

ĐƠN XIN HƯỞNG CHƯƠNG TRÌNH DỊCH VỤ TRỢ GIÚP TẠI-NHÀ

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

LƯU Ý: Xin giữ lại bản sao 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 phải có nộp đơn xin (các) Số An Sinh Xã Hội với Sở Quản Trị An Sinh Xã Hội. Thông tin này sẽ được sử dụng trong việc xác định tình trạng hội đủ điều kiện và phối hợp 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 |

Dịch vụ 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) không? Có Không

Nếu Có, xin hoàn tất phần sau đây.

Ngày và quận-hạt nơi quý vị đã nhận được dịch vụ lần cuối:

Tổng Số Giờ Hằng Tháng:

Tên, Họ Đã Sử Dụng (nếu khác với tên ở trên):

Phần 6 – Thông Tin về Hộ Gia Đình

Xin Liệt Kê Các Thành Viên Trong Hộ Gia Đình:

Tên Người Vợ/Chồng:

Ngày Sinh:

Số An Sinh Xã Hội:

Tên: Cha/Mẹ Con Thân Nhân Khác Không Phải Thân Nhân

Ngày Sinh:

Số An Sinh Xã Hội:

Tên: Cha/Mẹ Con Thân Nhân Khác Không Phải Thân Nhân

Ngày Sinh:

Số An Sinh Xã Hội:

Tên: Cha/Mẹ Con Thân Nhân Khác Không Phải Thân Nhân

Ngày Sinh:

Số An Sinh Xã Hội:

Tên: Cha/Mẹ Con Thân Nhân Khác Không Phải Thân Nhân

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Ngày Sinh: | Số An Sinh Xã Hội: |
| Tên: <input type="checkbox"/> Cha/Mẹ <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Thân Nhân Khác <input type="checkbox"/> Không Phải Thân Nhân | |
| Ngày Sinh: | Số An Sinh Xã Hội: |

Phần 7 – Thông Tin về Dân Tộc và Ngôn Ngữ

Luật pháp quy định rằng thông tin về nguồn gốc dân tộc và ngôn ngữ chính đều phải được thu thập. Nếu quý vị không hoàn tất phần này, nhân viên dịch vụ xã hội sẽ quyết định cho quý vị. Thông tin này sẽ không ảnh hưởng gì đến tình trạng hội đủ điều kiện nhận hưởng dịch vụ của quý vị cả.

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. Nguồn Gốc Dân Tộc của Tôi là: (Xin xem Trang 10, là một bản liệt kê về Các Dân Tộc cùng Các Mã Số) | B1. Quý vị thích đọc bằng ngôn ngữ nào hơn? 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 trên Trang 10) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Phần 8 – Các Sự Điều Chỉnh Thích Hợp trong Việc Truyền Thông

Để điều chỉnh thích hợp cho những người nộp đơn xin hưởng mà bị mù lòa hoặc bị khiếm thị, thông tin về chương trình IHSS có sẵn trong các dạng thay thế sau đây. Xin cho biết quý vị thích dạng nào hơn, nếu có thể áp dụng được. Việc cung cấp thông tin trong phần này sẽ không ảnh hưởng đến tình trạng hội đủ điều kiện được hưởng các dịch vụ của quý vị.

Tôi Bị Mù Lòa: Có Không

Nếu có, xin chọn một trong những thứ sau đây cho mỗi loại trong ba loại văn kiện của Sở Dịch Vụ Xã Hội (DSS) được liệt kê dưới đây.

Đối Với Các Thông Báo về Biện Pháp Thi Hành Không Cần Thiết Phải Điều Chỉnh

- Các Tài Liệu Viết Bằng Chữ Braille CD Âm Thanh
 CD Chứa Dữ Liệu Trợ Giúp của Quận-Hạt

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

Đối Với các mẫu IHSS Được Yêu Cầu: Không Cần Thiết Phải Điều Chỉnh Các Tài Liệu Viết Bằng Chữ Braille
 CD Âm Thanh CD Chứa Dữ Liệu Trợ Giúp của Quận-Hạt

(Nếu cần Sự Trợ Giúp của Quận-Hạt, xin mô 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 (Telephonic) (4 Con Số RAN:)
 Trợ Giúp của Quận-Hạt Hệ Thống Bảng Tính Giờ Công Điện Tử (ETS) (Các người nộp đơn xin và các người cung cấp dịch vụ phải ghi danh tại <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

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

Tôi Bị Khiếm Thị: Có Không

Nếu có, xin chọn một trong những thứ sau đây cho mỗi loại trong ba loại văn kiện của Sở Dịch Vụ Xã Hội (DSS) được liệt kê dưới đây.

