفين والوكلاء من جميع المطالبات، والدعاوى، والإجراءات، والخسائر، والأضرار، والالتزامات، والتكاليف والمصروفات أيًا كان طبعها والتي تنتج عن، أو تتعلق بالأفعال والإغفالات التي يرتكبها مُقَدِّم/ة الخدمة بموجب هذه الاتفاقية.	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.

Provider signature - توقيع مقدم الخدمة

توقيع مقدم الخدمة	Provider signature
من خلال توقيعني على هذا الطلب لانتساب مُقَدِّم/ة الخدمة في الرعاية المنزلية، أؤكد بأنني قد قرأت اتفاقية الانتساب، وأفهم أحكام وشروط الاتفاقية، وأوافق على الالتزام بالأحكام والشروط في هذه الاتفاقية، وأشهد أن جميع المعلومات التي قدمتها إلى ODHS صحيحة ودقيقة. كما أنني أفهم وأوافق على أن انتهاك أي من الأحكام والشروط المنصوص عليها في هذه الاتفاقية تشكل أسبابًا لإنهاء هذه الاتفاقية وقد تشكل أسبابًا لفرض عقوبات أخرى كما ينص عليها القانون، أو القاعدة الإدارية أو هذه الاتفاقية.	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.
اسم مُقَدِّم/ة الخدمة بأحرف متقطعة	Print name of provider
توقيع مُقَدِّم/ة الخدمة	Signature of provider
تاريخ التوقيع (تاريخ سريان المفعول)	Signature date (<i>effective date</i>)
أعد الوثيقة الكاملة إلى المكتب المحلي للمسنين والأفراد ذوي الإعاقات (Aging and People with Disabilities) أو مكتب وكالة المنطقة لشؤون الشيخوخة (Disabilities Area Agency on Aging)	Return completed document to your local Aging and People with Disabilities office or Area Agency on Aging office.

ملاحظة - Note

ملاحظة: قد تحتوي هذا الاستمارة على معلوماتك الشخصية. ينطوي على إعادة هذه الاستمارة بالبريد الإلكتروني غير الأمن خطر اعتراضها من شخص لم ترسل البريد الإلكتروني له/ا.	NOTE: 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.
إذا لم تكن متأكدًا كيف ترسل بريدًا إلكترونيًا آمنًا، فكر في استخدام البريد العادي أو الفاكس.	If you are not sure how to send a secure email, consider using regular mail or fax.

You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer free of charge. Contact the Aging and People with Disabilities at apd.ltss@odhs.oregon.gov or [503-945-5600](tel:503-945-5600). We accept all relay calls.



OREGON DEPARTMENT OF
Human Services

Aging and People with Disabilities

Medicaid Services and Supports

500 Summer St. NE, E-10

Salem, OR 97301-1076

503-945-5600

odhs.info@odhs.oregon.gov

www.oregon.gov/odhs