

Số Nhận Diện Người-Cung-Cấp-Dịch-Vụ \_\_\_\_\_

**CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ TRỢ GIÚP TẠI-NHÀ  
(IHSS) MIỄN HƯỜNG GIỜ-PHỤ-TRỢI ĐỐI VỚI  
NGƯỜI-CUNG-CẤP-DỊCH-VỤ CHĂM-SÓC-SỨC-KHỎE SỐNG CÙNG GIA ĐÌNH**

TÊN CỦA NGƯỜI-CUNG-CẤP-DỊCH-VỤ:

**Phần A: CÁC QUY ĐỊNH ĐỐI VỚI NGƯỜI-CUNG-CẤP-DỊCH-VỤ**

Bắt đầu từ Ngày 1 Tháng Hai, 2016, luật tiểu bang (Bộ Luật về Trợ Cấp Xã Hội và Các Định Chế phần 12300.4) giới hạn số giờ tối đa hàng tuần mà một người-cung-cấp Dịch Vụ IHSS/Dịch Vụ Bãi Miễn Chăm Sóc Cá Nhân (WPCS) có thể làm việc trong một tuần-làm-việc. Một người-cung-cấp-dịch-vụ trong chương trình IHSS/WPCS sẽ được trả lương làm giờ phụ trợ nếu họ làm việc hơn 40 giờ một tuần, nhưng những người-cung-cấp-dịch-vụ không được làm việc quá 66 giờ một tuần cho những người-nhận-hưởng-dịch-vụ IHSS và WPCS kết hợp lại.

Chương trình IHSS đã tạo ra sự miễn trừ dành cho thành-viên-gia-đình về quy định tối đa là 66 giờ cho một tuần-làm-việc đối với những người-cung-cấp-dịch-vụ IHSS để cho phép họ làm việc tối đa 90 giờ mỗi tuần-làm-việc và tối đa là 360 giờ một tháng. Để hội đủ điều kiện được hưởng sự miễn trừ này, quý vị phải đáp ứng được ba (3) điều kiện sau đây vào hoặc trước Ngày 31 Tháng Giêng, 2016:

- Quý vị phải cung cấp dịch vụ IHSS cho hai người-nhận-hưởng-dịch-vụ IHSS trở lên.
- Quý vị hiện phải sống cùng nhà với những người-nhận-hưởng-dịch-vụ IHSS mà quý vị cung cấp dịch vụ.
- Quý vị phải có mối quan hệ thân thuộc với những người-nhận-hưởng-dịch-vụ IHSS mà quý vị cung cấp dịch vụ với tư cách là cha/mẹ, cha/mẹ kế, cha/mẹ nuôi, hoặc ông/bà hoặc là người giám hộ hợp pháp của đương sự.

Với sự miễn trừ này, quý vị không được phép làm việc hơn 90 giờ mỗi tuần-làm-việc hoặc hơn 360 giờ mỗi tháng. Nếu quý vị làm việc lên đến số giờ tối đa này cho những người-nhận-hưởng-dịch-vụ của quý vị và những người-

Số Nhận Diện Người-Cung-Cấp-Dịch-Vụ \_\_\_\_\_

nhận-hưởng-dịch-vụ IHSS của quý vị vẫn còn dư lại số giờ IHSS, thì những người-nhận-hưởng-dịch-vụ IHSS của quý vị sẽ phải thuê một người-cung-cấp-dịch-vụ IHSS khác để làm việc trong số giờ IHSS còn lại của họ.

Xin quý vị hoàn tất **Phần B** của mẫu đơn này và cung cấp tất cả các thông tin để xác minh rằng quý vị đáp ứng được ba (3) yêu cầu ở trên để đủ điều kiện được hưởng sự miễn trừ này với tư cách là Người-Cung-Cấp-Dịch-Vụ Chăm- Sóc-Sức-Khỏe Sống Cùng Gia Đình.

### Phần B: THÔNG TIN CỦA NGƯỜI-CUNG-CẤP-DỊCH-VỤ & NGƯỜI-NHẬN-HƯỞNG-DỊCH-VỤ

**HƯỚNG DẪN:** Quý vị phải hoàn thành phần thông tin bên dưới về địa chỉ cư trú và địa chỉ nhận thư của mình và sau đó hoàn thành biểu đồ bên dưới cho những người-nhận-hưởng-dịch-vụ mà quý vị cung cấp dịch vụ.

1. Địa chỉ cư trú của quý vị: \_\_\_\_\_

2. Địa chỉ nhận thư của quý vị: \_\_\_\_\_

A		B	C
Thông Tin về Người-Nhận-Hưởng Dịch-Vụ		Mối Quan Hệ với Người- Nhận- Hưởng Dịch-Vụ	Người-nhận-hưởng-dịch- vụ này có sống với quý vị trong cùng một nơi cư trú không? Xin trả lời Có hoặc Không
Họ Tên	Số Hồ Sơ		
1.		1.	1.
2.		2.	2.

Số Nhận Diện Người-Cung-Cấp-Dịch-Vụ \_\_\_\_\_

3.		3.	3
4.		4.	4.

**Tôi xin cam kết rằng tôi đáp ứng được tất cả các yêu cầu để hội đủ điều kiện được hưởng sự miễn trừ này. Tôi xin cam kết thêm rằng tất cả thông tin tôi đã cung cấp trên mẫu đơn này là đúng sự thật và chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi. Tôi hiểu rằng việc xác minh các thông tin này sẽ diễn ra vào thời điểm giám-định-lại người-nhận-hưởng-dịch-vụ IHSS của tôi để xác định xem tôi có còn đủ điều kiện được hưởng sự miễn trừ này nữa hay không. Tôi đồng ý tuân thủ với tất cả các yêu cầu về việc làm giờ phụ trợ theo sự miễn trừ này. Nếu tôi không còn đáp ứng được ba (3) yêu cầu cho việc miễn trừ này, thì tôi sẽ không còn đủ điều kiện để được hưởng sự miễn trừ này nữa và tôi phải thông báo cho quận-hạt ngay tức thì. Tôi hiểu rằng sau đó tôi sẽ phải tuân theo các hạn chế giới hạn hành vi về việc làm giờ phụ trợ.**

CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI-CUNG-CẤP-DỊCH-VỤ:

NGÀY:

TÊN VIẾT CHỮ IN CỦA NGƯỜI-CUNG-CẤP-DỊCH-VỤ:

**FOR STATE USE ONLY**

STAFF NAME:

DATE:

NOTES: