

تقاضا نامه برای خدمات مراقبت در - منزل

متقاضی عزیز: تمام قسمت های این فرم باید تکمیل شود. صحت نوشته ها ارزیابی خواهد شد.

توجه: یک نسخه از این تقاضا نامه را برای خودفتوکپی کنید. طبق قوانین 42 USC 405 ارائه شماره سوشال سکوریتی اجباری می باشد. از مشخصات ارائه شده برای تشخیص واجد شرایط بودن و هماهنگی های لازم با سایر سازمان های اجتماعی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

تاریخ تقاضا نامه:	شماره پرونده (اگر شناخته شده است):
-------------------	------------------------------------

بخش 1 - اطلاعات شخصی

نام متقاضی:	شماره سوشال سکوریتی:
نشانی:	شهر:
ایالت:	کد پستی:
تاریخ تولد:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن
	تلفن:
	ایمیل:

بخش 2 - جهت گیری جنسی و هویت جنسیتی (اختیاری)

ارائه پاسخ در بخش های زیر اختیاری و محرمانه است. هر گونه اطلاعاتی که در این بخش ارائه می کنید در تعیین صلاحیت شما مورد استفاده قرار نمی گیرد.

<p>چگونه هویت جنسیتی خود را شناسایی می کنید؟ (جعبه ای که بهترین توصیف هویت جنسیتی شما را نشان می دهد علامت بزنید)</p>	
<input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> غیر دودویی
<input type="checkbox"/> مرد	(نه مرد و نه زن)
<input type="checkbox"/> تغییر جنسیت: مرد به زن	<input type="checkbox"/> هویت جنسی دیگر
<input type="checkbox"/> تغییر جنسیت: زن به مرد	<input type="checkbox"/> رد یا نپذیرفتن گفتن جنسیت
<p>چه جنسیتی در گواهی تولد اصلی شما ذکر شده است؟</p>	
<input type="checkbox"/> زن	<input type="checkbox"/> مرد
<p>چگونه جهت گیری جنسیت خود را شناسایی می کنید؟ یک پاسخ را انتخاب کنید.</p>	
<input type="checkbox"/> راست / علاقه مند به جنس مخالف	<input type="checkbox"/> گرایش جنسی دیگر
<input type="checkbox"/> گی یا لزبین	<input type="checkbox"/> ناشناخته
<input type="checkbox"/> دوجنس گرا	<input type="checkbox"/> رد یا نپذیرفتن گفتن جنسیت
<input type="checkbox"/> ملکه یا عجیب و غریب	

بخش 3 - اطلاعات سربازان جانباز یا کهنه سرباز

<p>آیا شما یک جانباز هستید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>آیا شما همسر / فرزند یک جانباز هستید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>اگر بله، نام سرباز جانباز و شماره درخواست را ذکر نمایید:</p>	

بخش 4 - اطلاعات SSI/SSP

<p>آیا مزایای SSI/SSP را دریافت می کنید؟</p> <p><input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر</p>
<p>اگر بله، نوع زندگی شما را بررسی کنید:</p> <p><input type="checkbox"/> زندگی مستقل <input type="checkbox"/> هیئت مدیره و مراقبت <input type="checkbox"/> خانه دیگری</p>

خدمات درخواست شده:

بخش 5 - اطلاعات گذشته IHSS

آیا قبلاً خدمات مراقبت در منزل (IHSS) را دریافت کرده اید؟
بله خیر

اگر بله، زیر را کامل کنید.
تاریخ و ناحیه ای که در آن آخرین خدمات دریافت شد:

مجموع ساعات ماهانه: نام استفاده شده از بالا اگر متفاوت است:

بخش 6 - اطلاعات خانواده

فهرست اعضای خانواده:

نام همسر:

تاریخ تولد: شماره سوشال سکوریتی:

نام: والدین کودک خویشاوند دیگر غیر نسبی

تاریخ تولد: شماره سوشال سکوریتی:

نام: والدین کودک خویشاوند دیگر غیر نسبی

تاریخ تولد: شماره سوشال سکوریتی:

نام: والدین کودک خویشاوند دیگر غیر نسبی

تاریخ تولد: شماره سوشال سکوریتی:

نام: والدین کودک خویشاوند دیگر غیر نسبی

شماره سوشال سکوریته:	تاریخ تولد:
نام: <input type="checkbox"/> والدین <input type="checkbox"/> کودک <input type="checkbox"/> خویشاوند دیگر <input type="checkbox"/> غیر نسبی <input type="checkbox"/>	
شماره سوشال سکوریته:	تاریخ تولد:

بخش 7 - اطلاعات منشاء قومی و زبان

این قانون نیاز به جمع آوری اطلاعات مربوط به منشاءهای قومی و زبان اصلی دارد. اگر این قسمت را کامل نکنید، کارکنان خدمات اجتماعی تصمیم خواهند گرفت. این اطلاعات در مورد واجد شرایط بودن برای خدمات به شما تاثیری نخواهد گذاشت.

