

**خدمات مراقبت در - خانه (IHSS) درخواست دریافت کننده
برای تکلیف ساعات مجاز به ارائه دهندگان**

شماره پرونده دریافت کننده IHSS

نام دریافت کننده	(نام اول	میانی	نام اول	میانی	فامیل)
نام ارائه دهنده	(نام اول	میانی	فامیل)	شماره شناسایی ارائه دهنده	ساعات اختصاص داده شده در هر ماه

من درک می کنم که با تکمیل و ارسال این فرم به کانتی برنامه خدمات مراقبت در - خانه (IHSS)، من از برنامه IHSS درخواست می کنم که تعداد ساعات مجاز نشان داده شده را به ارائه دهنده نام برده اختصاص داده شود. من بیشتر درک می کنم که با تصمیم این درخواست، برنامه زمانی ارائه دهنده من که برای او / او در این فرم اختصاص داده شده است بیش از ساعتی که من درخواست کرده ام پردازش نمی شود. این درخواست به قوه خود باقی می ماند تا زمانی که من یک فرم درخواست جدید را به کانتی برنامه IHSS ارسال دارم.

امضای دریافت کننده	تاریخ
نماینده مجاز (اگر گیرنده نمی تواند از طرف خود امضاء کند)	ارتباط به گیرنده
شماره تلفن	تاریخ
امضای نماینده مجاز	تاریخ
امضای ارائه دهنده	تاریخ

COUNTY USE ONLY

COMMENTS

SOCIAL WORKER NAME (FIRST	MIDDLE	LAST)	SOCIALWORKER IDENTIFICATION NUMBER