

服務提供人員編號 _____

居家支援服務 (IHSS) 計劃
住家家庭護理提供人員加班限制的豁免

服務提供人員姓名：

A 部份：對服務提供人員的要求

自 2016 年 2 月 1 日起，州法律 (《福利與機構法》的第 12300.4 部份) 限制了 IHSS/豁免個人護理服務 (WPCS) 提供人員在每個工作週內所能提供的最高工作時數。如果 IHSS/WPCS 計劃服務提供人員在一週中工作超過 40 小時，他們將獲得加班費，而服務提供人員為 IHSS 和 WPCS 領受者每週工作的時數總和是不能超過 66 小時。

IHSS 計劃定立了一項有關 IHSS 服務提供人員每個工作週最多只能工作 66 小時的家庭成員豁免，以允許他們每個工作週可以工作最多 90 小時和每個月可以工作最多 360 小時。要獲得此豁免資格，你必須在 2016 年 1 月 31 日或之前符合以下三 (3) 項要求：

- 你必須為兩名或以上的 IHSS 領受者提供 IHSS 服務。
- 你目前必須與你所提供服務的 IHSS 領受者住在同一家中。
- 你必須與你所提供服務的 IHSS 領受者有親屬關係，是他/她的父母、繼父母、養父母或祖父母，或者是他/她的法定監護人。

有了這豁免，你在每個工作週的工作時間不得超過 90 小時或在每個月不得超過 360 小時。如果你為領受者工作的時間達到了這些時數的上限，而你的 IHSS 領受者仍有剩餘的 IHSS 時數，那麼你的 IHSS 領受者將需要僱用另一名 IHSS 服務提供人員來使用剩餘的 IHSS 時數。

請填寫這份表格的 B 部分並提供所有信息，以確認你符合上述的三 (3) 項要求，從而有資格作為住家家庭護理提供人員來獲得此豁免。

服務提供人員編號 _____

B 部份：服務提供人員和領受者資訊

填寫說明：你必須填寫以下有關你的居住地址和郵寄地址的信息，然後填寫下表中有關你所提供服務的領受者的信息。

1. 你的居住地址： _____

2. 你的郵寄地址： _____

A		B	C
領受者資訊		與領受者的關係	領受者是否與你住在同一個住所？請回答是或否
姓名	個案號碼		
1.		1.	1.
2.		2.	2.
3.		3.	3.
4.		4.	4.

服務提供人員編號_____

我聲明，我符合獲得此豁免資格的所有要求。我亦聲明，據我所知，我在這份表格上所提供的所有信息都是真實和正確的。我了解，在我的 **IHSS** 領受者進行重新評估時，也會對我所提供這些信息進行核實以確定我是否仍有資格獲得此豁免。我同意遵守此豁免規定的所有加班要求。如果我不再符合此豁免的三 **(3)** 項要求，我將不再有資格獲得此豁免，並且我必須立即通知縣政府。我了解，我將受到現有加班限制的規定。

服務提供人員簽署姓名：

日期：

服務提供人員書寫姓名：

FOR STATE USE ONLY

STAFF NAME:

DATE:

NOTES: