

USŁUGI POMOCY OSOBISTEJ (PERSONAL ASSISTANCE SERVICES, PAS)

ZESTAWIENIE ARKUSZA CZASU PRACY DO WYPŁATY I FORMULARZ ZAŚWIADCZENIA (Strona 1 z 2)

Dzień tygodnia	Data	Podbicie karty przy przyjeździe 1. zmiana		Podbicie karty przy wyjściu 1. zmiana		Podbicie karty przy przyjeździe 2. zmiana		Podbicie karty przy wyjściu 2. zmiana		Podbicie karty przy przyjeździe 3. zmiana		Podbicie karty przy wyjściu 3. zmiana		Ilość godzin w ciągu dnia ogółem: (h):mm
Niedziela			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Poniedziałek			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Wtorek			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Środa			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Czwartek			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Piątek			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Sobota			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
													Ilość godzin w tygodniu ogółem:	

Dzień tygodnia	Data	Podbicie karty przy przyjeździe 1. zmiana		Podbicie karty przy wyjściu 1. zmiana		Podbicie karty przy przyjeździe 2. zmiana		Podbicie karty przy wyjściu 2. zmiana		Podbicie karty przy przyjeździe 3. zmiana		Podbicie karty przy wyjściu 3. zmiana		Ilość godzin w ciągu dnia ogółem: (h):mm
Niedziela			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Poniedziałek			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Wtorek			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Środa			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Czwartek			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Piątek			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
Sobota			O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu		O Rano O Po południu	
													Ilość godzin w tygodniu ogółem:	

Imię i nazwisko uczestnika/Pracodawca w ramach prawa zwyczajowego (Common Law Employer, CLE)

Identyfikator konsumenta (numer „C”)

Pracownik opieki bezpośredniej (imię i nazwisko drukowanymi literami)

Numer identyfikacyjny DCW (numer „E”)

USŁUGI POMOCY OSOBISTEJ (PERSONAL ASSISTANCE SERVICES, PAS)**ZESTAWIENIE ARKUSZA CZASU PRACY DO WYPŁATY I FORMULARZ ZAŚWIADCZENIA (Strona
2 z 2)**

Ja, niżej podpisany Pracownik Opieki Bezpośredniej (Direct Care Worker, DCW), oświadczam, że świadczyłem/am Usługi Pomocy Osobistej na rzecz Uczestnika wymienionego na powyższym arkuszu czasu pracy oraz że przepracowane godziny są prawdziwe i poprawne.

Podpis Pracownika opieki bezpośredniej

Data podpisania

Imię i nazwisko Pracownika opieki

Numer telefonu DCW

Numer identyfikacyjny DCW

Podpis pracodawcy w ramach prawa
zwyczajowego

Numer telefonu CLE

Data podpisania

Jeśli Pracodawca w ramach prawa zwyczajowego nie mógł podpisać niniejszego formularza, Pracownik opieki bezpośredniej musi poświadczyć następującą deklarację:

Próbowałem/łam uzyskać podpis mojego Pracodawcy w ramach prawa zwyczajowego na załączonym arkuszu czasu pracy PAS; jednakże, pomimo moich najlepszych starań, nie udało mi się uzyskać podpisu Pracodawcy w ramach prawa zwyczajowego na tym arkuszu czasu pracy.

Podpis Pracownika opieki bezpośredniej

Data podpisania

Imię i nazwisko Pracownika opieki bezpośredniej

Instrukcje dotyczące wypełniania arkusza czasu pracy Pracownika opieki bezpośredniej (Direct Care Worker, DCW):

(nie należy przedkładać tej strony wraz z ewidencją czasu pracy i zaświadczeniem)

Arkusz czasu pracy bez tych wszystkich informacji nie może zostać przetworzony.

W arkuszu czasu pracy należy wprowadzić daty okresów rozliczeniowych, imiona i nazwiska oraz inne wymagane informacje. Uwaga: Okres rozliczeniowy rozpoczyna się zawsze w niedzielę o północy (12:00) i trwa do soboty do godziny 11:59.

Proszę podać numer(y) telefonu, aby można było się z Panem/Panią skontaktować w razie pytań dotyczących przesłanych materiałów.

Liczba przepracowanych godzin: Należy zapisać rzeczywisty czas przybycia i opuszczenia miejsca pracy dla wszystkich godzin i dla wszystkich zmian. Następnie należy obliczyć sumy dzienne, które należy zaokrąglić w górę do najbliższego przyrostu 15-minutowego. Na przykład, jeśli DCW pracuje przez 1 godzinę i 10 minut, należy zaokrąglić sumę dzienną do 1 godziny i 15 minut.

Należy wypełnić wszystkie informacje w arkuszu czasu pracy: na każdy dzień przypadają 3 sekcje pól, w których należy zaznaczyć godziny i minuty przepracowane przez DCW; na każdy dzień przypadają 3 sekcje pól, w których należy zaznaczyć godziny i minuty przepracowane przez DCW; jeśli dla jednego dnia potrzebnych jest więcej niż 3 zmiany (czas przybycia i wyjścia), należy użyć drugiego arkusza czasu pracy i wypełnić wszystkie wymagane informacje dotyczące Uczestnika, DCW, okresu rozliczeniowego oraz podpisy.

PRZYPOMNIENIE o Usługach nieobjętych ubezpieczeniem: DCW nie otrzyma zapłaty za usługi nieobjęte ubezpieczeniem, w tym za czynności/czas spędzony przez DCW w czasie, gdy uczestnik przebywa w placówce leczenia zamkniętego, w tym, między innymi, w szpitalach, ośrodkach rehabilitacyjnych, zakładach opiekuńczych itp. Czas zajęć wykonywanych przez DCW w czasie, gdy uczestnik przebywa w placówce leczenia zamkniętego, może zostać przekazany do specjalnej Jednostki prowadzącej dochodzenia.

Składanie arkuszy czasu pracy: Proszę przesłać ten formularz faksem lub pocztą elektroniczną do godziny 4:00 w poniedziałek po zakończeniu okresu rozliczeniowego, aby zapewnić terminowe wpłaty bezpośrednie oraz czeki. Proszę nie wysyłać arkusza czasu pracy dwukrotnie. Arkusze czasu pracy wysłane pocztą elektroniczną lub faksem przed przepracowaniem godzin nie zostaną przetwarzane.

Może pan/Pani przesłać ten arkusz czasu pracy do Tempus:

korzystając z bezpłatnego faksu: 833-583-6787

E-mail: InboxTimesheetManagement@tempusunlimited.org

Adres pocztowy: Tempus Unlimited, Inc.

600 Technology Center Drive

Stoughton, MA 02072