

## خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS) تعیین نماینده مجاز

متقاضی/دریافت‌کننده محترم IHSS یا نماینده محترم قانونی،

این فرم به شما، به‌عنوان متقاضی/دریافت‌کننده IHSS یا نماینده قانونی چنین فردی، اجازه می‌دهد برای برنامه IHSS یک نماینده مجاز انتخاب کنید. نماینده مجاز، مسئول اقدام از طرف دریافت‌کننده IHSS در خصوص برنامه IHSS است. این فرم **تنها** برای استفاده در برنامه IHSS در نظر گرفته شده است.

چنانچه می‌خواهید یک نماینده مجاز انتخاب کنید، این اطلاعات مهم درباره قوانین برنامه IHSS را در نظر داشته باشید:

- چنانچه نماینده قانونی متقاضی/دریافت‌کننده هستید، می‌توانید بدون نیاز به تکمیل کردن این فرم، به‌عنوان نماینده مجاز متقاضی/دریافت‌کننده عمل کنید. با وجود این، به‌منظور اینکه نماینده قانونی بتواند کاربرگ‌ها یا دیگر مدارک مربوط به ارائه‌کننده (TPRD) را امضا و تأیید کند، باید فرم SOC 839A ثبت و تحویل داده شود. نماینده قانونی در امور برنامه IHSS، یک متولی دارای مجوز دادگاه است که سرپرستی یک فرد بزرگسال را بر عهده دارد، یا والد/قیم قانونی و یا فردی دارای مجوز قانونی است که مسئول تصمیم‌گیری برای یک فرد صغیر است.
- چنانچه بخواهید نماینده مجازتان مسئول امضای TPRD باشد، به‌منظور تعیین نماینده مجازتان به‌عنوان امضاکننده TPRD، شما یا نماینده قانونی‌تان باید یک فرم SOC 839A - تعیین امضاکننده کاربرگ‌ها و دیگر مدارک مربوط به ارائه‌کننده را تحویل دهید. با وجود این، چنانچه ارائه‌کننده‌تان نماینده مجازتان هم باشد، نمی‌تواند TPRD خودش را امضا کند، مگر اینکه هم‌زمان نمایندگی قانونی‌تان را هم بر عهده گرفته باشد.
- شما یا نماینده قانونی‌تان هر زمان که **بخواهید** می‌توانید با تکمیل یک SOC 839 تازه و تحویل آن به اداره IHSS شهرستان، یک نماینده مجاز جدید برای IHSS انتخاب کنید یا فردی را برای این کار اضافه کنید.
- نماینده مجاز شما باید 18 ساله یا مسن‌تر باشد.
- شما نمی‌توانید فردی که طی 10 سال گذشته، به‌علت ارتکاب بعضی جرایم خاص، محکومیت قانونی داشته یا پس از محکومیت زندانی شده است و نماینده قانونی شما هم نیست را به‌عنوان نماینده مجازتان تعیین کنید.

دو دسته از جرائم سلب صلاحیت کننده وجود دارند:

○ جرائم سطح 1، به نحوی که در قانون رفاه و مؤسسات (WIC) بخش 12305.81 طرح شده و شامل موارد زیر است:

1. آزار مشخص شده یک کودک (کد مجازاتی [PC] بخش 273a[a])؛

2. آزار یک فرد مسن یا یک فرد بزرگسال وابسته (PC بخش 368)؛ و

3. تقلب علیه یک برنامه دولتی مراقبت سلامت یا خدمات پشتیبانی.

○ جرائم سطح 2، شامل موارد زیر، به نحوی که در WIC بخش 12305.87 طرح شده است:

1. بزهکاری خشونت آمیز یا جدی، به نحوی که در PC بخش 667.5(c) و PC بخش 1192.7(c) مشخص شده است؛

2. قانون شکنی بزهکارانه‌ای که به خاطر آن، بر اساس PC بخش 290(c)، شخص به ثبت نام به عنوان متعرض جنسی ملزم شده است؛ و

3. قانون شکنی بزهکارانه به خاطر تقلب علیه یک برنامه خدمات فراگیر اجتماعی، به نحوی که در WIC بخش‌های 10980(c)(2) و 10980(g)(2) طرح شده است.

فهرست کاملی از جرائم سطح 2، در صورت درخواست، در ادارات IHSS شهرستان یا مراجع عمومی IHSS در دسترس است.

این فرم تعیین کننده نماینده مجاز به منظور شرکت در دادرسی‌های اداری ایالتی نیست. برای اطلاعات بیشتر در مورد چگونگی انتخاب نماینده مجاز برای نمایندگی شما در دادرسی‌های اداری ایالت، با شماره 800-952-5253 با بخش دادرسی ایالت تماس بگیرید.

● نماینده مجاز شما ممکن است همه وظایف مطرح شده در این فرم را انجام دهد. با وجود این، شما هنوز در مقابل ارائه همه اطلاعات مورد نیاز به شهرستان، برای کسب صلاحیت ذیل برنامه، مسئولید.

● انتخاب نماینده مجاز مانع مشارکت فعال شما در جریان مراقبت خودتان نمی‌شود. کارکنان برنامه IHSS شهرستان، هنوز نیاز خواهند داشت تا با شما، به عنوان متقاضی/دریافت کننده به صورت حضوری ملاقات کنند و در مورد مراقبت و خدماتتان از شما سؤالاتی بپرسند، هرچند، نماینده مجازتان نیز می‌تواند در این ملاقات‌ها حضور پیدا کند.

