

## PROTECTIVE SUPERVISION 24-HOURS-A-DAY COVERAGE PLAN

### 保護監督 24 小時全天保障計畫

請用正楷填寫

IHSS 接受者姓名：	接受者電話號碼：
IHSS 接受者住址：	
主要連絡人姓名：	聯絡人電話號碼：
與接受者的關係：	

作為為上述接受者安排 24 小時全天保障計畫的主要聯絡人，我確認我明白下列事項：

- 全天 24 小時保障計畫已經制定完畢。

無論每天有多少小時的居家支援服務 (IHSS)，通過利用其他各種服務 (如針對成年人或兒童的日間看護中心、社區資源中心、老年人中心、父母面臨巨大壓力時提供臨時兒童託管的中心等)，24 小時全天保障計畫是可以實現的。

- 24 小時全天保障計畫是全天候的。
- 如果 24 小時全天保障計畫有任何變動 (如住院、參加日間看護計畫、外出旅行等)，我將立刻通知 IHSS 社工。
- 為了保證上述接受者安全地留在家中，24 小時全天候保護監督是不可避免的，這一點已經明確。IHSS 社工也已經和我討論過能否用其他離家看護服務來代替 24 小時全天保護監督。

護理人員姓名 (1)：	聯絡電話：
護理人員姓名 (2)：	聯絡電話：
護理人員姓名 (3)：	聯絡電話：

#### 描述保護監督 24 小時全天保障計畫的執行方案：

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

主要連絡人簽名：	日期：
IHSS 社工簽名	聯絡電話：

State of California – Health and Human Services Agency  
**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS)**  
**PROTECTIVE SUPERVISION**  
**24-HOURS-A-DAY COVERAGE PLAN (SOC 825)**  
居家支援服務 (IHSS)  
保護監督  
24 小時全天保障計畫 (SOC 825)

**INSTRUCTIONS**  
**說明**

**IHSS 保護監督 24 小時全天保障計畫 (SOC 825)** 是一份供縣級部門填寫的選填表格。**SOC 825** 的目的是保證那些需要保護監督的接受者得到 24 小時全天照料，以確保其全天 24 小時健康和 safety。接受者的社工和 IHSS 護理人員——無論是家屬、朋友還是毫無關係——應當共同商議，為接受者制訂一份全天 24 小時的保障計畫或時間安排。

**IHSS 接受者姓名：**填寫 IHSS 接受者的全名。

**接受者電話號碼：**填寫接受者的聯絡電話。

**IHSS 接受者住址：**填寫進行 24 小時全天保障的主要家庭住址。

**主要聯絡人姓名：**填寫對接受者的 24 小時全天保障計畫進行協調的主要負責人的姓名。

**主要聯絡人電話號碼：**填寫主要聯絡人的電話號碼。

**與接受者的關係：**填寫主要聯絡人與接受者的關係（如家屬、IHSS 護理人員、朋友等）。

**護理人員姓名 (1)、(2)、(3)，以及聯絡電話：**

填寫在 24 小時全天保障中為接受者提供護理的每位護理人員的姓名。填寫每位護理人員的電話號碼。

如果負責這位接受者的護理人員超過三 (3) 名，可以添加一頁紙，在上面列出護理人員的姓名和聯絡電話。

**描述保護監督 24 小時全天保障計畫的執行方案：**

填寫制訂好的時間表，或對計畫進行解釋，說明上述護理人員如何保證接受者得到 24 小時不間斷的護理。如需更多空間來描述 24 小時全天保障計畫，可以添加一頁紙。

**主要聯絡人簽名及日期：**制訂好 24

小時全天保障計畫以後，應當與批准保護監督需求的社工對計畫加以討論，然後由主要聯絡人在表上簽字并注明日期。

**IHSS 社工簽名及聯絡電話：**

經過對 24

小時全天保障計畫進行討論，並由主要聯絡人簽名和注明日期后，縣裡的社工將在表格上簽字并注明自己的聯絡電話。

應為主要聯絡人提供一份表格的副本，將其留存在縣級部門的個案檔案中。