

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

社會福利服務申請書

相關資訊：

致申請人 - 此表格有待驗證核實。請您保留一份填妥的申請書副本。對於您的社會安全號碼，您必須按照美國法典第 42 篇第 405 節以及政策與規程手冊(MPP)第 30-769.71 節之規定提供您的社會安全號碼；此為必須遵循之要求。此資訊將用於資格審定，並用於與其他公共機構之間的情況交流協調。

方法說明：所有申請人都必須填妥以下各部份內容。申請日期：申

請日期：	個案號碼（若知道則請填寫）：
------	----------------

第 1 部份 - 個人資訊

姓名：	社會安全號碼：	
街道名稱與門牌號碼：	城市：	
州：	郵遞區號：	電話號碼：
出生日期：	性別：	男 女

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

第 2 部份 - 退伍軍人資訊

您是否是退伍軍人？ 是 否	您是否是某位退伍軍人的配偶/子女？ 是 否
若是如此，請填寫該位退伍軍人的姓名和個案號碼：	

第 3 部份 - 社會安全收入津貼/州輔助津貼付款(SSI/SSP)資訊

您是否領取社會安全收入津貼/州輔助津貼付款(SSI/SSP)福利金？ 是 否
若是如此，請勾選適用於您的居住安排類別： 獨立居住 寄宿與護理設施 在其他人家裡居住
所請求的服務：

第 4 部份 – 過去的居家支持服務(IHSS)情況

您過去是否曾接受過居家支持服務(IHSS)？ 是 否	
若是如此，請填寫以下內容。 最近接受此類服務的日期與接受服務時所在的縣：	
每月小時總數：	曾用姓名（若與上述姓名不同，則需填寫）：

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

第 5 部份 - 家庭情況

列出每一位家庭成員：

以下家庭成員之姓名： 配偶		家長	其他親屬
出生日期：		社會安全號碼：	
以下家庭成員之姓名： 子女		其他親屬	
出生日期：		社會安全號碼：	
以下家庭成員之姓名： 子女		其他親屬	
出生日期：		社會安全號碼：	
以下家庭成員之姓名： 子女		其他親屬	
出生日期：		社會安全號碼：	
以下家庭成員之姓名： 子女		其他親屬	
出生日期：		社會安全號碼：	

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

第 6 部份 – 族裔與語言資訊

依據法律規定，我們必須收集關於族裔與第一語言的資訊。若您不填寫此部份內容，社會工作人員將就此做出相關斷定。這些資訊不會影響您獲得服務的資格。

<p>A. 本人的族裔如下：</p> <p>（請參閱第 9 頁的族裔清單）</p>	<p>B. 本人會講英語且懂英語：</p> <p>是 否</p> <p>若非英語，本人的第一語言如下：</p> <p>（請參閱第 10 頁的語言清單）</p>
--------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

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

第 7 部份 – 交流溝通便利輔助

為了便利盲人或視障人士申請人，備有下列替代版本格式的 **IHSS** 資料，可供索取。請根據您的具體情況，指明您希望選擇哪種版本格式。提供本部份所要求的資訊不會影響您獲得服務的資格。

本人是盲人：	是	否
--------	---	---

若是如此，請在以下選項中為下列三種社會福利服務部(DSS)文件中的每一種文件而選擇一種相應的版本格式。

裁定通知書：	不需要便利輔助		
盲文	錄音光碟	資料光碟	縣府輔助支持
(若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務)			
IHSS 計畫要求填寫的表格：	不需要便利輔助		
盲文	錄音光碟	資料光碟	縣府輔助支持
(若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務)			
工時記錄表：	不需要便利輔助		
電話系統 (4 位隨機號碼：)	縣府輔助支持	
(若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務)			

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

本人是視障人士：	是	否
----------	---	---

若是如此，請在以下選項中為下列三種社會福利服務部(DSS)文件中的每一種文件而選擇一種相應的版本格式。

裁定通知書：	不需要便利輔助		
18 號字體	錄音光碟	資料光碟	縣府輔助支持
(若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務)			
IHSS 計畫要求填寫的表格：	不需要便利輔助		
18 號字體	錄音光碟	資料光碟	縣府輔助支持
(若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務)			
工時記錄表：	不需要便利輔助		
18 號字體	縣府支持服務		
(若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務，包括僅限盲人的服務)			

第 8 部份 – 證實

本人特此證實，據我所知，我確信以上資訊屬實且正確。本人同意，若今後要求對以上陳述進行核實，我將給予充分合作。

本人也明白，作為我的 **IHSS** 計畫服務提供者之僱主，我負有以下責任：

- 1) 僱用、培訓、監督、服務時間安排，以及在必要情況下解僱我的服務提供者。
- 2) 確保為本人工作的所有服務提供者所呈報的服務小時總數不超過 **IHSS** 計畫批准的每月服務小時數。
- 3) 向縣府 **IHSS** 計畫辦公處轉呈我希望僱用的任何一位人士之情況，以便完成服務提供者資格審定手續。
- 4) 當我僱用或解僱某位服務提供者時，通知縣府 **IHSS** 計畫辦公處。

此外，本人也明白並同意關於 **IHSS** 計畫支付服務費用之下列條款和限制條件：

- 1) 僅在某人獲准成為符合資格條件的 **IHSS** 計畫服務提供者之後，方可由 **IHSS** 計畫向其支付任何服務費用。
- 2) 如果本人選擇僱用某人為我提供服務，而此人尚未獲准成為符合資格條件的 **IHSS** 計畫服務提供者，在其資格申請未獲批准的情況下，將由我自行負責向其支付服務費用。
- 3) 對於此人為我提供的任何服務，**IHSS** 計畫概不支付任何服務費用，直至本人的服務申請獲得批准；而且，屆時 **IHSS** 計畫將僅僅支付該計畫批准本人接受之服務的服務費用。
- 4) 對於我所接受的 **IHSS** 計畫批准服務以外的任何服務，將由本人自行負責支付這些服務的費用。

作為本人獲得 **IHSS** 計畫服務的資格條件之一，我也明白並同意對以下要求給予合作：

為了促進計畫的完善，有可能發生對我家不事先通知的到訪；而且本人或我的服務提供者有可能接獲加州醫療保健服務部(DHCS)加州社會福利服務部(CDSS)和（或）本人接受服務所在縣之縣府的公函，用於指明該部門對遵循計畫要求方面的關注問題。

此類到訪和公函旨在確保計畫要求得到遵循，而且獲准服務對保證您在自己家裡安全居住具有必要性。此類到訪還用於核實已在為您提供獲准服務，所提供的服務符合要求標

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

準，而且您的安康得到保障。

若發現 IHSS 計畫服務並無必要，或者未適當提供，則將對您和（或）您的服務提供者進行一次 Medi-Cal 欺詐案調查。若欺詐指控確有事實根據，您和（或）您的服務提供者將因 Medi-Cal 欺詐行為而受到起訴。

第 9 部份 – 簽名

申請人簽名：	日期：
申請人代表之簽名（若適用則請簽名）：	日期：
代表與申請人的關係（僅在情況適用時才需填寫）：	代表的電話號碼（僅在情況適用時才需填寫）：
代表的地址（僅在情況適用時才需填寫）：	

若需舉報涉及 IHSS 計畫服務提供或接受之涉嫌欺詐和濫用行為，請致電反欺詐行為舉報熱線，電話號碼是 1-800-822-6222；電郵地址是 stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov；或者瀏覽網站，網址是 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>。

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
FOR AGENCY USE ONLY

Income Eligible:		Status Eligible:		Verification:
Yes	No	Yes	No	
Signature of Social Worker or Agency Representative:				Telephone Number:
Recipient Status:		Source of Verification for Refugee or Entrant Status (explain):		
Refugee Cuban/Haitian Entrant Neither				

族裔代碼：

- | | |
|-------------------------|-----------|
| 1. 白人。 | H. 柬埔寨人。 |
| 2. 西班牙裔。 | J. 日本人。 |
| 3. 黑人。 | K. 韓國人。 |
| 4. 其他亞裔或太平洋群島居民。 | M. 薩摩亞人。 |
| 5. 美洲印第安人或
阿拉斯加本土居民。 | N. 亞洲印度人。 |
| 7. 菲律賓人。C. | P. 夏威夷人。 |
| 華人。 | R. 關島人。 |
| | T. 寮國人。 |
| | V. 越南人。 |

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

語言代碼：

- O. 美國手勢語
(AMISLAN 或 ASL) 。
- 1. 西班牙文 - 將採用西班牙文頒發裁定
通知函(NO A) 。
- 2. 廣東話 。
- 3. 日文 。
- 4. 韓文 。
- 5. 菲律賓文 。
- 6. 其他非英語語言 。
- 7. 英文 。
- 9. 西班牙文 - 將採用英文頒發裁定通知
函(NO A) 。
- A. 其他手勢語 。
- B. 國語 。
- C. 其他中國語言 。
- D. 柬埔寨文 。
- E. 亞美尼亞文 。
- F. 伊洛卡諾文 。
- G. 瑤文 。
- H. 苗文 。
- I. 寮國文 。
- J. 土耳其文 。
- K. 西伯來文 。
- L. 法文 。
- M. 波蘭文 。
- N. 俄文 。
- P. 葡萄牙文 。
- Q. 義大利文 。
- R. 阿拉伯文 。
- S. 薩摩亞文 。
- T. 泰國文 。
- U. 波斯文 。
- V. 越南文 。