

## 居家援助服務 (IHSS) 計劃 保健證明表格

### A. 申請人 / 受看護人 (由郡政府填寫)

申請人/受看護人的姓名:	出生日期:
地址:	
居住的郡:	IHSS 案件 #:
IHSS 工作人員姓名:	
IHSS 工作人員電話 #:	IHSS 工作人員傳真 #:

### B. 授權發表保健資料 (由申請人/受看護人填寫)

我, \_\_\_\_\_, 授權發表有關我的身體和/或精神狀況的保健資料與  
(書寫姓名)  
居家援助服務計劃, 因為它涉及到我家庭/有關的及個人護理服務的需要。

簽名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(申請人/受看護人或法定監護人/管理委員)

證人 (如果申請人以 "X" 作為簽名): \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 致: 持牌照的保健專家\* -

上述的個人已申請或正在接受居家援助服務 (IHSS) 計劃的服務。州法例規定, 為了授權或繼續 IHSS 務服, 一個持牌照的醫療保健專家必須提供醫療證明上述人士無法單獨執行日常獨立生活的某些活動, 並且沒有 IHSS, 安置這人在 "不在家中的看護", 這人士會處於危險中。這醫療證明表格必須填寫並寄回到上面列出的 IHSS 工作人員。IHSS 工作人員將使用提供的資料來評估這人現在的情況, 如果不獲提供 IHSS 的話, 他/她是否需要 "不在家中的看護"。IHSS 工作人員有責任批准服務和服務的時數。這表格提供的資料將被作為對服務需要的一個考慮因素, 而且所有相關的文件會被用作 IHSS 的決定。

IHSS 是一個提供家庭/有關的及個人護理服務的計劃, 目的是使因為被安置在 "不在家中的看護" 而處於危險中的老年人, 盲人和殘疾的人可以安全在家。IHSS 服務包括: 家務, 做飯, 飯後清理, 日常洗衣, 為食品或其它必需品購物, 提供呼吸的援助, 大小便護理, 餵食, 床上沐浴, 穿衣, 經期護理, 協助步行, 搬遷, 沐浴和修飾, 擦皮膚和改變睡姿, 關心/協助使用義肢, 陪同到醫療應診/可選擇的資源, 減少庭院的危險, 大清洗, 保護性的監督 (觀察非自導的行為, 被困惑, 精神障礙或精神病患的人和適當干預, 以保護領取者受傷, 有危險或意外), 還有醫療輔助服務 (根據一個有執照的醫療保健專家訓練的判斷, 例如執行療程, 刺皮膚等等的活動, 這些通常會替他/她執行如果他/她沒有功能上的限制, 並且, 由於他/她的身體或精神情況, 是必須要保持他/她的健康)。IHSS 計劃提供實踐和/或口頭援助的服務 (提醒或提示) 給以上列出的服務。

\* 正如在商業和專業法規的定義中, 持牌專業保健人員是指個人在加利福尼亞州通過適當的加州監管機構許可, 他或她的執照或證書的許可範圍內採取行事。這包括, 但不僅限於: 醫生, 醫師助理, 區域中心的臨床醫生或臨床主管, 職業物療師, 物理物療師, 精神科醫生, 心理學家, 驗光師, 眼科醫師和公共衛生護士等。

## 居家援助服務 (IHSS) 計劃醫療證明表格

申請人/受看護人姓名:

IHSS 案件 #:

### C. 保健資料 (僅由持牌照的醫療保健專家填寫)

**注意: 項目 #1 和 #2 (還有 3 和 4, 如果適用) 申請 IHSS 資格必須填寫的條件。**

1. 這個人無法獨立執行日常生活的一個或多個活動 (例如, 吃飯, 洗澡, 穿著, 使用洗手間, 散步等) 或者有幫助的日常活動 (例如, 家務, 準備飯食, 購買食物等)?  是  否

2. 按您的看法, 為了避免”不在家中的看護”的需要, 建議一個或更多的 IHSS 服務 (參閱在第 1 頁描述 IHSS 的服務)?  是  否

如果您回答問題 #1 或 #2 “否”的話, 跳過下面 #3 和 #4 的問題, 填寫餘下的表格包括底部 D 部份的證書。

如果您回答問題 #1 和 #2 “是”的話, 回答下面 #3 和 #4 的問題, 填寫在表格底部 D 部份的證書。

3. 提供說明任何身體和/或精神狀況或功能限制, 導致或促使此人需要 IHSS 計劃的援助:

4. 此人的情況或功能限制是否預計將可持續另外 12 個月或預期會在 12 個月內導致死亡?  是  否

請盡可能填寫問題 #5 - 8, 以進一步協助 IHSS 工作人員確定此人的資格

5. 說明您提供給這人的服務本質 (例如, 藥物治療、護理保健、出院計劃等等):

6. 您提供服務給這個人有多久?

7. 說明與這個人接觸有多頻密 (例如, 每月, 每年等):

8. 註明您上次提供服務給這人的日期: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**注意: IHSS 社會工作者或會為補充資料或澄清您提供以上的回應與您聯絡。**

### D. 持執照的醫療保健專家證明

通過簽署這份表格, 我證明我持有加利福尼亞州的牌照而且上面提供的所有資料是正確的。

姓名:

頭銜:

地址:

電話 #:

傳真 #:

簽名:

日期:

專業執照號碼:

執照主管部門:

請寄回本表格到第 1 頁列出的 IHSS 工作人員