

**ПРОГРАММА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ
ПО УХОДУ НА ДОМУ (IN-HOME
SUPPORTIVE SERVICES - IHSS)
ЗАПРОС ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ О
НАЗНАЧЕНИИ РАБОЧИХ ЧАСОВ
ПРОВАЙДЕРУ**

НОМЕР ДЕЛА ПОЛУЧАТЕЛЯ IHSS

ИМЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ	(ИМЯ	ОТЧЕСТВО	ФАМИЛИЯ)
----------------	------	----------	----------

ИМЯ ПРОВАЙДЕРА	(ИМЯ	ОТЧЕСТВО	ФАМИЛИЯ)	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР ПРОВАЙДЕРА	НАЗНАЧЕНО ЧАСОВ В МЕСЯЦ:
----------------	------	----------	----------	------------------------------------	--------------------------

Я понимаю, что заполнив и предоставив эту форму в программу округа по предоставлению услуг на дому (In-Home Supportive Services - IHSS), я обращаюсь в программу IHSS с просьбой назначить указанное количество выделенных мне часов упомянутому здесь провайдеру. Я также понимаю, что на основании данного запроса, количество часов в таблице рабочего времени моего провайдера НЕ будет превышать то количество часов, которое я попросил выделить ему/ей в данной форме. Данный запрос будет оставаться в силе до тех пор, пока я не оформлю новый запрос в программу IHSS округа.

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ	ДАТА
УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (ЕСЛИ ПОЛУЧАТЕЛЬ НЕ МОЖЕТ РАСПИСАТЬСЯ ЗА СЕБЯ)	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЮ
ПОДПИСЬ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
ПОДПИСЬ ПРОВАЙДЕРА	ДАТА

COUNTY USE ONLY

COMMENTS

SOCIAL WORKER NAME	(FIRST	MIDDLE	LAST)	SOCIALWORKER IDENTIFICATION NUMBER
--------------------	--------	--------	-------	------------------------------------