

縣名：

行動通知

家庭護理服務 (IHSS)

變更通知

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)

自 _____ 起，您可以獲得的服務和/或您可以獲得的服務時間將發生變化。原因如下：

年月日

現在您每月總共可以獲得的 IHSS 時間 (小時:分鐘) 為：_____。也就是說，您獲得的服務時間增加/減少了_____。

現在您將會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」一欄所示。該欄顯示了您之前獲得的服務時間 (小時:分鐘)、從現在起您將會獲得的服務時間 (小時:分鐘) 以及兩者之差。若您獲得的服務時間縮短了，下一頁上會說明原因。

- 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	現在	以前
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)：	小時:分鐘	(按比例分配)	小時:分鐘				
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。