

## 가내 지원 서비스(IHSS) 신청서

신청자에게: 이 양식의 모든 항목을 작성해야 합니다. 제공된 정보는 확인을 요합니다.

주의: 작성한 신청서 사본을 간직하십시오. 소셜시큐리티번호에 관한 것은 42 USC 405 에서 요구하는 대로 반드시 당신의 소셜시큐리티번호를 제공하거나 사회보장국에 소셜시큐리티 번호(들)을 신청해야 합니다. 이 정보는 자격 결정 및 다른 정부 기관과 정보를 조정하는데 사용될 것입니다.

신청일:	케이스 번호(알고 있는 경우):
------	-------------------

### 1항 - 개인 정보

신청인 이름:		소셜시큐리티번호:	
도로 주소:		시:	
주:	우편번호:	전화:	
		이메일:	
생년월일:		성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성	

## 2 항 – 성적 취향 및 성 정체성(선택 사항)

아래 항에 답변을 제공하는 것은 선택 사항이며 기밀입니다. 당신이 이 항에 제공하는 모든 정보는 자격 결정에 사용되지 않을 것입니다.

**당신의 성 정체성을 어떻게 구분하십니까?**

(현재 성 정체성을 가장 잘 설명하는 네모칸에 체크하십시오.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 여성              | <input type="checkbox"/> 무성(남성도 여성도 아님) |
| <input type="checkbox"/> 남성              | <input type="checkbox"/> 다른 성 정체성       |
| <input type="checkbox"/> 성전환자: 남성에서 여성으로 | <input type="checkbox"/> 진술 거부          |
| <input type="checkbox"/> 성전환자: 여성에서 남성으로 |   |

**당신의 출생증명서 원본에 기재된 성별은 무엇입니까?**

- 여성  남성

**당신의 성적 취향을 어떻게 구분하십니까?**

한가지 답만 선택하십시오.

- |                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 스트레이트/이성애자 | <input type="checkbox"/> 다른 성적 취향 |
| <input type="checkbox"/> 게이 또는 레즈비언 | <input type="checkbox"/> 모름       |
| <input type="checkbox"/> 양성애자       | <input type="checkbox"/> 진술 거부    |
| <input type="checkbox"/> 동성애자(퀴어)   |                                   |

## 3 항 – 재향군인 정보

**재향군인입니까?**

- 예  아니오

**재향군인의 배우자/자녀입니까?**

- 예  아니오

예일 경우, 재향군인의 이름 및 청구 번호를 제공하십시오:

## 4 항 – SSI/SSP 정보

**SSI/SSP 혜택을 받고 있습니까?**  예  아니오

예일 경우, 생활 주거 협정의 유형에 체크하십시오:

- 독립 생활       노인 환자 거주 시설       다른 사람의 집

요청하는 서비스:

### 5 항 – 과거 IHSS 정보

과거에 가내 지원 서비스(IHSS)를 받은 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
예일 경우, 다음 사항을 작성하십시오. 과거에 서비스를 받은 날짜와 카운티:	
월 총시간수:	사용된 이름(위와 다를 경우):

### 6 항 – 가구 정보

가구 구성원을 기재하십시오:

배우자 이름:	
생년월일:	소셜시큐리티 번호:
해당인 이름: <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타 친척 <input type="checkbox"/> 친척이 아닌 사람	
생년월일:	소셜시큐리티 번호:
해당인 이름: <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타 친척 <input type="checkbox"/> 친척이 아닌 사람	
생년월일:	소셜시큐리티 번호:
해당인 이름: <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타 친척 <input type="checkbox"/> 친척이 아닌 사람	
생년월일:	소셜시큐리티 번호:
해당인 이름: <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타 친척 <input type="checkbox"/> 친척이 아닌 사람	
생년월일:	소셜시큐리티 번호:
해당인 이름: <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 자녀 <input type="checkbox"/> 기타 친척 <input type="checkbox"/> 친척이 아닌 사람	
생년월일:	소셜시큐리티 번호:

### 7 항 – 인종 및 언어 정보

법률에 따라 인종 및 주요 언어에 대한 정보를 수집해야 합니다. 이 항을 작성하지 않더라도, 소셜 서비스 직원이 결정을 내릴 것입니다. 이 정보는 서비스에 대한 자격에 영향을 미치지 않을 것입니다.

