

Departamento para sa Mga Serbisyo sa Nasa Hustong Gulang, Matatanda at Medi-Cal  
**Mga Pantulong na Serbisyo sa Tahanan (In-Home Supportive Services)**  
6955 Foothill Blvd., Suite 300  
Oakland, CA 94605

### PAGLIBAN O PAGTIGIL NG NAGBIBIGAY NG MGA SERBISYO

|                                                             |                             |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Pangalan ng Nagbibigay ng mga Serbisyo (Apelyido, Pangalan) |                             |
| Tirahan                                                     | Lungsod, Estado at Zip code |
| Numero ng Telepono                                          | Numero ng Social Security   |

**Ang form na ito ay magsisilbing nakasulat na kahilingan upang:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Itigil ang pagtatrabaho ng nagbibigay ng mga serbisyo sa sumusunod na tumatanggap nito:<br><input type="checkbox"/> Ilagay ang nagbibigay ng mga serbisyo sa katayuan ng Pagliban (suspindihin ang aking trabaho) para sa sumusunod na tumatanggap ng mga serbisyo: |                                                                                                     |
| <b>Impormasyon ng Tumatanggap ng mga Serbisyo</b>                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                     |
| Pangalan (Apelyido, Pangalan)                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                     |
| Numero ng Kaso o Numero ng Social Security                                                                                                                                                                                                                                                   | Numero ng Telepono                                                                                  |
| Huling araw ng pagtatrabaho ng nagbibigay ng mga serbisyo                                                                                                                                                                                                                                    | Kabuuang oras na pinahintulutan mula sa unang araw ng buwan hanggang sa huling araw na tinatrabaho. |
| <b>(Mga) dahilan para sa paghiling ng pagtigil o Pagliban:</b>                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Nagbitiw o Pinalis sa trabaho                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Nasa ospital ang tumatanggap ng mga serbisyo.                              |
| <input type="checkbox"/> Kapansanan o Pinsala para sa Kabayaran ng mga Manggagawa                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Namatay ang tumatanggap ng mga serbisyo.                                   |
| <input type="checkbox"/> Hindi na karapat-dapat sa mga serbisyo ang tumatanggap nito.                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Nagbabakasyon/wala sa County/Estado/Bansa ang tumatanggap ng mga serbisyo. Inaasahang Petsa ng Pagbalik .                                                                                                                                                           |                                                                                                     |
| <input type="checkbox"/> Iba pang mga dahilan                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                     |

|                                                                                                                                    |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Taong Kukumpleto ng Form: <input type="checkbox"/> Tumatanggap ng mga Serbisyo <input type="checkbox"/> Nagbibigay ng mga Serbisyo |       |
| <input type="checkbox"/> Awtorisadong Kinatawan ng Tumatanggap ng mga Serbisyo                                                     |       |
| Isulat ang Pangalan                                                                                                                | Petsa |
| Pirma                                                                                                                              |       |

|  |
|--|
|  |
|--|

|                              |
|------------------------------|
| Bahaging Gagamitin ng County |
|------------------------------|