Đối Với Các Thông Báo về Biện Pháp Thi Hành: Không Cần Thiết Phải Điều Chỉnh

Các văn kiện có phong chữ cỡ số 18 CD Âm Thanh
 CD Chứa Dữ Liệu Trợ Giúp của Quận-Hạt

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

Đối Với các mẫu IHSS Được Yêu Cầu: Không Cần Thiết Phải Điều Chỉnh Các văn kiện có phong chữ cỡ số 18

CD Âm Thanh CD Chứa Dữ Liệu Trợ Giúp của Quận-Hạt

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

Đối Với Bảng Tính Giờ Công: Không Cần Thiết Phải Điều Chỉnh Hệ Thống thuộc về Điện Thoại (Telephonic) (4 Con Số RAN:) Các văn kiện có phong chữ cỡ số 18 Trợ Giúp của Quận-Hạt Hệ Thống Bảng Tính Giờ Công Điện Tử (ETS) (Các người nộp đơn xin và các người cung cấp dịch vụ trước tiên đều phải ghi danh tại <https://www.etimesheets.ihss.ca.gov>)

(Nếu cần Sự Trợ Giúp của Quận-Hạt, xin mô tả loại trợ giúp quý vị yêu cầu, bao gồm các dịch vụ chỉ dành cho người bị mù lòa mà 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 chứng.

Tôi cũng hiểu rằng với tư cách là chủ nhân của (những) người cung cấp dịch vụ IHSS của tôi, tôi phải chịu trách nhiệm về việc:

1. Thuê mướn, huấn luyện, giám sát, sắp xếp thời khóa biểu và khi cần thiết, sa thải (những) người cung cấp dịch vụ của tôi.

2. Bảo đảm tất cả những người cung cấp dịch vụ nào phục vụ cho tôi đều đã phức trình tổng số giờ không vượt quá số giờ IHSS được phép hưởng hằng tháng của tôi.
3. Chuyển gửi bất cứ cá nhân nào mà tôi muốn thuê mượn đến văn phòng IHSS thuộc Quận-Hạt 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 thuộc Quận-Hạt biết trong vòng 10 ngày khi tôi thuê mượn hoặc sa thải một người cung cấp dịch vụ.

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

1. Để cho bất cứ cá nhân nào được chương trình IHSS trả tiền, họ phải được chấp thuận với tư cách là một người hội-đủ-điều-kiện cung cấp dịch vụ IHSS.
2. Nếu tôi chọn được một cá nhân 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 chấp thuận.
3. Chương trình IHSS sẽ không trả tiền cho bất cứ dịch vụ nào đã được cung cấp cho tôi, cho tới khi đơn xin của tôi cho những dịch vụ đó được chấp thuận và sau đó Chương Trình IHSS sẽ chỉ trả cho những dịch vụ nào mà tôi được phép nhận hưởng mà thôi.
4. Tôi sẽ chịu trách nhiệm về việc chi trả cho bất cứ những 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 chịu trách nhiệm về việc chi trả cho khoản Chia-Sẻ-Sở-Phí (Share-of-Cost [SOC]) của 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 bảo đảm về phẩm chất của chương trình, sẽ có người đến viếng thăm nhà tôi mà (không) thông báo trước và tôi hoặc (những) người cung cấp dịch vụ của tôi có thể sẽ nhận các thư từ do Sở Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe của Tiểu Bang (DHCS) gửi tới, nhằm xác định các mối quan 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 của các lá thư là để bảo đảm rằng các quy định của chương trình được tuân theo chặt chẽ và các dịch vụ được phép hưởng là cần thiết cho quý vị để được ở an toàn trong nhà của quý vị. Chuyến viếng thăm cũng sẽ kiểm chứng là các dịch vụ được phép đã được cung cấp đầy đủ, phẩm chất của những dịch vụ đó có-thể-chấp-nhận-được, và cuộc sống an vui của quý vị được bảo vệ.

Nếu các dịch vụ IHSS được khám phá ra là không cần thiết hoặc dịch vụ không được cung cấp đúng cách, quý vị và/hoặc người cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ phải chịu bị điều tra về gian lận Medi-Cal. Nếu việc gian lận được chứng minh, quý vị và/hoặc người cung cấp dịch vụ của quý vị sẽ bị truy tố vì gian lận Medi-Cal.

Phần 10 – (Những) Chữ Ký

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------|
| Chữ Ký của Người Nạp Đơn: | | Ngày: |
| Chữ Ký của Người Đại Diện Cho Người Nạp Đơn (chỉ khi thích hợp mà thôi): | | Ngày: |
| Liên 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 báo cáo 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

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 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 Dân Tộc:

- A. Trắng.
- B. Người gốc Tây Ban Nha.
- C. Đen.
- D. Châu Á hoặc Đảo Thái Bình Dương khác
- E. Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska.
- F. Phi Luật Tân.
- G. Trung Hoa.
- H. Miên.
- I. Nhật Bản.
- J. Đại Hàn.
- K. Samoan.
- L. Ấn Độ.
- M. Hawaiian.
- N. Guamanian.
- O. Lào.
- P. Việt Nam.
- Q. Dân Tộc Khác.
- R. Sắc Tộc Hỗn Hợp.

Mã Số của Ngôn Ngữ:

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