

State of California - Health and Human Services Agency  
**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) 家中協助服務**  
**採取行動通知 -**

請注意：這項通知只限與您的社會服務有關  
 與您領取 SSI/SSP 社會保險無關。  
 請將此通知與其他重要文件一起妥為保存

如請求州聽證，請寄交：

您的 (IHSS) 辦公處地址：

案件號碼
寄交日期

	現在		以前
可計收入：	\$ _____		可計收入： \$ _____
扣除 (SSI/SSP) 津貼後：	\$ _____		扣除 (SSI/SSP) 津貼後： \$ _____
您將負擔部份：	\$ _____		您將負擔部份： \$ _____
除掉預估 (IHSS) 後：	\$ _____		除掉預估 (IHSS) 後： \$ _____
超出預估後之收入：	\$ _____		

服務項目	現在		
	現在多少小時	以前多少小時	(+) 增減多少小時 (-) 少小時
家庭服務 每月： 包括洗地, 洗廚房撞面, 爐灶, 冰箱, 浴室; 儲存食物和應用品; 倒垃圾; 擦塵, 拿取東西; 送交油材; 更換; 整理牀務或雜事等。	_____	_____	_____
重量清理 (只限一月)：	_____	_____	_____
<b>有關服務項目 每週：</b>			
* 準備食物：	_____	_____	_____
** 清理食物：	_____	_____	_____
例行洗衣：	_____	_____	_____
購買食物：	_____	_____	_____
其他採買雜事：	_____	_____	_____
<b>非醫療有關服務 每週：</b>			
* 協助呼吸：	_____	_____	_____
* 大小便的照顧：	_____	_____	_____
* 餵食：	_____	_____	_____
* 例行臥牀浴：	_____	_____	_____
* 協助穿衣：	_____	_____	_____
* 經期處理：	_____	_____	_____
* 協助行動：	_____	_____	_____
* 協助上下牀：	_____	_____	_____
* 洗浴, 口腔護理/ 梳理：	_____	_____	_____
* 皮 b 按摩, 安置, 起坐, 上下車：	_____	_____	_____
* 協助/ 護理義肢：	_____	_____	_____

服務項目	現在			以前		
	現在多少小時	以前多少小時	(+) 增減多少小時 (-) 少小時	現在多少小時	以前多少小時	(+) 增減多少小時 (-) 少小時
<b>陪同有關服務 每週：</b>						
醫療診約：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
查尋有關資料：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>減低院地危險：</b>						
鏟除雜草：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
清除廢物 (只限一月)：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
清除冰, 雪 每週：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
監護性的服務 每週：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
教學/ 示範服務 每週： (不超過三個月期限)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
* 輔助醫事服務 每週：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
每週總共小時 X 4.33：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
加上家庭服務小時：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
加上重量清理：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
加上鏟除雜草等：	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>每月總共小時：</b> (以最接近十位數字算)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
				<b>現在：</b>		<b>以前：</b>
餐館食物津貼	\$ _____	_____	_____	_____	_____	_____

“因您適合註有 (\*) 符號的條件, 可接受 20 小時以上的服務, 所以可接受預支付款給私人提供服務人員。如欲接收預支付款, 請與您的服務員接洽。註有兩個 (\*\*) 符號的服務, 只有餵食, 準備食物, 清理食物的協助都需要時才能包括在 20 小時之內。”

上面所採取的行動是經過聯邦法律 (社會保險法案), 州政府法律 (福利與慈善法規), 聯邦法案 (聯邦法規), 州政府法規 (加州行政法與州立社會服務處的政策略例手冊) 所支持而達成的。

您應立刻申報會影響接受 IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES 家中協助服務資格的任何改變情況, 如收入, 財產, 生活的更動, 醫療狀況, 以及工作能力等。如有任何問題, 或您認為應加考慮之處, 請洽：

地區辦公處： \_\_\_\_\_ 服務工作人員： \_\_\_\_\_ SW# 號碼： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

您有權以書面或口頭請求州聽證, 請將請求書寄交到這份表格的右上角郡地區辦公地址。

**請參閱背面有關此通知的詳細說明**

# 請求州聽證之權利

1. 您有權與郡福利所代表員會談，討論此計劃採取的行動。在會談時，您可代表自己發言，或請律師，朋友或其他發言人為代表。如您想要求此類會談，請洽郡政府辦公處。
2. 無論是否請求會談，您仍有權請求州聽證，和州立社會服務處處長之決定(請參閱下面表格)不論您的請求是書面的或是口頭的，但必需說明您要求一個聽證會，和不滿之處為何。州聽證的請求，必須在收到此通知日期的90天內辦理。
3. 假如您在郡政府所建議行動生效日期前的任何時間請求州聽證，您接受的服務將繼續到州聽證時。即使您的請求被拒絕，您將不會負擔請求服務的費用，假如您的請求是真誠辦理的。
4. 您可以自己請求州聽證，您也可請求郡政府單位協助辦理。無論如何，您應立刻通知您的郡政府工作人員。
5. 在州聽證，您有權請律師，(朋友，親戚或其他發言人)為代表，由您自己選擇。您可得到免費的法律顧問或律師。如欲找尋法律顧問資料，您可免費電洽“公共探詢與覆應”Public Inquiry and Response，您也可與您近處的社會服務人權組織聯絡，協助程交您的請求。

6. 關於社會服務之州聽證的州立法規資料，可在郡福利所取得。
7. 資料處理-依照 W&IC 10950，您所需要提供的資料，為了辦理您州聽證的請求，都是強制的。仲裁長辦事處將確立案件的檔案。您有權檢視組成決定的資料。您提供的任何資料將會與郡福利所或聯邦健康人文服務部參與共閱。

如欲以書面請求州聽證，請將此表格送交郡福利所。地址在此通知正面的右上角。

如欲以口頭請求州聽證，或更詳細的資料，有關您的州聽證權利與檔案請洽詢下址：

---

Public Inquiry and Response 公共探詢與覆應 辦公處  
State Department of Social Services  
744 P Street, Mail Station 20-23  
Sacramento, Ca. 95814  
(800) 952-5253 (免費電話)\*  
TDD (800) 952-8349\* 聽覺或語言能力有困難者

---

\* 您或許應先撥個“1”再繼續撥(800)等號碼

---

---

## 州聽證請求書

姓名(姓,名)	電話:	社會保險號碼:	
地址:	城市	州名	郵遞區號:

有關我社會服務郡政府所進行的行動，本人向州立政府社會服務處請求州聽證。理由說明如下：

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

我對瞭解英語有困難，所以我想要一位口譯員 在州聽證時幫助我：	語文	方言
簽名	簽名日期	

### 授權代表

我授權給下面這位擔任本人代表。我也授權給政府辦事處准許本人代表取得有關此案件資料。

授權代表人姓名	
授權代表人住址	
州聽證申請人	簽名日期