A. منشاء قومی من است:	B1. به کدام زبان ترجیح می‌دهید بخوانید؟
(برای فهرستی از قومیت‌ها و کدها به صفحه 9 مراجعه کنید)	B2. به کدام زبان ترجیح می‌دهید صحبت کنید؟
	(لطفا یکی از لیست زبانها و کدها را در صفحه 9 انتخاب کنید)

بخش 8 - تسهیلات ارتباطی

تسهیلات برای پذیرش متقاضیان نابینا یا کم بینا، اطلاعات IHSS در فرمت‌های زیر قابل استفاده است. لطفا مشخص کنید کدام فرمت را ترجیح می‌دهید، اگر قابل اجرا باشد. ارائه اطلاعات در این بخش در واجد شرایط بودن برای خدمات به شما تاثیری نخواهد گذاشت.

من نابینا هستم: بله خیر

اگر بله، لطفا یکی از موارد زیر را برای هر یک از سه نوع اسناد وزارت خدمات اجتماعی (DSS) انتخاب کنید.

برای اطلاع از عمل:	<input type="checkbox"/> تسهیلاتی لازم نیست
<input type="checkbox"/> اسناد بریل	<input type="checkbox"/> CD سمعی
<input type="checkbox"/> کمک کانتی	<input type="checkbox"/> اطلاعات CD

(اگر کانتی کمک می کند، درخواست کمک را توصیف کنید)

برای فرم های مورد نیاز IHSS : تسهیلاتی لازم نیست
 اسناد بریل CD سمعی اطلاعات CD
 کمک کانتی

(اگر کانتی کمک می کند، درخواست کمک را توصیف کنید)

برای جدول زمانبندی تسهیلاتی لازم نیست
 سیستم تلفنی (4 رقمی RAN:) کمک کانتی
 سیستم زمانبندی الکترونیکی (ETS) (متقاضیان و ارائه دهندگان ابتدا باید در وب
سایت مقابل ثبت نام کنند <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(اگر کانتی کمک می کند، درخواست کمک را توصیف کنید)

من اختلال بینایی دارم: بله خیر

اگر بله، لطفا یکی از موارد زیر را برای هر یک از سه نوع اسناد وزارت خدمات اجتماعی (DSS) انتخاب کنید.

برای اطلاع از عمل: تسهیلاتی لازم نیست
 اسناد فونت 18 نقطه ای سمعی CD اطلاعات CD
 کمک کانتی

(اگر کانتی کمک می کند، درخواست کمک را توصیف کنید)

برای فرم های مورد نیاز IHSS : تسهیلاتی لازم نیست
 اسناد فونت 18 نقطه ای سمعی CD اطلاعات CD
 کمک کانتی

(اگر کانتی کمک می کند، درخواست کمک را توصیف کنید)

برای جدول زمانبندی تسهیلاتی لازم نیست
 سیستم تلفنی (4 رقمی RAN:)
 اسناد فونت 18 نقطه ای کمک کانتی
 سیستم زمانبندی الکترونیکی (ETS) (متقاضیان و ارائه دهندگان ابتدا باید در وب سایت مقابل ثبت نام کنند (<https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>))

(اگر کانتی کمک می کند، درخواست کمک و خدمات شامل فقط نابینا را توصیف کنید)

بخش 9 - تأیید

من تأیید می کنم که اطلاعات فوق به بهترین دانش و اعتقاد من درست است. من قبول می کنم که به طور کامل همکاری کنم، اگر بررسی های فوق در آینده لازم باشد.

من همچنین درک می کنم که به عنوان کارفرما ارائه دهندگان IHSS مسئول هستم برای:

1. استخدام، آموزش، نظارت، برنامه ریزی و، در صورت لزوم، اخراج از کار ارائه دهنده (ها) ی خود.
2. اطمینان از ساعات کل گزارش شده توسط همه ارائه دهندگان که برای من کار می کنند از ساعات مجاز IHSS خود در هر ماه تجاوز نمی کند.
3. ارجاع افراد به دفتر اداره شهرستان IHSS که می خواهم استخدام کنم تا پردازش واجد شرایط بودن ارائه دهنده را تکمیل نماید.
4. اطلاع به اداره شهرستان IHSS ظرف 10 روز زمانی که من یک ارائه دهنده را استخدام یا از کار اخراج می کنم.

علاوه بر این، من با شرایط و محدودیت های زیر در رابطه با پرداخت هزینه های خدمات توسط IHSS موافقت می کنم.

