

가내 지원 서비스 (IHSS) 권한 대리인 지정

권한 대리인 지정에 대한 지시 사항:

- 이 양식으로 IHSS 신청자/수혜자 또는 그/그녀의 법정 대리인은 IHSS 프로그램에 대한 권한 대리인을 선택할 수 있으며 권한 대리인이 그/그녀를 대신하여 수행할 수 있는 역할을 구분할 수 있습니다. 이 양식은 IHSS 프로그램에 만 해당됩니다.
- 주 행정 청문회에서 신청자/수혜자를 대표할 권한 대리인을 선택하려면, 별도의 양식 DPA 19 (권한 대리인)를 작성하십시오. 작성하여 제출한 DPA 19 양식에 대한 승인을 받은 사람은 주 행정 청문회에서 신청자/수혜자를 대변할 수 있습니다.
- 권한 대리인은 18 세 이상이어야 합니다.
- 주법에 따라 권한 대리인으로 선택된 사람이 신청자/수혜자의 법정 대리인이 아니며 지난 10 년 이내 특정 배제 범죄로 유죄 판결을 받았거나 유죄 판결 후 구금되었다면, 그/그녀는 권한 대리인으로 지정될 수 없습니다. 배제 범죄에는 두 가지 범주가 있습니다:
 - 복지 및 기관법(WIC) 조항 12305.81 에서 명시된 바와 같이, 1 급 범죄에는 다음과 같은 것이 포함됩니다:
 1. 특정 아동 학대 (형법 [PC] 조항 273a[a]);
 2. 노인 또는 부양 성인 학대 (PC 조항 368); 및
 3. 정부 의료 또는 지원 서비스 프로그램에 대한 사기.
 - 복지 및 기관법(WIC) 조항 12305.87 에서 명시된 대로, 2 급 범죄에는 다음과 같은 것이 포함됩니다:
 1. PC 조항 667.5(c) 또는 PC 조항 1192.7(c)에서 명시된 대로, 폭력이나 심각한 중범죄;
 2. PC 조항 290(c)에 따라 성범죄자로서 등록을 해야 하는 사람에 대한 중범죄 위반; 및
 3. WIC 조항 10980(c)(2) 및 10980(g)(2)에서 정의한 대로, 공공 사회 복지 프로그램 사기로 인한 중범죄.

2 급 범죄에 관한 전체 목록은 카운티 IHSS 사무소나 IHSS 공공 기관에서 요청시 받아 보실 수 있습니다.

- 신청자/수혜자 또는 그/그녀의 법정 대리인은 양식을 새로 작성하고 이를 카운티 소셜 워커에게 제출함으로써 **언제든지** 새로운 IHSS 권한 대리인을 선택하거나 추가할 수 있습니다.
- 권한 대리인은 신청자/수혜자의 최선의 이익을 위해 행동해야 하며 이 양식에서 승인된 역할만 수행해야 합니다. 권한 대리인도 있을 수 있지만 카운티 **IHSS 프로그램** 직원이 신청자/수혜자의 간병 및 서비스와 관련된 질문을 하려면 여전히 그/그녀를 직접 만나야 할 것입니다.
- 권한 대리인은 **파트 B**(권한 대리인이 수행하는 역할)에 명시된 모든 업무를 수행할 수 있습니다; 그러나, 신청자/수혜자는 여전히 프로그램 자격 요건에 대한 모든 필요한 정보를 제공해야 할 책임이 있습니다.

양식 작성에 대한 지시 사항:

- 신청자/수혜자의 이름, IHSS 케이스 번호, 및 날짜란을 작성하십시오.
- 이 양식의 **파트 A**(권한 대리인 지정)를 작성하고 권한 대리인이 신청자/수혜자를 위해 어떤 활동을 제공할 수 있는지 이해할 수 있도록 **파트 B**(권한 대리인에 의한 역할 수행)를 검토하십시오.
- 신청자/수혜자의 배우자/동거인이 그/그녀의 제공자이자 권한 대리인인 경우, 그/그녀가 서명할 수 있는 유일한 제공자 관련 서류는 **SOC 862 (제공자 면제를 위한 IHSS 수혜자 신청서)**입니다. **파트 C**(근무 시간표 및/또는 기타 제공자 관련 문서 서명인)를 작성하여 신청자/수혜자의 권한 대리인으로서 근무 시간표 및 기타 제공자 관련 문서에 서명할 수 있는 다른 사람을 지정하십시오.
- 이 양식을 작성하고 **파트 D**(신청자/수혜자 확인)에 서명한 후, 이 양식을 카운티 - 소셜 워커에게 제출하십시오.

| | | |
|------------|-------------|----|
| 신청자/수혜자 이름 | IHSS 케이스 번호 | 날짜 |
|------------|-------------|----|

본인은 신청자/수혜자의 법정 대리인입니다.

본인은 신청인/수혜자의

보호자 법정 후견인 (미성년자를 위한) 부모/법적으로 승인된 의사 결정자입니다.

본인은 다음에 해당하지 않을 경우 신청자/수혜자의 권한 대리인 역할을 수행하기 위해 이 양식을 작성할 필요가 없음을 이해합니다:

- 본인은 IHSS 제공자 근무 시간표 및/또는 기타 제공자 관련 문서에 서명해야 할 의무가 있습니다. 이 경우 **파트 C (근무 시간표 및 기타 제공자 관련 문서 서명인)**를 작성해야 합니다.
- 본인은 IHSS 프로그램 목적을 위해 권한 대리인 역할을 수행할 다른 사람을 지정할 것입니다.

