

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS)
KAHILINGAN NG TUMATANGGAP
NA IBIGAY ANG MGA AWTORISADONG ORAS SA MGA PROVIDER

RECIPIENT REQUEST FOR ASSIGNMENT OF AUTHORIZED HOURS TO PROVIDERS	CASE NUMBER NG TUMATANGGAP NG IHSS
--	------------------------------------

PANGALAN NG TUMATANGGAP	(UNANG PANGALAN	PANGGITNA	APELYIDO)		
PANGALAN NG PROVIDER	(UNANG PANGALAN	PANGGITNA	APELYIDO)	PROVIDER IDENTIFICATION NUMBER	ORAS NA IBINIGAY BAWAT BUWAN

Naiintindihan ko na sa pagkumpleto at pagsusumite ng form sa county In-Home Supportive Services (IHSS) program, ako ay humihiling sa IHSS na programa na italaga ang nakasaad na aking mga pinahihintulutang oras sa nakapangalang provider. Nauunawaan ko rin na sa paggawa ng kahilingang ito, ang timesheets na aking provider ay HINDI mapoproseso nang higit pa kaysa sa oras na hiniling kong italaga sa kanya sa form na ito. Ang kahilingang ito ay mananatiling may bisa hanggang magsumite ako ng bagong form sa IHSS program ng county.

PIRMA NG TUMATANGGAP	PETSA	
AWTORISADONG KUMAKATAWAN (KUNG HINDI MAKAPIRMA NANG SARILI ANG TUMATANGGAP)	RELASYON SA TUMATANGGAP	TELEPONO
PIRMA NG AWTORISADONG KUMAKATAWAN	PETSA	
PIRMA NG PROVIDER	PETSA	

PARA SA PAGGAMIT LANG NG COUNTY
MGA KOMENTO

PANGALAN NG SOCIAL WORKER	(UNA	GITNA	APELYIDO)	SOCIAL WORKER IDENTIFICATION NUMBER
------------------------------	------	-------	-----------	-------------------------------------