<p><b>A. 본인의 인종:</b></p> <p>(인종 및 코드 목록은 9 페이지 참조.)</p>	<p><b>B1. 어떤 언어로 읽는 것을 선호하십니까?</b></p> <p><b>B2. 어떤 언어로 말하는 것을 선호하십니까?</b></p> <p>(9 페이지에 있는 언어와 코드 목록에서 하나를 선택.)</p>
--	---

### 8 항 – 의사소통 편의 제공

시각 장애인 또는 시각 결손 장애 신청자에게 편의를 제공하기 위해, IHSS 정보는 다음과 같은 대체 형식으로도 사용 가능합니다. 해당될 경우, 어느 형식을 선호하는지 표하십시오. 이 항에 제공한 정보는 당신의 서비스 자격 요구 조건에 영향을 미치지 않을 것입니다.

**본인은 시각장애인입니다:**  예  아니오

예일 경우, 기재된 세 가지 유형의 사회복지부(DSS) 각 문서에 대해 다음 중 하나를 선택하십시오.

**결정 통지서(NOA)에 대해:**  편의 제공이 필요 없음.  
 점자 문서  오디오 CD  자료 CD  카운티 지원

**(카운티 지원일 경우, 요청한 지원에 대해 설명하십시오.)**

<p><b>IHSS 요청 양식에 대해:</b>    <input type="checkbox"/> 편의 제공이 필요 없음.  <input type="checkbox"/> 점자 문서   <input type="checkbox"/> 오디오 CD    <input type="checkbox"/> 자료 CD   <input type="checkbox"/> 카운티 지원                  (카운티 지원일 경우, 요청한 지원에 대해 설명하십시오.)</p>
<p><b>근무시간표에 대해 :</b>        <input type="checkbox"/> 편의 제공이 필요 없음.  <input type="checkbox"/> 전화 시스템 (4 자릿수 RAN:     )    <input type="checkbox"/> 카운티 지원  <input type="checkbox"/> 전자 근무시간표 시스템(ETS) (신청자와 제공자는 다음 웹사이트에 먼저 등록해야 합니다:  <a href="https://www.etimesheets.ihss.ca.gov">https://www.etimesheets.ihss.ca.gov</a>)                  (카운티 지원일 경우, 요청한 지원에 대해 설명하십시오.)</p>

<p><b>본인은 시각 결손 장애인입니다:</b> <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오</p>
---

예일 경우, 기재된 세 가지 유형의 사회복지부(DSS) 각 문서에 대해 다음 중 하나를 선택하십시오.

<p><b>결정 통지서(NOA)에 대해:</b>    <input type="checkbox"/> 편의 제공이 필요 없음.  <input type="checkbox"/> 글꼴 크기 18 포인트 문서    <input type="checkbox"/> 오디오 CD    <input type="checkbox"/> 자료 CD  <input type="checkbox"/> 카운티 지원                  (카운티 지원일 경우, 요청한 지원에 대해 설명하십시오.)</p>
<p><b>IHSS 요청 양식에 대해:</b>    <input type="checkbox"/> 편의 제공이 필요 없음.  <input type="checkbox"/> 글꼴 크기 18 포인트 문서    <input type="checkbox"/> 오디오 CD    <input type="checkbox"/> 자료 CD  <input type="checkbox"/> 카운티 지원                  (카운티 지원일 경우, 요청한 지원에 대해 설명하십시오.)</p>

근무시간표에 대해 :  편의 제공이 필요 없음.  
 전화 시스템 (4 자릿수 RAN: )  카운티 지원  
 글꼴 크기 18 포인트 문서  전자 근무시간표 시스템(ETS)  
 (신청자와 제공자는 다음 웹사이트에 먼저 등록해야 합니다  
<https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(카운티 지원일 경우, 시각 장애인에만 한한 서비스를 포함한 요청한 지원에 대해 설명하십시오.)

## 9 항 - 확인

위의 정보가 본인이 알고 믿는 바로는 정확한 것임을 확인합니다. 장차 위의 진술에 대한 확인서를 요청할 경우, 전적으로 협조할 것임에 동의합니다.

본인은 또한 본인의 IHSS 간병인(들)의 고용주로서 다음과 같은 책임이 있음을 이해합니다:

1. 본인의 간병인(들)의 고용, 훈련, 감독, 일정 및 필요시 해고하는 것.
2. 본인을 돌보는 모든 간병인들이 보고한 총 시간이 IHSS에서 매월 승인된 시간을 초과하지 않도록 확인할 것.
3. 본인이 고용하길 원하는 어떤 분이든 제공자 자격 절차를 마칠 수 있도록 해당 카운티 IHSS 사무소에 추천할 것.
4. 본인이 간병인을 고용 또는 해고할 경우 10일 이내 해당 카운티 IHSS 사무소에 통보할 것.