파트 A. 권한 대리인 지정

양식의 이 부분을 작성하여 신청자/수혜자 또는 그/그녀의 법정 대리인이 해당인을 그/그녀의 IHSS 권한 대리인으로 선택할 수 있도록 하십시오

신청자/수혜자가 **파트 B** 에 기재된 역할을 수행할 다수의 IHSS 권한 대리인을 지정하길 원한다면, 지정된 권한 대리인마다 별도의 양식을 작성하십시오

IHSS 신청자/수혜자는 **IHSS** 프로그램을 위해 다음 사람을 그/그녀의 권한 대리인으로 지명합니다:

| | | |
|--------------|--------------|------|
| 권한 대리인 이름 | 권한 대리인 전화 번호 | |
| 권한 대리인 거리 주소 | 시 | 우편주소 |

지난 10 년 이내에 파트 A 에 지정된 사람이:

- a. 1*급 범죄로 유죄 판결을 받았거나 유죄 판결 후 구금 된 적이 있습니까?
 예 아니오
- b. 2*급 범죄로 유죄 판결을 받았거나 유죄 판결 후 구금 된 적이 있습니까?
 예 아니오

*1 급 및 2 급 범죄 정의에 대한 지시 사항은 1 페이지를 참조하십시오.

파트 B. 권한 대리인이 수행하는 역할

IHSS 신청자/수혜자는 그/그녀의 권한 대리인이 **IHSS** 프로그램을 위해 그/그녀를 대신하여 활동하는 것을 승인하며 다음과 같은 역할을 수행할 수 있습니다:

- 카운티 **IHSS** 직원과의 인터뷰 및 회의 일정 잡는 것.
- **IHSS** 프로그램 신청서 작성 및 제출.
- 모든 추가 양식 작성과 제출 및/또는 **IHSS** 프로그램 자격 요건을 위한 추가 기록 또는 정보 제공.
- 신청자/수혜자의 자격 요건과 관련된 가족 구성, 주소, 또는 전화 번호와 같은 모든 변경 사항 또는 신청자/수혜자가 집을 떠날 때마다 10 일 이내에 카운티 **IHSS** 프로그램에 보고.
- 그/그녀의 신청서 진행 상황 및/또는 승인된 서비스 및 시간을 포함한 지속적인 자격 여부에 대해 카운티 **IHSS** 프로그램으로부터 정보를 얻는 것.
- **IHSS** 제공자(들) 고용 및 해고.
- **IHSS** 프로그램에 대한 서비스를 신청자/수혜자에게 어떻게 제공하는 지에 대해 그/그녀의 제공자(들)에게 설명하는 것.
- 신청자/수혜자 **IHSS** 케이스 파일 검토.
- **IHSS** 제공자 근무 시간표 및/또는 기타 제공자 관련 문서 서명. (**파트 C** 근무 시간표 및/또는 기타 제공자 관련 문서 서명인 작성.)

**파트 C. 근무 시간표 및/또는
기타 제공자 관련 문서 서명인**

양식의 이부분을 작성하므로써 권한 대리인은 신청자/수혜자를 대신해 **IHSS** 제공자의 근무 시간표 및/또는 기타 제공자 관련 문서에 서명할 수 있습니다.

권한 대리인이 신청자/수혜자의 제공자이기도 하며 이 양식 1 페이지에 설명된 바와 같이 법적 대리인이 아닌 경우, 신청자/수혜자는 그/그녀를 대신하여 **IHSS** 제공자 시간 근무표 및/또는 기타 제공자 관련 문서에 서명할 수 있는 다른 권한 대리인을 선택해야 합니다.

신청자/수혜자 또는 그/그녀의 법적 대리인이 **IHSS** 제공자 근무 시간표에 서명할 권한 대리인을 지정하길 원하고 기타 **IHSS** 제공자 관련 문서에 서명할 다른 권한 대리인을 지정하길 원할 경우, 각 권한 대리인에 대해 별도의 양식을 작성하십시오.

IHSS 신청자/수혜자 또는 그/그녀의 법적 대리인은 아래에 지정된 **IHSS** 프로그램 역할을 수행할 다음 사람을 지명합니다:

(신청자/수혜자는 다음 사람이 수행하기 원하는 아래의 역할 중 어떤 것이든 선택하여 해당하는 역할의 왼쪽에 있는 네모칸에 표시하십시오.)

- IHSS** 제공자 근무 시간표에 서명.
- 기타 **IHSS** 관련 문서에 서명.

| | | | |
|---|---|-------|--|
| 제공자 근무 시간표 및/또는 기타 제공자 관련 문서에 서명할 권한 대리인 이름 | | 전화 번호 | |
| 거리 주소 | 시 | 우편번호 | |

D 부. 신청인/수혜자 승인

본인은 이 양식의 모든 약관을 이해하고 따를 것에 동의합니다. 본인은 또한 이 양식에 제공한 정보가 사실이고 정확한 것임을 인정합니다.

| | |
|--------------------------|----|
| 신청자/수혜자 또는 법적 대리인 서명 | 날짜 |
| 신청자/수혜자 또는 법적 대리인 인쇄체 이름 | |
| A 부에 지정된 권한 대리인 서명 | 날짜 |
| C 부에 지정된 권한 대리인 서명 | 날짜 |

신청자/수혜자가 실제로 이 양식에 서명할 수 없고 서명란에 식별 표시를 하는 경우, 증인 또는 공증인의 서명이 필요합니다. 지정된 권한 대리인은 증인이 될 수 없습니다.

| | |
|-----------|----|
| 증인/공증인 이름 | |
| 증인/공증인 서명 | 날짜 |

카운티 사용란(FOR COUNTY USE ONLY)

| | |
|---------------------------------------|-------------|
| County Social Worker Name | |
| County Social Worker Signature | Date |