

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ УСЛУГ ПО УХОДУ НА ДОМУ

Заявителю: Все разделы этой формы должны быть заполнены. Предоставленная информация подлежит проверке.

ПРИМЕЧАНИЕ: Сохраните свою копию заполненного заявления. Что касается вашего номера социального страхования, вы обязаны предоставить ваш номер(а) социального страхования в соответствии с требованиями 42 USC 405 или подать заявление на получение номера(ов) социального страхования в Администрацию социального обеспечения. Эта информация будет использована при определении права на услуги и координации информации с другими государственными учреждениями.

Дата подачи заявления:	Номер дела (если известен):
-------------------------------	------------------------------------

Раздел 1 – Персональная информация

Имя заявителя:		Номер социального страхования:
Адрес (дом, улица):		Город:
Штат:	Почтовый индекс:	Телефон:
		Электронный адрес:
Дата рождения:	Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	

Раздел 2 – Сексуальная ориентация и половая идентичность (необязательно)

Предоставление ответов в следующих разделах является необязательным и конфиденциальным. Любая информация, которую вы предоставляете в этом разделе, не будет использоваться при определении вашего права.

Как вы определяете свою половую идентичность? (отметьте квадратик, который наилучшим образом описывает вашу половую идентичность сейчас)	
<input type="checkbox"/> Женщина	<input type="checkbox"/> Небинарная (ни мужчина, ни женщина)
<input type="checkbox"/> Мужчина	<input type="checkbox"/> Другая половая идентичность
<input type="checkbox"/> Трансгендер: мужчина-женщина	<input type="checkbox"/> Отказываюсь отвечать
<input type="checkbox"/> Трансгендер: женщина-мужчина	

Какой пол был указан в вашем подлиннике свидетельства о рождении?

Женщина Мужчина

Как вы определяете свою сексуальную ориентацию?

Выберете один ответ.

Прямая/гетеросексуальная Другая сексуальная ориентация
 Гей или лесбиянка Неизвестно
 Бисексуал Отказываюсь отвечать
 Квир

Раздел 3 – Информация о ветеранах

Вы ветеран?

Да Нет

Вы супруг(а) / ребенок ветерана?

Да Нет

Если ДА, укажите имя ветерана и номер запроса (Claim Number):

Раздел 4 – Информация SSI/SSP

Вы получаете пособия SSI/SSP? Да Нет

Если ДА, укажите условия вашего проживания:

Самостоятельное проживание Учреждение по проживанию с уходом
 Не в своем доме

Запрашиваемые услуги:

Раздел 5 – Информационная история IHSS

Получали ли вы услуги по уходу на дому (IHSS) в прошлом? Да Нет

Если ДА, укажите следующее.

Дата и округ, где предоставлялись услуги в последний раз:

Количество часов в месяц:

Под каким именем (если отличается от указанного выше):

Раздел 8 – Информационное посредничество

Для оказания услуг слепым и слабовидящим заявителям информация IHSS доступна в следующих альтернативных форматах. Укажите, пожалуйста, какой из предусмотренных форматов вы предпочитаете. Предоставление информации в этом разделе не повлияет на ваше право на получение услуг.

Я слепой: Да Нет

Если ДА, выберите, пожалуйста, один из следующих вариантов для каждого из трех перечисленных ниже документов Департамента социальных услуг (DSS).

Для уведомлений о действии: Услуги не требуются Документы Брайля
 Аудио CD Данные на CD Помощь округа

(Если требуется помощь округа, опишите запрашиваемую помощь)

Для необходимых форм IHSS: Услуги не требуются
 Документы Брайля Аудио CD Данные на CD Помощь округа

(Если требуется помощь округа, опишите запрашиваемую помощь)

Для Табелей рабочего времени: Услуги не требуются
 Телефонная система (4-х цифровой RAN:) Помощь округа
 Электронная система табелей рабочего времени (ETS)
 (Заявители и провайдеры должны сначала зарегистрироваться на <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(Если требуется помощь округа, опишите запрашиваемую помощь)

Я слабовидящий: Да Нет

Если ДА, выберите, пожалуйста, один из следующих вариантов для каждого из трех перечисленных ниже документов Департамента социальных услуг (DSS).

Для уведомлений о действии: Услуги не требуются

Документы с 18-точным шрифтом

Аудио CD

Данные на CD

Помощь округа

(Если требуется помощь округа, опишите запрашиваемую помощь)

Для необходимых форм IHSS: Услуги не требуются

Документы с 18-точным шрифтом

Аудио CD

Данные на CD

Помощь округа

(Если требуется помощь округа, опишите запрашиваемую помощь)

Для Табелей рабочего времени: Услуги не требуются

Телефонная система (4-х цифровой RAN: _____)

Документы с 18-точным шрифтом

Помощь округа

Электронная система табелей рабочего времени (ETS)

(Заявители и провайдеры должны сначала зарегистрироваться на

<https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(Если требуется помощь округа, опишите запрашиваемую помощь, включая услуги только для слепых)

Раздел 9 – Подтверждение

Я подтверждаю, что изложенная выше информация, насколько мне известно, является достоверной. Я согласен сотрудничать в полной мере, если в будущем потребуется подтверждение изложенных выше фактов.

Я также понимаю, что, как работодатель моего(их) IHSS провайдера(ов), я ответственен(а) за:

1. Прием на работу, обучение, контроль, составление расписания и, при необходимости, увольнение моего(их) провайдера(ов).
2. Контроль за тем, чтобы общее количество часов, за которые отчитываются все провайдеры, работающие на меня, не превышало количество часов, назначенных мне по программе IHSS, каждый месяц.

3. Направление любого лица, которого я хочу нанять, в отделение IHSS округа для завершения процесса оформления провайдером.
4. Уведомление отделения IHSS округа о принятии и увольнении провайдера.

Кроме того, я понимаю и согласен со следующими условиями и ограничениями в отношении оплаты услуг по программе IHSS:

1. Для того, чтобы любое лицо получало оплату по программе IHSS, оно должно быть утверждено в должности провайдера программы IHSS.
2. Если я выберу лицо, еще не утвержденное в должности провайдера программы IHSS, которое будет работать на меня, то я буду нести ответственность за оплату его/ее услуг, если он/она не будет утвержден(а) в этой должности.
3. Программа IHSS не будет оплачивать никакие оказываемые мне услуги до тех пор, пока мое заявление на услуги не будет утверждено, а затем будут оплачиваться только те услуги, которые назначены мне программой IHSS.
4. Я буду нести ответственность за оплату тех услуг, которые я получаю, но которые не были включены в список услуг, назначенных мне программой IHSS.
5. Я буду нести ответственность за оплату моей части долевого участия в оплате (Share-of-Cost (SOC) и за информирование моего(их) индивидуального(ых) провайдера(ов) об этом SOC.

Я также понимаю и согласен(а) соблюдать следующие аспекты, что является частью определения моего права на программу IHSS:

Для поддержки целостности программы и обеспечения качества, в мой дом могут быть нанесены (не)объявленные визиты, а также я или мой(и) провайдер(ы) можем получать письма, определяющие запросы относительно требований программы, от Управления здравоохранения штата (DHCS), Управления соцобеспечения штата Калифорния (CDSS) и/или округа, в котором я получаю услуги.

Цель этих посещений и писем - обеспечить выполнение требований программы и убедиться, что назначенные вам услуги необходимы для того, чтобы вы продолжали оставаться в безопасности у себя дома. Визит даст возможность убедиться, что назначенные вам услуги предоставляются, что качество этих услуг является приемлемым и что ваше благополучие обеспечивается.

Если будет установлено, что услуги программы IHSS не требуются или предоставляются не должным образом, то вы и/или ваш(и) провайдер(ы) можете подвергнуться расследованию на предмет мошенничества в рамках программы Medi-Cal. Если мошенничество будет установлено, вам и/или вашему(им) провайдеру(ам) будет предъявлено обвинение в мошеннических действиях в рамках программы Medi-Cal.

Раздел 10 – Подпись(и)

Подпись заявителя:		Дата:
Подпись представителя заявителя (если таковой имеется):		Дата:
Кем приходится представитель заявителю (если таковой имеется):	Номер телефона представителя (если таковой имеется):	
Адрес представителя (если таковой имеется):		

Чтобы сообщить о возможном мошенничестве или злоупотреблениях при получении или предоставлении услуг по программе IHSS, звоните, пожалуйста, по номеру горячей линии 1-800-822-6222, отправьте электронное сообщение на stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov, или посетите вебсайт <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>.

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

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

Этнические коды:

- A. Белый**
- B. Испанец**
- C. Черный**
- D. Островитянин Азиатского или Тихоокеанского бассейна**
- E. Американский индеец или уроженец Аляски**
- F. Филиппинец**
- G. Китаец**
- H. Камбоджиец**
- I. Японец**
- J. Кореец**
- K. Уроженец Самоа**
- L. Азиатский индеец**
- M. Уроженец Гавайских островов**
- N. Уроженец Гуама**
- O. Лаосец**
- P. Вьетнамец**
- Q. Другой**
- R. Смешанная этническая принадлежность**

Языковые коды:

- 1. Американский язык глухонемых (AMISLAN or ASL).**
- 2. Испанский – Уведомления (NOA) будут на испанском**
- 3. Кантонийский**
- 4. Японский**
- 5. Корейский**
- 6. Тагалог**
- 7. Другой – не английский**
- 8. Английский**
- 9. Испанский – Уведомления (NOA) будут на английском**
- 10. Другой язык глухонемых**
- 11. Мандарин**
- 12. Другие диалекты китайского**
- 13. Камбоджийский**
- 14. Армянский**
- 15. Лакано**
- 16. Миен**
- 17. Хмонг**
- 18. Лао**
- 19. Турецкий**
- 20. Хибру**
- 21. Французский**
- 22. Польский**
- 23. Русский**
- 24. Португальский**
- 25. Итальянский**
- 26. Арабский**
- 27. Самоа**
- 28. Тайский**
- 29. Фарси**
- 30. Вьетнамский**