

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES PROGRAM**THỎA THUẬN TUẦN LÀM VIỆC CỦA NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ VÀ NGƯỜI CHĂM SÓC**

SỐ HỒ SƠ IHSS CỦA NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ

Tên người nhận dịch vụ: (FIRST, MIDDLE, LAST)

Tổng số giờ ủy quyền cho tôi là _____.

Tổng số giờ hàng tháng của tôi sẽ được chia cho 4 để định rõ số giờ tối đa hàng tuần của tôi. Giờ tối đa hàng tuần của tôi là _____. Theo những trường hợp, tôi có thể điều chỉnh giờ giấc mỗi tuần của tôi mà tôi sẽ sử dụng nhiều giờ hơn trong tuần tôi thường dùng, miễn là tôi sử dụng ít giờ hơn trong tuần khác.

Tôi hiểu rằng mẫu này là một dụng cụ để giúp tôi ghi thời khóa biểu của người chăm sóc của tôi. Thời khóa biểu này giúp đảm bảo rằng người chăm sóc của tôi làm trong vòng giờ tôi được ủy quyền mỗi tháng.

CÁC CHỈ DẪN:

1. Trong cột A dưới đây, hãy ghi tên của tất cả các người chăm sóc mà quý vị muốn họ cung cấp dịch vụ cho quý vị.
2. Trong cột B dưới đây, ghi số mã của mỗi người chăm sóc của quý vị (số mã đó nằm trên phiếu giờ làm).
3. Trong cột C dưới đây, ghi tổng số giờ chỉ định tối đa của mỗi tuần cho mỗi người chăm sóc của quý vị.
4. TỔNG số giờ tối đa hàng tuần cho tất cả các người chăm sóc (cột C) phải bằng số giờ tối đa hàng tuần của quý vị.

A	B	C
TÊN NGƯỜI CHĂM SÓC (FIRST, MIDDLE, LAST)	SỐ MÃ NGƯỜI CHĂM SÓC	Giờ chỉ định mỗi tuần
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
TỔNG SỐ GIỜ TỐI ĐA HÀNG TUẦN CỦA NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ		Mỗi tuần: _____

SỰ THỪA NHẬN CỦA NGƯỜI NHẬN DỊCH VỤ :

- Tôi hiểu rằng bằng cách điền và nộp mẫu đơn này đến các quận chương trình In-Home Supportive Services (IHSS), tôi có lập thời khóa biểu giờ làm cho các người chăm sóc có tên.
- Tôi hiểu rằng đó là trách nhiệm của tôi phải lập thời khóa biểu giờ làm cho mỗi người chăm sóc để tổng số giờ làm của tất cả các người chăm sóc của tôi không vượt qua giờ hàng tuần tối đa của tôi hay giờ hàng tháng tôi được ủy quyền.
- Tôi hiểu rằng theo những trường hợp tôi có thể điều chỉnh giờ hàng tuần của tôi, nhưng giờ ủy quyền hàng tháng của tôi sẽ không thay đổi trừ khi tôi nhận được Thông báo mới từ quận báo cáo giờ mới của tôi.
- Tôi hiểu rằng các người chăm sóc của tôi sẽ không được trả lương bởi từ chương trình IHSS cho bất kỳ số giờ dư nếu số giờ họ cung cấp dịch vụ cho tôi vượt qua giờ tôi được ủy quyền hàng tháng. Nếu người chăm sóc của tôi làm nhiều giờ hơn tôi được ủy quyền hàng tháng hoặc cung cấp những dịch vụ mà không được phép từ chương trình IHSS, đó là trách nhiệm của tôi phải trả lương cho họ những giờ bổ sung hoặc dịch vụ cung cấp.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi muốn những giờ chỉ định hàng tuần cho người chăm sóc làm trong vòng giờ tôi được ủy quyền mỗi tháng và các phiếu giờ làm của họ luôn luôn được xử lý như giờ tôi chỉ định cho họ, tôi phải yêu cầu và hoàn thành một đơn (SOC 838) Recipient Assignment of Authorize Hours to Providers (đơn chỉ định giờ cho người chăm sóc) và gửi đến các quận.

NGƯỜI NHẬN KÝ TÊN

NGÀY

TÊN NGƯỜI NHẬN (FIRST, MIDDLE, LAST)

TÊN NGƯỜI ĐẠI DIỆN
(NẾU NGƯỜI NHẬN KHÔNG THỂ KÝ CHO MÌNH)

QUAN HỆ VỚI NGƯỜI NHẬN

SỐ ĐIỆN THOẠI

NGƯỜI ĐẠI DIỆN KÝ TÊN

SỰ THỪA NHẬN NGƯỜI CHĂM SÓC :

- Tôi hiểu rằng bằng cách ký vào đơn này tôi đồng ý với thời khóa biểu và không làm hơn những giờ chỉ định cho tôi, trừ khi người nhận dịch vụ của tôi điều chỉnh lại thời khóa biểu.
- Tôi hiểu rằng nếu tôi làm hơn những giờ hàng tháng người nhận dịch vụ được uỷ quyền, các giờ đó không được xem như là dịch vụ IHSS và sẽ không được trả lương bởi từ chương trình IHSS. Đó là trách nhiệm của người nhận của tôi phải trả tiền cho những giờ tôi bổ sung. Các chương trình IHSS chỉ trả lương cho những dịch vụ bởi từ chương trình IHSS uỷ quyền cho.
- Tôi hiểu rằng tôi phải tuân theo các yêu cầu của chương trình được trình bày trên các đơn Hiệp định ghi danh người chăm sóc (SOC 846).

1. NGƯỜI CHĂM SÓC KÝ TÊN	NGÀY
TÊN NGƯỜI CHĂM SÓC #1 VÀ SỐ MÃ NGƯỜI CHĂM SÓC	ĐIỆN THOẠI
2. NGƯỜI CHĂM SÓC KÝ TÊN	NGÀY
TÊN NGƯỜI CHĂM SÓC #2 VÀ SỐ MÃ NGƯỜI CHĂM SÓC	ĐIỆN THOẠI
3. NGƯỜI CHĂM SÓC KÝ TÊN	NGÀY
TÊN NGƯỜI CHĂM SÓC #3 VÀ SỐ MÃ NGƯỜI CHĂM SÓC	ĐIỆN THOẠI
4. NGƯỜI CHĂM SÓC KÝ TÊN	NGÀY
TÊN NGƯỜI CHĂM SÓC #4 VÀ SỐ MÃ NGƯỜI CHĂM SÓC	ĐIỆN THOẠI
5. NGƯỜI CHĂM SÓC KÝ TÊN	NGÀY
TÊN NGƯỜI CHĂM SÓC # 5 VÀ SỐ MÃ NGƯỜI CHĂM SÓC	ĐIỆN THOẠI

FOR COUNTY USE ONLY

WORKER NAME (FIRST MIDDLE LAST):	WORKER PHONE:
----------------------------------	---------------