1. برای هر فردی که توسط برنامه IHSS پرداخت می شود، باید به عنوان یک ارائه دهنده واجد شرایط IHSS تأیید شود.
2. اگر من تصمیم بگیرم که فردی برای من شروع به کار کند که هنوز به عنوان یک ارائه دهنده واجد شرایط IHSS تأیید نشده باشد، من مسئول پرداخت او خواهم بود تا زمانی که

او تایید نشده است.

3. برنامه IHSS برای خدمات ارائه شده به من پرداخت نمی شود تا زمانی که درخواست من برای خدمات مورد تایید قرار نگیرد و سپس فقط برای خدماتی که برای من توسط برنامه IHSS مجاز است، پرداخت می شود.

4. من مسئول پرداخت هر گونه خدمات دریافتی هستم که در مجوز IHSS من ثبت نشده است.

5. من مسئول پرداخت سهم هزینه اشتراک خود (SOC) هستم و همچنین به ارائه دهندگان شخصی خود از سهم هزینه اشتراک SOC خود مطلع خواهم ساخت.

من همچنین می دانم و موافقت می کنم که به عنوان بخشی از واجد شرایط بودن برای IHSS با موارد زیر همکاری کنم:

برای ترویج یکپارچگی برنامه و اطمینان از کیفیت، ممکن است منوط به (بازدید) بدون اعلامیه قبلی از خانه خود باشم و / یا شهرستانی که در آن خدمات دریافت می کنم من یا ارائه دهنده (های) من ممکن است نامه های شناسایی مربوط به برنامه را از وزارت خدمات بهداشتی (DHCS)، کالیفرنیا بخش خدمات اجتماعی (CDSS) نیز دریافت کنند.

هدف از بازدید و نامه ها این است که اطمینان حاصل شود که الزامات برنامه مورد پیگیری قرار گرفته و خدمات مجاز برای حفظ ایمنی در خانه شما ضروری است. این بازدید همچنین تایید می کند که خدمات مجاز ارائه شده است، کیفیت خدمات آن قابل قبول است و رفاه شما محافظت می شود.

اگر متوجه شود که خدمات IHSS مورد نیاز نیست و یا به درستی ارائه نشده اند، شما و / یا ارائه دهنده شما ممکن است تحت بررسی تقلب Medi-Cal شوید. اگر تقلب اثبات شده باشد، شما و / یا ارائه دهنده شما برای تقلب Medi-Cal تحت پیگرد قانونی قرار خواهید گرفت.

بخش 10 - امضاء (ها)

تاریخ:	امضاء متقاضی:
تاریخ:	امضاء نماینده متقاضی (فقط در صورت امکان):
شماره تلفن نماینده (فقط در صورت امکان):	رابطه نماینده با متقاضی (فقط در صورت امکان):
نشانی نماینده (فقط در صورت امکان):	

برای گزارش مشکوک بودن یا سوء استفاده در ارائه یا دریافت خدمات IHSS، لطفاً با خط تلفن اضطراری 1-800-822-6222، تماس بگیرید و یا با ایمیل در stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov، و یا به وب سایت <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>.

مراجعه کنید.

فقط برای استفاده آژانس

Income Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Status Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Medi-Cal Aid Code:
MAGI Eligible Recipient: <input type="checkbox"/> Disabled 12 months or longer <input type="checkbox"/> At risk without IHSS		Verification:
Notes:		
Signature of Social Worker or Agency Representative:		Telephone Number:

کدهای زبان:	کدهای قومی:
1. زبان اشاره آمریکایی	A. سفید پوست.
(ASL یا AMISLAN).	B. اسپانیایی.
2. اسپانیایی - NOA به زبان	C. سیاه پوست.
اسپانیایی صادر می شود.	D. سایر جزایر آسیایی یا
3. کانتونیز.	E. اقیانوس آرام.
4. ژاپنی.	E. سرخ پوستان آمریکایی
5. کره ای.	و یا بومیان آلاسکا.
6. تاگالوگ.	F. فیلیپینی.
7. غیر انگلیسی دیگر.	G. چینی.
8. انگلیسی.	H. کامبوجی.
9. اسپانیایی - NOA به زبان	I. ژاپنی.
انگلیسی صادر می شود.	J. کره ای.
10. زبان اشاره دیگر.	K. ساموایی.
11. ماندارین.	L. هندی آسیایی.
12. زبان چینی دیگر.	M. هاوایی.
13. کامبوجی.	N. گوامی.
14. ارمنی.	O. لاوسی.
15. لوکانو.	P. ویتنامی.
16. مین.	Q. سایر.
17. همانگ.	R. قومیت مخلوط.
18. لاوسی.	
19. ترکی.	
20. عبری.	
21. فرانسوی.	
22. لهستانی.	
23. روسی.	
24. پرتغالی.	
25. ایتالیایی.	
26. عربی.	
27. ساموایی.	
28. تایلندی.	
29. فارسی.	
30. ویتنامی.	