

## 가내 지원 서비스(IHSS) 프로그램 의료 약속 동행

날짜:

수혜자 이름:

케이스 번호:

면허가 있는 의료 전문가 귀하:

이 환자/IHSS 수혜자는 그/그녀가 의료 약속 참석하는데 도움이 필요하다고 말했습니다. 당신이 일(1)년에 이 환자를 보는 횟수(매주, 매일, 일년에 두 번, 등)와 그 약속에 소요되는 일반적인 시간(15, 20, 30, 60분)을 이 양식에 명시해야 합니다.

수혜자가 직접 목적지에 가야할 때 교통 편의를 위해 IHSS 제공자의 도움을 받는 것이 가능하며, 그러한 도움은 의사, 치과 의사 및 기타 의료전문가와 약속을 위해 오가는데 필요합니다. 의료 동행은 의료 시설로 가기 위한 교통 편의 목적을 위한 의도가 아니고, 오히려 수혜자가 이동하는데 도움이 필요할 때에만 승인되어야 합니다.

소셜워커가 이 서비스를 평가하는데 도움이 될 수 있도록, 다음 정보를 작성 완료하여 카운티 사무소에 돌려 보내 주십시오.

주치의 이름 및 직책:	전화 번호:	서명/날짜:
진료 유형:	연간 약속 빈도:	약속 소요 시간:

기타 의료 제공자:	전화 번호:	서명/날짜:
진료 유형:	연간 약속 빈도:	약속 소요 시간:

기타 의료 제공자:	전화 번호:	서명/날짜:
진료 유형:	연간 약속 빈도:	약속 소요 시간:

보내실 곳: (카운티 복지국)  
(여기에 카운티 주소를 추가하십시오)

---



---



---