

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES PROGRAM**دریافت کننده و ارائه دهنده
توافقنامه هفته کار**

شماره پرونده دریافت کننده IHSS

نام دریافت کننده (نام، نام میانی، نام خانوادگی)

مجموع ساعات مجاز من است

ساعات کل مجاز ماهانه من در حال حاضر تقسیم بر 4 خواهد شد که تا حد اکثر ساعات هفتگی من معین شود. حد اکثر ساعات هفتگی من است . تحت شرایط خاص، من ممکن است قادر به تنظیم ساعات مجاز هفتگی خود باشم که به من اجازه می دهد ساعات بیشتری را در یک هفته اختصاص دهم تا اینکه به طور معمول برای استفاده به من داده می شود، تا زمانیکه در هفته بعد ساعات کمتری را استفاده کنم.

من درک می کنم که این فرم یک ابزاری است که به من کمک می کند تا برنامه ساعات ارائه دهنده (ها)ی خود را تنظیم کنم این برنامه به من کمک می کند تا اطمینان حاصل شود که ارائه دهنده من مابین ساعات مجاز ماهانه من باقی بماند. دستور العمل ها:

1. در ستون A در زیر، نام های تمام ارائه دهندگان را که شما مایل به دریافت خدمات از آنها هستید را وارد کنید.
2. در ستون B در زیر، شماره ارائه دهندگان خود را وارد کنید. (این شماره در برنامه زمانی واقع شده است.)
3. در ستون C در زیر، کل حداکثر ساعات اختصاص داده شده در هفته به هر یک از ارائه دهندگان خود را وارد کنید.
4. کل حداکثر ساعات در هفته برای تمام ارائه دهندگان خود در (ستون C) را باید به کل حداکثر ساعات خدمات هفته خود اضافه کنید.

C	B	A
ساعات اختصاص داده شده در هفته	شماره ارائه دهنده	نام ارائه دهنده (نام، نام میانی، نام خانوادگی)
		1.
		2.
		3.
		4.
		5.
در هفته:	کل حداکثر ساعات دریافت کننده در هفته	

شهادت نامه دریافت کننده:

- من درک می کنم که با تکمیل و ارسال این فرم به برنامه، (IHSS) In-Home Supportive Services ساعات مجاز را برای ارائه دهنده (گان) نامبرده برنامه ریزی می کنم.
- می دانم که این مسئولیت من است که برای هر یک از ارائه دهنده گان یک برنامه ای تنظیم کنم به طوری که کل ساعت کار انجام داده شده توسط تمام ارائه دهندگان خدمات از حداکثر ساعات در هر هفته و یا هر ماه تجاوز نکند.
- می دانم که در شرایط خاصی ساعات مجاز در هفته را می توانم تنظیم کنم ولی ساعات مجاز ماهانه من تغییر نکند مگر اینکه من مقررات جدید از اقدام با مجوز جدید توسط شهرستان را دریافت کنم.
- می دانم که ارائه دهندگان خدمات من نمی توانند توسط برنامه IHSS برای هر ساعت اضافی پرداخت شوند اگر تعداد ساعات ارائه خدمات آنها برای من بیش از ساعات مجاز ماهانه من باشد. اگر ارائه دهندگان خدمات کار بیش از ساعات مجاز ماهانه و یا ارائه خدماتی که توسط برنامه IHSS مجاز نیست انجام دهند، این مسئولیت من است که برای ساعات های اضافی و یا خدمات پرداخت کنم.
- می دانم که اگر من می خواهم ساعات اختصاص داده شده در هفته از ارائه دهنده (گان) من به همان گونه باقی بماند و برنامه های زمانی ارائه دهنده من همیشه برای ساعاتی که من به او اختصاص داده ام پردازش شود، من فرم (SOC 838) ساعات مجاز تکالیف دریافت کننده به ارائه دهنده را باید درخواست و تکمیل کنم.

تاریخ	امضا دریافت کننده
-------	-------------------

نام دریافت کننده (نام، نام میانی، نام خانوادگی)

شماره تلفن	رابطه به گیرنده	نماینده مجاز (اگر گیرنده به تنهایی نمی تواند نام خود را امضا کند)
تاریخ		امضا نماینده مجاز

شهادات نامه دریافت کننده:

- من می دانم که با امضای این فرم با برنامه کار موافقت می کنم و بیشتر از ساعاتی که به من اختصاص داده شده برای گیرنده کار نکنم، مگر اینکه او ساعات برنامه را تنظیم کند.
- من می دانم که اگر بیش از ساعات مجاز ماهانه دریافت کننده کار انجام داده شد، این خدمات به عنوان IHSS در نظر گرفته نخواهد شد و آن توسط برنامه IHSS پرداخت نمی شود. این مسئولیت دریافت کننده من می باشد که برای ارائه آن ساعت های اضافی پرداخت کند. برنامه IHSS فقط برای برنامه ساعات مجاز و خدمات IHSS می پردازد.
- من می دانم که باید نیاز های برنامه را که در این توافقنامه ثبت نام ارائه دهنده (SOC 846) اعلام شده است دنبال کنم.

تاریخ	1. امضا ارائه دهنده
شماره تلفن	ارائه دهنده # 1 نام و شماره ارائه دهنده با حروف چاپی
تاریخ	2. امضا ارائه دهنده
شماره تلفن	ارائه دهنده # 2 نام و شماره ارائه دهنده با حروف چاپی
تاریخ	3. امضا ارائه دهنده
شماره تلفن	ارائه دهنده # 3 نام و شماره ارائه دهنده با حروف چاپی
تاریخ	4. امضا ارائه دهنده
شماره تلفن	ارائه دهنده # 4 نام و شماره ارائه دهنده با حروف چاپی
تاریخ	5. امضا ارائه دهنده
شماره تلفن	ارائه دهنده # 5 نام و شماره ارائه دهنده با حروف چاپی

FOR COUNTY USE ONLY

WORKER NAME (FIRST MIDDLE LAST):

WORKER PHONE: