

## 居家援助服務申請表

**致申請人：**必須填寫此表格的所有部分。提供的資訊需要核實。

**注意：**請保留完成的表格副本。根據美國法典42章405節，要求您必須提供您的社會安全號碼，或者您向社會安全局申請社會安全號碼。這些資訊將用於確定資格並與其他公共機構協調資訊。

<b>申請日期：</b>	<b>個案編號(如知悉)：</b>
--------------	-------------------

### 第 1 部分 – 個人資訊

<b>申請人姓名：</b>		<b>社會安全號碼：</b>	
<b>街道地址：</b>			<b>市：</b>
<b>州：</b>	<b>郵遞區號：</b>	<b>電話：</b>	
		<b>電郵：</b>	
<b>出生日期：</b>		<b>性別：</b> <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

**第 2 部分 – 性取向和性別認同 (非必要填寫)**

以下部份是非必要作答，所作回答會被保密。您在本部分中提供的任何資訊以下部份是非必要作答，所作回答會被保密。

**您的性別認同是什麼？**

(勾選最能描述您目前性別身份的方框)

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 女性        | <input type="checkbox"/> 非二元 (非男性亦非女性) |
| <input type="checkbox"/> 男性        | <input type="checkbox"/> 其他性別認同        |
| <input type="checkbox"/> 變性: 男性變女性 | <input type="checkbox"/> 拒絕說明          |
| <input type="checkbox"/> 變性: 女性變男性 |  |

**您的正本出生證書上所列的性別是？**

- 女性  男性

**您如何形容您的性取向？**

選擇一個答案

- |                                    |                                |
|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 異性戀       | <input type="checkbox"/> 其他性取向 |
| <input type="checkbox"/> 男同性戀或女同性戀 | <input type="checkbox"/> 未知    |
| <input type="checkbox"/> 雙性戀       | <input type="checkbox"/> 拒絕說明  |
| <input type="checkbox"/> 不典型的性行為   |                                |

**第 3 部分 – 退伍軍人資訊****您是退伍軍人嗎？**

- 是  否

**您是退伍軍人的配偶/孩子嗎？**

- 是  否

如果是，請提供退伍軍人姓名和索賠編號：

**4 部分 – SSI/SSP 資訊**

您是否領取 SSI/SSP 福利？  是  否

如果是，請選出您的生活安排類型：

- 獨立生活     住宿和護理     其他護理院

要求的服務：

**第 5 部分 – 過去的 IHSS 資訊**

您過去曾否獲得居家援助服務(IHSS)?  是  否

如果是,請填寫以下各項。  
最後獲得服務日期和縣:

每月總時數:

使用的姓名(如與上述不同):

**第 6 部分 – 家庭資訊**

家庭成員名單:

配偶的姓名:

出生日期:

社會安全號碼:

姓名:  父母  子女  其他親屬  非親屬

出生日期:

社會安全號碼:

**第 7 部分 – 種族和語言資訊**

法律要求收集有關族裔和主要語言的資訊。如果您不填寫本部分，社會服務人員將做出決定。該資訊不會影響您的服務資格。

<p><b>A. 原屬種族是：</b></p> <p>(有關種族和代碼清單，請參見第 9 頁)</p>	<p><b>B1. 您喜歡用哪種語言閱讀？</b></p> <p><b>B2. 您喜歡說什麼語言？</b></p> <p>(請從第 9 頁的語言和代碼清單中選擇一個)</p>
---	---

**第 8 部分 – 通訊便利協助**

為了給盲人或有視力障礙的申請人提供便利協助，為了給盲人或有視力障礙的申請人提供便利協助，IHSS 資訊可以用下列替代格式提供。如果適用，請說明您希望使用哪種格式。提供本部分中的資訊不會影響您的服務資格。

**我是盲人：**  是  否

如果是，請從以下三類社會服務部(DSS)所列的每份文件中選取一項。

<p><b>行動通知：</b> <input type="checkbox"/> 不需要便利協助</p> <p><input type="checkbox"/> 盲文文件      <input type="checkbox"/> 音訊光碟      <input type="checkbox"/> 資料光碟</p> <p><input type="checkbox"/> 縣援助</p>
<p><b>(如需縣援助，請說明所要求的援助)</b></p>

**IHSS 要求的表格:**  不需要便利協助  
 盲文文件       音訊光碟       資料光碟  
 縣援助

**(如需縣援助,請說明所要求的援助)**

**時間表:**  不需要便利協助  
 電話系統 (4 位數 RAN:      )       縣援助  
 電子時間表系統 (ETS) (申請人和服務提供者必須首先在  
<https://www.etimesheets.ihss.ca.gov> 註冊)

**(如需縣援助,請說明所要求的援助)**

**我是視力障礙者:**  是  否

如果是,請從以下三類社會服務部(DSS)所列的每份文件中選取一項。

**行動通知:**  不需要便利協助  
 18 點字體文件       音訊光碟       資料光碟  
 縣援助

**(如需縣援助,請說明所要求的援助)**

**IHSS 要求的表格:**  不需要便利協助  
 18 點字體文件       音訊光碟       資料光碟  
 縣援助

**(如需縣援助,請說明所要求的援助)**

**時間表:**  不需要便利協助  
 電話系統 (4 位數 RAN: \_\_\_\_\_ )  
 18 點字體文件  縣援助  
 電子時間表系統 (ETS) (申請人和服務提供者必須首先在  
<https://www.etimesheets.ihss.ca.gov> 登記)