**مسئولیت‌های یک نماینده مجاز**

با انتخاب یک نماینده مجاز، شما یا نماینده قانونی‌تان موافقت می‌کنید که نماینده مجازتان بتواند از طرف شما در خصوص برنامه IHSS اقدام کند. نماینده مجاز قید شده در این فرم باید به بهترین وجه حافظ منافع شما باشد. نماینده مجاز شما نمی‌تواند در موردی به‌جز اهداف برنامه IHSS از طرف شما اقدام کند و نمی‌تواند تصمیم خودش را جایگزین تصمیم شما کند. انتخاب نماینده مجاز مانع مشارکت شما در مدیریت مراقبت خودتان نمی‌شود.

با امضای این فرم، هر دو طرف، هم شما یا نماینده قانونی‌تان، و هم نماینده مجازتان موافقت می‌کنید که نماینده مجاز تمام یا بخشی از وظایف زیر را انجام دهد:

- تنظیم قرار مصاحبه‌ها و ملاقات‌ها با کارکنان برنامه IHSS شهرستان.
- تکمیل و ثبت و تحویل فرم‌های تقاضانامه برای برنامه IHSS.
- تکمیل و ثبت و تحویل هرگونه فرم و/یا ارائه هرگونه سوابق مورد نیاز یا اطلاعات برای کسب صلاحیت برنامه IHSS.
- گزارش هرگونه تغییری که در صلاحیت شما تأثیر دارد به برنامه IHSS شهرستان، طی 10 روز از تاریخ وقوع؛ از جمله این موارد می‌توان به تغییر در ترکیب خانوار، نشانی، یا شماره تلفن، یا اوقاتی اشاره کرد که شما از خانه‌تان دور خواهید بود.
- دریافت اطلاعات از برنامه IHSS شهرستان در مورد وضعیت تقاضانامه‌تان و/یا تداوم صلاحیتتان، شامل خدمات و ساعات مورد تأیید.
- استخدام و اخراج ارائه‌کننده(گان) IHSS و گزارش این اطلاعات به اداره IHSS شهرستان یا مراجع عمومی.
- اطلاع‌دادن به ارائه‌کننده(گان)تان در مورد اینکه چگونه خدمات ذیل برنامه IHSS را به شما ارائه کنند.
- مرور مندرجات پرونده IHSS شما.

شما و/یا نماینده قانونی‌تان هستید که تصمیم می‌گیرید نماینده مجازتان چه کارهایی را انجام خواهد داد یا انجام نخواهد داد و مسئولیت برقراری ارتباط و اطلاع‌دهی درباره آن مسئولیت‌ها به نماینده مجاز را برعهده دارید.

برای تعیین نماینده مجاز، این فرم را تکمیل کنید و به اداره IHSS شهرستان متبوع خود تحویل دهید. هم شما و هم نماینده مجازتان که نام او در این فرم درج شده است، باید بخش B را امضا کنید. چنانچه فرم ناقص پر شده و بخشی از اطلاعات مفقود باشد، بررسی نخواهد شد.

## بخش A. تعیین نماینده مجاز

نام متقاضی/ دریافت‌کننده	شماره پرونده IHSS	تاریخ
--------------------------	-------------------	-------

چه کسی در حال تکمیل این فرم است:

- من متقاضی/ دریافت‌کننده IHSS هستم که نامم در بالا ذکر شده است.
- من نماینده قانونی متقاضی/ دریافت‌کننده هستم. در این صورت لطفاً رابطه خود با علامت‌زدن یکی از موارد زیر مشخص کنید:
- سرپرست (یک فرد بزرگسال)
- والد/ قیم قانونی/ تصمیم‌گیر دارای مجوز قانونی (برای یک کودک صغیر)

به‌عنوان متقاضی/ دریافت‌کننده خدمات IHSS، یا نماینده قانونی وی، رضایت خود را نسبت به اینکه شخص یادشده در زیر به‌عنوان نماینده مجاز در خصوص برنامه IHSS عمل نماید اعلام می‌دارم.

من درک می‌کنم که شخص یادشده در زیر، چنانچه طی 10 سال اخیر، به‌خاطر ارتکاب جرائم سلب صلاحیت‌کننده محکوم شده باشد، نمی‌تواند ذیل برنامه IHSS به‌عنوان نماینده مجاز فعالیت کند.

لطفاً اطلاعات زیر را، در خصوص فرد مورد نظر برای انتصاب به‌عنوان نماینده مجاز، ارائه کنید:

نام نماینده مجاز		
نشانی خیابان		
شهر	ایالت	کد پستی
نشانی ایمیل		شماره تلفن
زبانی که به آن صحبت می‌شود		

## بخش B. اقرارنامه متقاضی/ دریافت‌کننده

من همه شروط و الزامات این فرم را درک می‌کنم و موافقت خود را با رعایت آنها اعلام می‌دارم. علاوه بر این، اذعان دارم که اطلاعات ارائه‌شده در این فرم درست و صحیح است.

تاریخ	امضای متقاضی/دریافت‌کننده یا نماینده قانونی وی
نام نوشتاری متقاضی/دریافت‌کننده یا نماینده قانونی وی	
تاریخ	امضای نماینده مجاز تعیین‌شده

چنانچه متقاضی/دریافت‌کننده از نظر جسمی قادر نباشد این فرم را امضا کند و در بخش امضا یک علامت مشخصه ثبت کند، امضای یک شاهد یا سردفتر تصدیق امضا مورد نیاز خواهد بود. نماینده مجاز تعیین‌شده نمی‌تواند به‌عنوان شاهد عمل کند.

نام شاهد/سردفتر تصدیق امضا	
تاریخ	امضای شاهد/سردفتر تصدیق امضا