



Department of Adult, Aging and Medi-Cal Services

سازمان بزرگسالان و خدمات مدی-کل

In-Home Supportive Services

خدمات حمایتی داخل خانه

6955 Foothill Blvd., Suite 300

Oakland, CA 94605

PROVIDER LEAVE OR DISCONTINUANCE

خاتمه به کار و یا ختم ادامه کار ارایه دهنده خدمات

نام ارایه دهنده خدمات (فامیلی، نام)	
شهر، ایالت و کد پستی	آدرس
شماره سکیوریتی	شماره تلفن

این فرم به عنوان تقاضای کتبی برای موارد زیر میباشد:

شغل ارایه دهنده خدمات را با دریافت کننده زیر فسخ نمایند:	
☐ ارایه دهنده را درموقعیت مرخصی بدون حقوق قرار دهید (شغل من را با دریافت کننده خدمات زیر را درموقعیت معلق قرار دهید):	
اطلاعات دریافت کننده خدمات:	
نام (فامیلی، اسم)	
شماره تلفن	شماره پرونده یا شماره سوسیال سکیوریتی
جمع ساعات مجوز از اولین روز ماه تا آخرین روز کار.	آخرین روز کار ارایه دهنده خدمات
دلیل(ها) برای ختم ادامه یا تقاضای ترک کار:	
☐ دریافت کننده خدمات در بیمارستان است.	☐ ترک کار/فسخ کاری
☐ دریافت کننده خدمات فوت شده است.	☐ ناتوانی/ صدمه بدنی از کار
☐ دریافت کننده خدمات واجد شرایط دریافت خدمات نمیشود.	
☐ دریافت کننده در تعطیلات/ خارج از منطقه /ایالت/ کشور میباشد. تاریخ احتمالی بازگشت	
☐ دلایل دیگر	

شخصی که این فرم را پر میکند ☐ ارایه کننده خدمات ☐ دریافت کننده خدمات ☐ مجوز از طرف شخص دریافت کننده خدمات	
تاریخ	اسم با حروف جدا
امضا	

County Use Section بخش استفاده برای کانتی
--

