

In-Home Supportive Services (IHSS) Program
INDIVIDUAL EMERGENCY BACK-UP PLAN

Մասնակցի անունը: Ամսաթիվը:
Գործի թիվ: Մասնակցութիւնը մերժված է

Եթէ ձեր ինամատարը չի ացելում ձեզ եւ դուք օգնութեան կարիք ունեք, հեռաձայնեք:

Ընտանիքի անդամ:
Ընկեր:
Հարեւան:
Մարզի սոցիալ ծառայութիւններու Աշխատակից:
Մարզի (IHSS) սոցիալ ծառայութիւններու Գրասենյակ:
Հանրային Ղեկավար:

Եթէ դուք կը ցանկանաք գելուցել ծերերու կամ հաշմանդամ անհատներու նկատմամբ բռնութիւնների եւ/կամ անտարբեր վերաբերմունքի մասին, հեռաձայնեք:

Չափահասներու պաշտպանութեան ծառայութիւններ:

Այլ կարելոր հեռաձայնի թիվեր:

Բժշկիկին Գրասենեակ:
Մեդի-կալ Գրասենեակ:
Փաստաբանական Խումբ(եր):
Ոստիկանական Բաժանմունք:
Հրշեջ Բաժանմունք:
Ալ:

Եթէ դուք շտապ օգնութեան կարիք ունեք, հեռաձայնեք 911

Սոցիալ ծառայութիւնների անձնակազմը քննարկել է վերը նշված տեղեկութիւնը ստացողի կամ նրա արտոնված ներկայացուցիչի հետ - բոլոր կողմերը տեղեկացված են ինչպես վարվել շտապ օգնության դեպքում:

Մասնակցի Ստորագրութիւն: Ամսաթիվ:
Ստորագրութիւն: Ամսաթիվ:
Արտոնված Ներկայացուցիչ, եթէ անհրաժեշտ է
Ստորագրութիւն: Ամսաթիվ:
Համայնքային Սոցիալ Ծառայութիւնների Անձնակազմ