

ĐƠN XIN HƯỞNG DỊCH VỤ TRỢ GIÚP TẠI NHÀ

Cho Người Nộp Đơn: Tất cả các phần của mẫu đơn này đều phải được hoàn tất đầy đủ. Thông tin mà quý vị đã cung cấp sẽ được kiểm tra.

GHI NHỚ: Xin quý vị giữ lại một bản sao (copy) của đơn xin, đã được hoàn tất đầy đủ, của quý vị. Về Số An Sinh Xã Hội của quý vị, quý vị bắt buộc phải cung cấp (các) Số An Sinh Xã Hội của quý vị, như đã được quy định trong 42 USC 405, hoặc quý vị đã nộp đơn xin (các) Số An Sinh Xã Hội với Ban Quản Trị An Sinh Xã Hội. Thông tin này sẽ được sử dụng cho việc thẩm định tình-trạng-hội-đủ-điều-kiện và việc điều phối thông tin với các cơ quan công cộng khác.

Ngày Nộp Đơn:	Số Hồ Sơ (nếu quý vị biết):
----------------------	------------------------------------

Phần 1 – Thông Tin về Cá Nhân

Tên, Họ của Người Nộp Đơn:		Số An Sinh Xã Hội:
Địa Chỉ Tên Đường:		Thành Phố:
Tiểu Bang:	Mã Số Bưu Điện:	Điện Thoại:
		Địa Chỉ Email:
Ngày Sinh:		Giới Tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ

Phần 2 – Khuynh Hướng Tình Dục và Nhận Dạng Giới Tính (Không bắt buộc)

Việc cung cấp các câu trả lời trong những phần dưới đây không bị bắt buộc và được giữ bảo mật. Bất cứ thông tin nào mà quý vị cung cấp trong phần này sẽ không được sử dụng trong việc xác định tình-trạng-hội-đủ-điều-kiện của quý vị.

Quý vị xác định giới tính của quý vị là gì? (xin ngoắc dấu vào ô miêu tả chính xác nhất về giới tính hiện tại của quý vị)	
<input type="checkbox"/> Nữ	<input type="checkbox"/> Không Nhị Phân (không phải nam cũng không phải nữ)
<input type="checkbox"/> Nam	
<input type="checkbox"/> Người chuyển giới: nam thành nữ	<input type="checkbox"/> Sự nhận dạng giới tính khác
<input type="checkbox"/> Người chuyển giới: nữ thành nam	<input type="checkbox"/> Từ chối trả lời

Giới tính được liệt kê trên giấy khai sinh gốc của quý vị là gì? <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam	
Quý vị xác định khuynh hướng tình dục của quý vị là gì? Xin chọn một câu trả lời.	
<input type="checkbox"/> Tình dục bình thường/Tình dục với người khác giới	<input type="checkbox"/> Khuynh hướng tình dục loại khác
<input type="checkbox"/> Tình dục với người đồng tính nam hoặc tình dục với người đồng tính nữ	<input type="checkbox"/> Không biết
<input type="checkbox"/> Tình dục với cả nam lẫn nữ	<input type="checkbox"/> Từ chối trả lời
<input type="checkbox"/> Người đàn ông đồng tính luyến ái	

Phần 3 – Thông Tin về Cựu Chiến Binh

Quý vị có phải là Cựu Chiến Binh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Quý vị có phải là Người Phối Ngẫu/Con của một Cựu Chiến Binh không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nếu là “CÓ”, xin quý vị cung cấp tên của Cựu Chiến Binh và Số Claim:	

Phần 4 – Thông Tin về SSI/SSP

Quý vị có đang nhận hưởng phúc lợi SSI/SSP không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Nếu là “CÓ” xin ngoắc dấu vào loại sinh sống của quý vị: <input type="checkbox"/> Sống Độc Lập <input type="checkbox"/> Nhà Trợ Ăn Ở và Phục Dịch <input type="checkbox"/> Sống Tại Nhà Người Khác
Dịch vụ mà quý vị yêu cầu được nhận hưởng:

Phần 5 – Thông Tin về IHSS Trước Đây

Trước đây, quý vị đã từng nhận hưởng Dịch Vụ Trợ Giúp Tại Nhà (IHSS) chưa? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu là “CÓ”, xin hoàn tất phần dưới đây. Ngày và quận-hạt nơi quý vị nhận hưởng dịch vụ lần cuối:	
Tổng Số Giờ Hằng Tháng:	Tên Họ Đã Sử Dụng (nếu khác với ở trên):

Phần 6 – Thông Tin về Hộ-Gia-Đình

Xin Liệt Kê Các Thành Viên Của Hộ-Gia-Đình:

