
Programa de Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS)
PLAN INDIVIDUAL DE RESERVA EN CASO DE UNA EMERGENCIA

Nombre del participante: _____ Fecha: _____

Número del caso: _____ Se negó a participar:

Si acaso su proveedor de cuidado no llega y usted necesita ayuda, llame a:

Miembro de su familia: _____

Amigo: _____

Vecino: _____

Trabajador de servicios sociales del condado: _____

Oficina de IHSS de servicios sociales del condado: _____

Autoridad pública: _____

Si usted necesita reportar abuso y/o negligencia de personas de edad avanzada o discapacitadas, llame a:

Servicios para la Protección de Adultos (APS): _____

Otros números importantes:

Oficina del doctor: _____

Oficina del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal): _____

Grupo(s) de abogacía: _____

Departamento de policía: _____

Cuerpo de bomberos: _____

Otro: _____

Si usted tiene una emergencia, llame al 911

El personal de servicios sociales habló con el beneficiario y/o su representante autorizado acerca de la información en la parte superior de este formulario y todas las partes interesadas están enteradas de qué hacer en caso de una emergencia.

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Firma del: _____ Fecha: _____

Representante autorizado, si es pertinente

Firma del: _____ Fecha: _____

Personal de servicios sociales del condado