

居家援助服務 (IHSS) 取消指定授權代表

指示:

- 此表格允許 IHSS 申請人/領取者可以取消授權代表, 因此他/她不會代表申請人/領取者履行任何職能.
- 填寫A部分 (取消指定授權代表). 填寫並簽署B部分之後 (申請人/領取者確認書), 將此表格提交給縣社會工作者.
- 通過填寫一份新的SOC 839 (IHSS 指定授權代表), 申請人/領取者可以隨時選擇新的 IHSS授權代表和/或更改授權代表的職能, 並將其提交給縣社會工作者.

A 部分. 取消指定授權代表

IHSS申請人/領取者取消以下個人擔任他/她IHSS計劃的授權代表:

授權代表姓名

B 部分. 申請人/領取者確認書

我理解並同意遵守此表格中的所有條款和條件.

申請人/領取者/法定代表姓名	IHSS 案件編號
申請人/領取者/法定代表簽名	日期

如果申請人/領取者無法親自簽署表格, 則必須出示證人或公證人簽名, 並在簽名部分寫上識別標記.

證人/公證人簽名	日期
----------	----

FOR COUNTY USE ONLY (只供縣府使用)

County Worker' s Name	County Worker' s Signature	Date
-----------------------	----------------------------	------