

درخواست دریافت خدمات پشتیبانی خانگی (IHSS) برای تخصیص ساعات کاری مجاز به ارائه‌دهندگان

شماره پرونده دریافت‌کننده IHSS

نام دریافت‌کننده	(نام کوچک	میانی	خانوادگی)	تعداد ساعت تخصیصی در همراه
نام ارائه‌دهنده	(نام کوچک	میانی	خانوادگی)	شماره شناسایی ارائه‌دهنده

اینجانب مطلع هستم که با تکمیل و ارسال این فرم به برنامه خدمات پشتیبانی خانگی (IHSS) کانتی، عملاً از برنامه IHSS می‌خواهم تا تعداد ساعات مجاز مذکور را به ارائه‌دهنده فوق‌الذکر تخصیص دهد. بعلاوه مطلع هستم که با انجام این درخواست، به برگ زمان‌بندی کاری ارائه‌دهنده من که در آن ساعات کاری بیشتر از میزان درخواستی جهت تخصیص به او در این فرم ذکر شده باشد، رسیدگی نمی‌شود. این درخواست تا زمان تسلیم فرم درخواست جدید به برنامه IHSS کانتی، معتبر خواهد بود.

امضاء دریافت‌کننده	تاریخ
نماینده قانونی (اگر دریافت‌کننده شخصاً نمی‌تواند این فرم را امضا کند)	نسبت با دریافت‌کننده
امضاء نماینده قانونی	شماره تلفن
امضاء ارائه‌دهنده	تاریخ
	تاریخ

تنها توسط کانتی تکمیل گردد
ملاحظات

(نام کوچک

نام مددکار اجتماعی

میانی

خانوادگی)

شماره شناسایی مددکار اجتماعی