Tên của Người Vợ/Chồng:	
Ngày Sinh:	Số An Sinh Xã Hội:
Tên của: <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Người Thân Khác <input type="checkbox"/> Không Phải Người Thân	
Ngày Sinh:	Số An Sinh Xã Hội:
Tên của: <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Người Thân Khác <input type="checkbox"/> Không Phải Người Thân	
Ngày Sinh:	Số An Sinh Xã Hội:
Tên của: <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Người Thân Khác <input type="checkbox"/> Không Phải Người Thân	
Ngày Sinh:	Số An Sinh Xã Hội:
Tên của: <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Người Thân Khác <input type="checkbox"/> Không Phải Người Thân	
Ngày Sinh:	Số An Sinh Xã Hội:
Tên của: <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Người Thân Khác <input type="checkbox"/> Không Phải Người Thân	
Ngày Sinh:	Số An Sinh Xã Hội:
Tên của: <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Người Thân Khác <input type="checkbox"/> Không Phải Người Thân	
Ngày Sinh:	Số An Sinh Xã Hội:
Tên của: <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Người Thân Khác <input type="checkbox"/> Không Phải Người Thân	
Ngày Sinh:	Số An Sinh Xã Hội:

Phần 7 – Thông Tin về Sắc Tộc và Ngôn Ngữ

Luật pháp quy định rằng thông tin về nguồn gốc sắc tộc lẫn ngôn ngữ chính đều phải được thu thập.

Nếu quý vị không hoàn tất phần này, nhân viên dịch vụ xã hội sẽ tự mình đưa ra quyết định. Những thông tin này không ảnh hưởng gì đến tình-trạng-hội-đủ-điều-kiện được hưởng dịch vụ của quý vị cả.

A. Nguồn Gốc Sắc Tộc Của Tôi là:	B1. Quý vị thích đọc bằng ngôn ngữ nào hơn?
(Xem Trang 8 để có một danh sách về Các Sắc Tộc và Mã Số)	B2. Quý vị thích nói bằng ngôn ngữ nào hơn?
	(Xin chọn một ngôn ngữ trong danh sách về các Ngôn Ngữ và Mã Số ở Trang 8)

Phần 8 – Các Sự Điều Chỉnh Cho Thích Hợp trong Việc Giao Tế, Truyền Tin

Để điều chỉnh cho thích hợp đối với những người nộp đơn xin bị mù mắt hoặc có khiếm khuyết về thị giác, quý vị có thể lấy thông tin về chương trình IHSS trong các khuôn dạng thay thế khác sau đây. Xin cho chúng tôi biết quý vị thích nhận thông tin theo khuôn dạng nào hơn, nếu thích hợp cho quý vị. Việc cung cấp thông tin trong phần này sẽ không ảnh hưởng gì đến tình-trạng-hội-đủ-điều-kiện được hưởng các dịch vụ của quý vị cả.

Tôi bị Mù: Có Không

Nếu là “Có”, xin quý vị chọn một trong những thứ sau đây, cho một loại trong ba loại văn kiện của Sở Dịch Vụ Xã Hội (DSS) được liệt kê dưới đây.

Đối với Các Bản Thông Báo về Biện Pháp Thi Hành: Không cần thiết phải điều chỉnh
 Tài Liệu Viết Bằng Chữ Braille CD Âm Thanh CD Chứa Dữ Liệu
 Trợ Giúp của Quận-Hạt

(Nếu cần Trợ Giúp của Quận-Hạt, xin miêu tả loại trợ giúp quý vị yêu cầu)

Đối Với Các Mẫu IHSS Được Yêu Cầu: Không cần thiết phải điều chỉnh
 Tài Liệu Viết Bằng Chữ Braille CD Âm Thanh CD Chứa Dữ Liệu
 Trợ Giúp của Quận-Hạt

Nếu cần Trợ Giúp của Quận-Hạt, xin miêu tả loại trợ giúp quý vị yêu cầu)

Đối Với Các Bảng-Tính-Giờ-Công: Không cần thiết phải điều chỉnh
 Hệ Thống Thuộc Về Điện Thoại (4 Con Số RAN:) Trợ Giúp của Quận-Hạt
 Hệ Thống Bảng-Tính-Giờ-Công Bằng Điện Tử (ETS) (Người Nộp Đơn và Người Cung Cấp Dịch Vụ trước tiên đều phải đăng ký tại <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(Nếu cần Trợ Giúp của Quận-Hạt, xin miêu tả loại trợ giúp quý vị yêu cầu)

Tôi Bị Khiếm Thị: Có Không

Nếu là “Có”, xin quý vị chọn một trong những thứ sau đây, cho một loại trong ba loại văn kiện của Sở Dịch Vụ Xã Hội được liệt kê dưới đây.

