

**ՏՆԱՅԻՆ ԱԶԱԿՑՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ (IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES, IHSS)
ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՉԵՂՅԱԼ ՀԱՅՏԱՐԱՐԵԼԸ**

ՀՐԱՅՎԱԳՆԵՐ:

- Այս ձևաթղթով հայտատու/ստացողը կարող է չեղյալ հայտարարել լիազոր ներկայացուցչին, քանի որ նա հայտատու/ստացողի անունից ոչ մի գործառույթ չի կատարել:
- **Լրացնել ՄԱՍ Ա (ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՉԵՂՅԱԼ ՀԱՅՏԱՐԱՐԵԼԸ): ՄԱՍ Բ-ն լրացնելուց և ստորագրելուց** հետո (ՀԱՅՏԱՏՈՒԻ/ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄ), **ներկայացրեք այս ձևաթուղթը վաչաշրջանի սոցիալական աշխատողին:**
- Հայտատու/ստացողը կարող է **ցանկացած ժամանակ** ընտրել IHSS նոր լիազորված ներկայացուցչի **և/կամ** փոխել լիազոր ներկայացուցչի գործառույթները՝ լրացնելով նոր SOC 839 (IHSS լիազոր ներկայացուցչի նշանակում) ձևաթուղթը և ներկայացնելով այն վաչաշրջանի սոցիալական աշխատողին:

ՄԱՍ Ա. ԼԻԱԶՈՐ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՉԵՂՅԱԼ ՀԱՅՏԱՐԱՐԵԼԸ

IHSS հայտատու/ստացողը հրաժարվում է տվյալ անհատի ծառայություններից՝ որպես իր IHSS լիազոր ներկայացուցչի:

Լիազոր ներկայացուցչի անունը

ՄԱՍ Բ. ՀԱՅՏԱՏՈՒԻ/ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄԸ

Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևաթղթի բոլոր դրույթներին և պայմաններին:

Հայտատու/Ստացողի/Լիազոր ներկայացուցչի անունը	IHSS գործի համարը
Հայտատու/Ստացողի/Լիազոր ներկայացուցչի ստորագրությունը	Ամսաթիվ

Վկայի կամ նոտարի ստորագրությունն անհրաժեշտ է, եթե հայտատու/ստացողը ֆիզիկապես ի վիճակի չէ ստորագրել ձևաթուղթը և ստորագրությունների հատվածում դնում է տարբերանշան:

Վկայի/Նոտարի ստորագրությունը	Ամսաթիվ
-------------------------------------	----------------

FOR COUNTY USE ONLY • ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ		
County Worker's Name	County Worker's Signature	Date