또한 본인은 IHSS 프로그램으로부터 받는 서비스 지불금에 대하여 다음과 같은 조건 및 제한들을 이해하고 동의합니다:

1. 어떤 분이든 IHSS 프로그램으로부터 지불을 받기 위해서는, IHSS 자격이 있는 간병인으로 승인을 받아야 합니다.
2. IHSS 자격이 있는 간병인으로서 아직 승인을 받지 못한 분을 본인의 간병인으로 선택한 경우, 그/그녀가 승인을 받지 못하면 본인이 그/그녀에게 지불해야 할 책임이 있습니다.

3. IHSS 프로그램은 본인의 가내 지원 서비스 신청서가 승인될 때까지 본인에게 제공되는 어떤 서비스에 대해서도 비용을 지불하지 않을 것이며, 승인이 되면 본인이 IHSS 프로그램에서 받을 수 있도록 승인된 서비스에 대해서만 비용을 지불할 것입니다.
4. 본인이 받은 어떤 서비스든지 본인의 IHSS 승인에 포함되지 않은 것에 대해서는 본인이 지불할 책임이 있습니다.
5. 본인의 분담 비용(SOC)을 지불할 책임 및 분담 비용(SOC)에 대해 본인의 개별 간병인(들)에게 통보해야 할 책임이 있습니다.

본인은 또한 IHSS 수혜 자격의 일부로 다음과 같은 사항에 협조할 것을 이해하며 동의합니다:

프로그램의 완전성 및 품질 보증을 도모하기 위해 예고하고(예고 없이) 본인의 가정을 방문할 수 있으며 본인 또는 본인의 간병인(들)이 캘리포니아 주 보건복지부(DHCS), 캘리포니아 주 사회복지부(CDSS) 및/또는 본인이 서비스를 받고 있는 카운티로부터 프로그램 요구 사항(들)과 관련된 편지들을 받을 수 있습니다.

방문 및 편지를 보내는 목적은 프로그램 요구 사항들이 준수되고 있는지, 승인된 서비스들이 당신이 집에서 안전하게 지내는데 필요한 것인지, 확실히 하기 위해서입니다. 또한 방문을 통해 승인된 서비스가 제공되고 있는지, 서비스의 질이 만족스러운지, 그리고 당신의 복지가 보호되고 있는지 확인할 수 있습니다.

IHSS 서비스가 필요하지 않거나 제대로 제공되지 않고 있다고 발견되면, 당신 및/또는 당신의 간병인은 Medi-Cal 사기 혐의로 조사 대상이 될 수 있습니다. 만약 사기가 입증되면, 당신 및/또는 당신의 간병인은 Medi-Cal 사기죄로 처벌을 받게 될 것입니다.

### 10 항 – 서명(들)

신청인 서명:		날짜:
신청인의 대리인 서명 (해당될 경우에 한함):		날짜:
대리인과 신청인와의 관계 (해당될 경우에 한함):	대리인의 전화 번호 (해당될 경우에 한함).	
대리인의 주소(해당될 경우에 한함):		

IHSS 서비스 제공 또는 수령에 있어서 사기 또는 학대 혐의를 신고하려면 사기 핫라인에 1-800-822-6222 번으로 전화, [stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov](mailto:stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov) 로 이메일, 또는 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> 웹사이트를 방문하십시오.

**정부 기관 사용란(FOR AGENCY USE ONLY)**

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



## 인종 코드:

- A. 백인.
- B. 히스패닉.
- C. 흑인.
- D. 기타 아시아인 또는 태평양 섬주민.
- E. 미국 인디언 또는 알래스카 원주민.
- F. 필리핀인
- G. 중국인.
- H. 캄보디아인.
- I. 일본인.
- J. 한국인
- K. 사모아인.
- L. 인도인.
- M. 하와이인.
- N. 괌인.
- O. 라오스인.
- P. 베트남인.
- Q. 기타.
- R. 혼합 인종.

## 언어 코드:

- 1. 미국 수화(AMISLAN 또는 ASL).
- 2. 스페인어- NOA 는 스페인어로 발행될 것임.
- 3. 중국어(광둥어/칸토니즈).
- 4. 일본어.
- 5. 한국어.
- 6. 필리핀어.
- 7. 기타 영어가 아닌 언어.
- 8. 영어.
- 9. 스페인어- NOA 는 영어로 발행될 것임.
- 10. 기타 수화.
- 11. 중국어(중국 관화/만다린).
- 12. 가타 중국어.
- 13. 캄보디아어.
- 14. 아르메니아어.
- 15. 일로카노어.
- 16. 멘어.
- 17. 몽족어.
- 18. 라오스어.
- 19. 터키어.
- 20. 히브리어.
- 21. 프랑스어.
- 22. 폴란드어.
- 23. 러시아어.
- 24. 포르투갈어.
- 25. 이탈리아어.
- 26. 아랍어.
- 27. 사모아어.
- 28. 태국어.
- 29. 페르시아어.
- 30. 베트남어.