Đối Với Các Bản Thông Báo Về Biện Pháp Thi Hành: Không cần thiết phải điều chỉnh
 Các văn kiện được in bằng chữ có kích cỡ 18 điểm CD Âm Thanh
 CD Chứa Dữ Liệu Trợ Giúp của Quận-Hạt

(Nếu cần Trợ Giúp của Quận-Hạt, xin miêu tả loại trợ giúp quý vị yêu cầu)

Đối với các mẫu đơn IHSS Được Yêu Cầu: Không cần thiết phải điều chỉnh
 Các văn kiện được in bằng chữ có kích cỡ 18 điểm CD Âm Thanh
 CD Chứa Dữ Liệu Trợ Giúp của Quận-Hạt

(Nếu cần Trợ Giúp của Quận-Hạt, xin miêu tả loại trợ giúp quý vị yêu cầu)

Đối với các Bảng-Tính-Giờ-Công: Không cần thiết phải điều chỉnh
 Hệ Thống Thuộc Về Điện Thoại (4 Chữ Số RAN:)
 Các văn kiện được in bằng chữ có kích cỡ 18 điểm Trợ Giúp của Quận-Hạt
 Hệ Thống Bảng-Tính-Giờ-Công Điện Tử (ETS) (Người Nạp Đơn lẫn Người Cung Cấp Dịch Vụ trước tiên đều phải đăng ký tại <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(Nếu cần Trợ Giúp của Quận-Hạt, xin miêu tả loại trợ giúp quý vị yêu cầu, bao gồm cả các dịch vụ chỉ dành cho người bị mù mắt không thôi)

Phần 9 – Phần Cam Kết

Tôi xin cam kết rằng những thông tin trên đây là đúng sự thật theo như chỗ tôi biết rõ và tin tưởng nhất. Tôi đồng ý sẽ hợp tác chặt chẽ, nếu sau này những điều tường trình trên đây cần phải được kiểm tra.

Tôi cũng hiểu rằng với vai trò là người chủ thuê mướn (những) người cung cấp dịch vụ IHSS cho tôi, tôi phải chịu trách nhiệm về việc:

1. Thuê mướn, huấn luyện, giám sát, sắp xếp thời biểu và, khi cần thiết, sa thải (những) người cung cấp dịch vụ cho tôi.
2. Bảo đảm rằng tổng số giờ, do tất cả những người cung cấp dịch vụ cho tôi phúc trình, đều không vượt quá số giờ IHSS mà tôi được phép hưởng mỗi tháng.
3. Giới thiệu chuyển gửi bất cứ cá nhân nào mà tôi muốn thuê mướn tới văn phòng IHSS của Quận-Hạt nhằm để hoàn tất thủ tục thẩm định tình trạng hội-đủ-điều-kiện làm người cung cấp dịch vụ.
4. Thông báo cho văn phòng IHSS Quận-Hạt biết, trong vòng 10 ngày, kể từ khi tôi thuê mướn hoặc sa thải một người cung cấp dịch vụ

Ngoài ra, tôi hiểu rõ và đồng ý với các điều khoản và giới hạn sau đây về việc thanh toán cho các dịch vụ do chương trình IHSS cung cấp:

1. Để cho bất cứ cá nhân nào được chương trình IHSS trả tiền, đương sự phải được chấp thuận với tư cách là một người hội-đủ-điều-kiện cung cấp dịch vụ IHSS.
2. Nếu tôi chọn được có một cá nhân nào đó làm việc cho tôi mà người này chưa được chấp thuận làm người hội-đủ-điều-kiện cung cấp dịch vụ IHSS, thì tôi sẽ phải chịu trách nhiệm cho việc trả tiền công cho đương sự nếu đương sự không được IHSS chấp thuận làm người hội-đủ-điều-kiện cung cấp dịch vụ.
3. Chương trình IHSS sẽ không trả tiền cho bất cứ dịch vụ nào được cung cấp cho tôi cho đến khi đơn xin hưởng dịch vụ của tôi được chấp thuận và sau đó chương trình IHSS sẽ chỉ trả tiền cho những dịch vụ được Chương Trình IHSS cho phép tôi hưởng mà thôi.
4. Tôi sẽ phải chịu trách nhiệm trả tiền cho bất cứ dịch vụ nào tôi nhận hưởng mà không được bao gồm trong danh sách dịch vụ IHSS được phép hưởng của tôi.
5. Tôi sẽ phải chịu trách nhiệm chi trả cho khoản Chia-Sẻ-Sở-Phí (SOC) của tôi và tôi sẽ phải thông báo cho (những) người cung cấp dịch vụ riêng của tôi biết về khoản SOC đó.