**(如需縣援助,請說明所要求的援助,包括僅限盲人的服務)**

## 第 9 部分 – 確認

本人確認上述資訊就本人所知及所信皆為事實。如將來需對上述陳述作核實,本人同意全面配合。

本人也明白,本人為IHSS服務提供者的雇主,本人有責任:

1. 聘用、訓練、監督、安排,並在必要時解雇本人的服務提供者。
2. 確保為本人工作的所有服務提供者報告的總小時數不超過本人每個月 IHSS 授權小時數。
3. 轉介本人欲聘請的任何人到縣IHSS辦公室完成服務提供者的資格流程。
4. 在本人聘用或解雇服務提供者的 10 天內通知縣 IHSS 辦公室。

此外,本人明白並同意以下有關 IHSS 計劃服務付款的條款和限制:

1. 任何人如要從IHSS計劃獲取報酬,他們必須通過成為IHSS的合資格服務提供者。
2. 如本人選擇未通過資格的IHSS服務提供者為本人工作,本人將承擔支付該名未獲資格人士的報酬。
3. IHSS計劃將不會支付任何提供給本人的服務直至本人的服務申請獲通過,而且IHSS計劃將只支付其授權與本人接受的服務。

4. 本人將負責支付任何不包括在IHSS授權內而獲得的服務。
5. 本人將負責支付個人的分攤費用(SOC)並通知本人之服務提供者有關該分攤費用。

作為本人IHSS資格的一部分，本人亦明白並同意配合如下：

為了促進計劃的完整性和質量保證，作為本人IHSS資格的一部分，本人亦明白並同意配合如下：並且本人或本人的服務提供者可能會收到來自加州衛生保健服務部 (DHCS)、加州社會服務部 (CDSS) 和/或本人接受服務所在縣寄來的信件，指出有關計劃要求的問題。

家訪和信件的目的是確保計劃要求有被遵守，並且您必須獲得授權服務才能安全地留在家中。家訪還將核實是否提供了授權的服務、這些服務的質量是否可以接受，以及您的福祉是否受到保障。

如發現IHSS服務是非必要或未有適當地提供，您和您的服務提供者可能會接受加州醫療保險 (Medi-Cal) 欺詐調查。如欺詐屬實，您和/或您的服務提供者將因加州醫療保險欺詐而被起訴。

**第 10 部分 – 簽名**

<b>申請人簽名:</b>		<b>日期:</b>
<b>申請人代表簽名 (如果適用):</b>		<b>日期:</b>
<b>代表與申請人的關係 (如果適用):</b>	<b>代表的電話號碼 (如果適用):</b>	
<b>代表的地址 (如果適用):</b>		

如欲報告在提供或接收 IHSS 服務時涉嫌的欺詐或濫用，請致電欺詐熱線 1-800-822-6222，電郵：[stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov](mailto:stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov)，或造訪：<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>。

**FOR AGENCY USE ONLY(只供機構使用)**

<b>Income Eligible:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Status Eligible:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Medi-Cal Aid Code:</b>
<b>MAGI Eligible Recipient:</b> <input type="checkbox"/> Disabled 12 months or longer <input type="checkbox"/> At risk without IHSS	<b>Verification:</b>	
<b>Notes:</b>		
<b>Signature of Social Worker or Agency Representative:</b>		<b>Telephone Number:</b>

**種族代碼:**

- A. 白人.
- B. 西裔.
- C. 非裔.
- D. 其他亞洲或太平洋島民
- E. 美洲印第安人或阿拉斯加原住民.
- F. 菲律賓人.
- G. 中國人.
- H. 柬埔寨人.
- I. 日本人.
- J. 韓國人.
- K. 薩摩亞人.
- L. 亞洲印第安人.
- M. 夏威夷人.
- N. 關島人.
- O. 老撾人.
- P. 越南人.
- Q. 其他.
- R. 混合種族.

**語言代碼:**

- 1. 美國手語 (AMISLAN 或 ASL).
- 2. 西班牙語 - 行動通知 (NOA) 將以西班牙語提供.
- 3. 粵語.
- 4. 日語.
- 5. 韓語.
- 6. 他加祿語.
- 7. 其他非英語.
- 8. 英語.
- 9. 西班牙語 - 行動通知 (NOA) 將以英語提供.
- 10. 其他手語.
- 11. 普通話.
- 12. 其他中國語言.
- 13. 柬埔寨語.
- 14. 亞美尼亞語.
- 15. 伊洛卡諾語.
- 16. 勉方言.
- 17. 苗語.
- 18. 老撾語.
- 19. 土耳其語.
- 20. 希伯來語.
- 21. 法語.
- 22. 波蘭語.
- 23. 俄羅斯語.
- 24. 葡萄牙語.
- 25. 意大利語.
- 26. 阿拉伯語.
- 27. 薩摩亞語.
- 28. 泰語.
- 29. 波斯語.
- 30. 越南語.