

行動通知

家庭護理服務 (IHSS)

核准通知

縣名：

通知日期：_____
案例名稱：_____
案例編號：_____
社工姓名：_____
社工編號：_____
社工電話：_____
社工地址：_____

註：本通知只與您的家庭護理服務有關，並不影響您接受 SSI/SSP、社會保障或加州醫藥補助。請將本通知與您的重要文件存放在一起。

(收件者)

[]
[]

您每月總共可以獲得的 IHSS 時間 (小時:分鐘) : _____。

根據我們在 _____ 年 月 日，進行的評估，您可以獲得下表所列的服務，服務時間如「您最終可以獲得的服務時間」欄所示。

- 1) 若「您可以獲得的授權服務時間」欄的時間為零，或少於「總共需要的服務時間」欄的時間，下一(幾)頁會說明原因。
- 2) 「不需要」是指您的社工發現您完成該任務時不需要協助。(MPP 30-756.11)
- 3) 「待定」是指縣當局正在等待進一步的資訊，以確定您是否需要該服務。有關詳細資訊，請參閱下一(幾)頁。

服務	總共需要的服務時間	同住一室其他成員的調整	您需要的服務時間	您拒絕的服務或從他處獲得的服務	您可以獲得的授權服務時間
	小時:分鐘	(按比例分配)	小時:分鐘		小時:分鐘
註: 請參閱下一頁背面對每一項服務的簡短說明。					
家政服務 (每月) :					
相關服務 (每週) :					
烹製飯食					
餐後清理					
例行洗衣					
購買食品					
其他購物/辦事					
非醫療性個人護理服務 (每週) :					
呼吸協助 (幫助進行呼吸)					
大小便護理					
餵食					
例行臥床浴					
穿衣					
月經護理					
離床活動 (協助走動, 包括上/下車輛)					
轉移 (協助上/下床、上/下坐椅等)					
洗浴、口腔衛生、整潔儀容					
按摩皮膚、調整姿勢					
協助使用修補物 (假肢、助視/助聽設備) 和/或準備藥物					
陪伴 (每週) :					
往返診約					
往返您接受 IHSS 替代服務的場所					
保護性看護 (每週) :					
輔助醫護服務 (每週) :					
					您每週總共可以獲得的服務時間 (小時:分鐘) :
					乘以 4.33 (每月平均週數), 換算成每月服務時間 (小時:分鐘) :
					x 4.33 =
					您每月可以獲得的服務時間 (小時:分鐘) 小計 :
					加上您每月可以獲得的家政服務時間 (小時:分鐘) (見表) :
					您每月總共可以獲得的服務時間 (小時:分鐘) :

限時服務 (每月) :					
高強度清潔 :					
庭院有害物清除					
清除冰雪					
教授和示範					
					您每月總共可以獲得的限時服務時間 (小時:分鐘) :

[]

有問題? : 請聯絡您的 IHSS 社工。請參閱頁面頂部的電話號碼。

州聽證 : 若您認為此行動是錯誤的, 可以要求進行聽證。本頁的後面介紹了聽證申請方法。