Tôi cũng hiểu rõ và đồng ý hợp tác với những điều sau đây như là một phần của tình-trạng-hội-đủ-điều-kiện được hưởng IHSS của tôi:

Để thúc đẩy tính trung thực và sự bảo đảm về phẩm chất của chương trình, tôi sẽ phải chịu những cuộc viếng thăm nhà tôi không được báo trước và tôi hoặc (những) người cung cấp dịch vụ cho tôi có thể sẽ nhận được các thư từ do Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe của Tiểu Bang (DHCS) gửi tới, nhằm xác định các mối bận tâm về quy định của chương trình, Sở Dịch Vụ Xã Hội Tiểu Bang California (CDSS) và/hoặc Quận-Hạt mà tôi hiện đang nhận hưởng các dịch vụ

Mục đích của các chuyến viếng thăm và các lá thư gửi đến cho quý vị là để bảo đảm rằng các quy định của chương trình được theo dõi chặt chẽ và các dịch vụ được phép hưởng là cần thiết cho quý vị để quý vị được tiếp tục ở trong nhà của mình một cách an toàn. Chuyến viếng thăm cũng sẽ xác nhận là các dịch vụ được phép hưởng đã được cung cấp đầy đủ, phẩm chất của những dịch vụ đó là có thể chấp nhận được, và việc sống an vui của quý vị sẽ được bảo vệ.

Nếu các dịch vụ IHSS được khám phá ra là không được yêu cầu hoặc không được cung cấp đúng cách, quý vị và/hoặc người cung cấp dịch vụ của quý vị có thể sẽ bị điều tra về vấn đề gian lận Medi-Cal. Nếu việc gian lận được chứng minh đã xảy ra, quý vị và/hoặc người cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ bị truy tố về việc gian lận Medi-Cal.

Phần 10 – (Các) Chữ Ký

Chữ Ký của Người Nạp Đơn:		Ngày:
Chữ Ký của Người Đại Diện Của Người Nạp Đơn (chỉ khi thích hợp mà thôi):		Ngày:
Quan Hệ của Người Đại Diện với Người Nạp Đơn (chỉ khi thích hợp mà thôi):	Số Điện Thoại của Người Đại Diện (chỉ khi thích hợp mà thôi):	
Địa Chỉ của Người Đại Diện (chỉ khi thích hợp mà thôi):		

Để phúc trình sự gian lận hoặc sự lạm dụng đáng khả nghi trong việc cung cấp hoặc nhận hưởng dịch vụ IHSS, xin gọi cho đường dây nóng về gian lận, tại số 1-800-822-6222, gửi email ở địa chỉ stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov, hoặc vào thăm trang mạng <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>.

CHỈ DÀNH CHO CƠ QUAN SỬ DỤNG MÀ THÔI

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:

Mã Số của Sắc Tộc:

- A. Người Da Trắng.
- B. Người Gốc Tây Ban Nha.
- C. Người Da Đen.
- D. Người Châu Á hoặc Dân Đảo Thái Bình Dương khác
- E. Thổ Dân Mỹ hoặc Người Bản Địa Alaska.
- F. Người Phillipin.
- G. Người Trung Quốc.
- H. Người Campuchia.
- I. Người Nhật.
- J. Người Hàn Quốc
- K. Người Samoa.
- L. Người Ấn Độ (Nam Á).
- M. Người Bản Địa Hawaii.
- N. Người Guamanian.
- O. Người Lào.
- P. Người Việt Nam.
- Q. Chủng Tộc Khác.
- R. Chủng Tộc Hỗn Hợp.

Mã Số của Ngôn Ngữ:

- 1. Ngôn Ngữ Ký Hiệu của Người Mỹ (AMISLAN or ASL).
- 2. Tiếng Tây Ban Nha - NOA sẽ được phát hành bằng tiếng Tây Ban Nha.
- 3. Tiếng Quảng Đông.
- 4. Tiếng Nhật.
- 5. Tiếng Hàn Quốc.
- 6. Tiếng Tagalog.
- 7. Ngôn ngữ không phải Tiếng Anh khác.
- 8. Tiếng Anh.
- 9. Tiếng Tây Ban Nha - NOA sẽ được phát hành bằng tiếng Anh.
- 10. Ngôn Ngữ Ký Hiệu Khác.
- 11. Tiếng Quan Thoại.
- 12. Những Ngôn Ngữ Trung Quốc khác.
- 13. Tiếng Campuchia.
- 14. Tiếng Armenia.
- 15. Tiếng Ilocano.
- 16. Tiếng Miên.
- 17. Tiếng Hmong.
- 18. Tiếng Lào.
- 19. Tiếng Thổ Nhĩ Kỳ.
- 20. Tiếng Do Thái.
- 21. Tiếng Pháp.
- 22. Tiếng Ba Lan.
- 23. Tiếng Nga.
- 24. Tiếng Bồ Đào Nha.
- 25. Tiếng Ý.
- 26. Tiếng Ả Rập.
- 27. Tiếng Samoa.
- 28. Tiếng Thái.
- 29. Tiếng Farsi.
- 30. Tiếng Việt Nam.