

郡名

行動通知  
家庭護理服務 (IHSS)  
核准通知

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN  
SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT  
OF SOCIAL SERVICES

(ADDRESSEE)

[ ]

註：本通知僅與您的家庭護理服務 (IHSS) 相關，並不影響您接受 SSI/SSP、社會保障或加州醫藥補助(Medi-Cal)。請將本通知與您的重要文件存放在一起。

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：

您每月總共可以獲得的家庭護理服務 (IHSS) 時間（小時：分鐘）：

\_\_\_\_\_。

根據我們在（日期）\_\_\_\_\_ 進行的評估，您可以獲得下頁所示的服務，服務時間如「您可以獲得的授權服務時間」列所示。

- 1) 如果「您可以獲得的授權服務時間」列的時間為零或少於「總共需要的服務時間」列的時間，則下一（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」指的是郡政府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 註：參閱「服務說明」插頁， 瞭解每項服務的簡短說明。	總共需要的 服務時間	同住一室的 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
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/閱讀服務					
非醫療性個人護理服務 (每週)					
呼吸協助 (幫助呼吸)					
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 (幫助上/下床和座椅)					

服務 註：參閱「服務說明」插頁， 瞭解每項服務的簡短說明。	總共需要的 服務時間	同住一室的 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
洗浴、口腔衛生和整潔儀容					
按摩皮膚、調整姿勢					
幫助使用輔助設備（假肢、助視/助聽設備）和/或準備藥物					
<b>陪伴（每週）</b>					
往返診約					
往返您接受家庭護理服務 (IHSS) 替代服務的場所					
保護性看護 (每週)					
輔助醫療服務 (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），以換算成每月服務時間（小時：分鐘）：					<b>x 4.33 =</b>
您每月可以獲得的服務時間（小時：分鐘）小計：					
加上每月可以獲得的家政服務時間（小時：分鐘）（見上表）：					
您每月總共可以獲得的服務時間（小時：分鐘）：					

限時服務（每月）					
服務 註：參閱「服務說明」插頁，瞭解每項服務的簡短說明。	總共需要的服務時間	同住一室的其他成員的調整	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
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？請聯絡您的家庭護理服務 (IHSS) 社工。請參閱第 1 頁頂部的電話號碼。

州聽證：如果您認為此行動是錯誤的，可以要求聽證。本通知包含的「州聽證權」插頁介紹了聽證方法。