

居家援助服務 (IHSS)

領取者要求指派已特許的

服務時數給提供者

				IHSS 領取者案件號碼	
領取者姓名		名	中間名	姓	
提供者姓名	名	中間名	姓	領取者身份號碼	每月指派的時數

我了解, 通過填寫並提交此表格到郡的居家援助服務(IHSS)計劃, 我要求(IHSS)計劃指派我列出的特許時數給上述命名的服務提供者. 我更加了解, 通過這要求, 我服務提供者的時間表將不會超過我在這表格要求指派給他/她的時數. 這要求會一直生效直至到我提交新的申請表到(IHSS)計劃.

領取者簽名		日期
授權代表 (若申請人不能親自簽名)	跟領取者的關係	電話號碼
授權代表簽名		日期
提供者簽名		日期

COUNTY USE ONLY

COMMENTS

SOCIAL WORKER NAME	(FIRST	MIDDLE	LAST)	SOCIAL WORKER IDENTIFICATION NUMBER
--------------------	--------	--------	-------	-------------------------------------