

ФОРМА НАЗНАЧЕНИЯ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ ПОЛУЧАТЕЛЕМ ПОМОЩИ ПРОГРАММЫ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ НА ДОМУ (IHSS)

ИНСТРУКЦИИ:

- Заполните данную форму ручкой, разборчивыми печатными буквами.
- Вы (или Ваш законно уполномоченный представитель) должны заполнить данную форму, чтобы известить округ о том, кого Вы выбрали для оказания необходимых Вам услуг.
- Вы (или Ваш законно уполномоченный представитель) должны подписать данную декларацию (внизу формы) для удостоверения того, что Вы понимаете и соглашаетесь со всеми перечисленными постановлениями и условиями.
- Если у Вас несколько поставщиков услуг, Вы должны заполнить отдельную форму на каждое лицо, оказывающее Вам услуги по уходу.
- Округ сохранит оригинал данной формы и выдаст Вам ее копию для Вашего пользования.
- Вы должны сообщить округу, если Вы поменяете Вашего поставщика(ов). Вы должны известить округ в течение 10 календарных дней со дня происшедшего изменения.

1. Имя получателя услуг:	
2. Номер дела IHSS в округе:	
3. Имя поставщика услуг:	
4. Адрес поставщика услуг:	
Город, штат, почтовый индекс:	
5. Номер телефона поставщика услуг:	
6. Дата рождения поставщика услуг:	
7. Пол поставщика услуг (отметьте надлежащий квадрат):	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
8. Родственные отношения поставщика и получателя (если есть):	

ЗАЯВЛЕНИЕ ПОЛУЧАТЕЛЯ

- Я ЗАЯВЛЯЮ, что названное выше лицо избрано и назначено мной для оказания услуг программы IHSS, разрешенных округом.
- Я ПОНИМАЮ, что названный выше поставщик услуг не может получать оплату из федеральных фондов и/или фондов штата, выделенных для оплаты услуг Программы IHSS, за любые услуги, оказанные мне, до тех пор, пока он/она полностью не завершит процесс регистрации поставщика услуг, включающий заполнение и подписание Формы регистрации поставщика услуг (SOC 426), предоставления отпечатков пальцев и проверку криминальной истории, посещение ознакомительных занятий с поставщиками услуг, и подписание Договора регистрации поставщика услуг (SOC 846).
- Я ПОНИМАЮ, что округ проинформирует меня, если лицо, выбранное мной в качестве поставщика услуг, не завершит процесс регистрации поставщика, или если он/она не подтвердит свое право быть поставщиком услуг.
- **Я ПОНИМАЮ, что если я решусь получать услуги от данного лица до того как он/она будет зарегистрирован/а как поставщик услуг, или после того, как я получу информацию о том, что он/она не имеет права быть поставщиком услуг, я буду нести ответственность за оплату его/ее услуг за счет моих собственных средств.**
- Я ПОНИМАЮ И СОГЛАСЕН с тем, что округ может представить информацию о разрешенных мне услугах и разрешенных часах работы по обслуживанию моему/моим поставщику(ам) услуг.

ПОДПИСЬ ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ, ИЛИ ЕГО/ЕЕ ЗАКОННО УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

ДАТА:

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ: