

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

社會福利服務申請書

相關資訊：

致申請人 - 此表格有待驗證核實。請您保留一份填妥的申請書副本。對於您的社會安全號碼，您必須按照美國法典第 42 篇第 405 節以及政策與規程手冊(MPP)第 30-769.71 節之規定提供您的社會安全號碼；此為必須遵循之要求。此資訊將用於資格審定，並用於與其他公共機構之間的情況交流協調。

方法說明：所有申請人都必須填妥以下各部份內容。申請日期：申

請日期：	個案號碼（若知道則請填寫）：
------	----------------

第 1 部份 - 個人資訊

姓名：	社會安全號碼：	
街道名稱與門牌號碼：	城市：	
州：	郵遞區號：	電話號碼：
出生日期：	性別：	男 女

**第 2 部份 - 退伍軍人資訊**

您是否是退伍軍人？ 是                      否	您是否是某位退伍軍人的配偶/子女？ 是                      否
若是如此，請填寫該位退伍軍人的姓名和個案號碼：	

**第 3 部份 - 社會安全收入津貼/州輔助津貼付款(SSI/SSP)資訊**

您是否領取社會安全收入津貼/州輔助津貼付款(SSI/SSP)福利金？ 是    否
若是如此，請勾選適用於您的居住安排類別： 獨立居住                      寄宿與護理設施                      在其他人家裡居住
所請求的服務：

**第 4 部份 – 過去的居家支持服務(IHSS)情況**

您過去是否曾接受過居家支持服務(IHSS)？ 是                      否	
若是如此，請填寫以下內容。 最近接受此類服務的日期與接受服務時所在的縣：	
每月小時總數：	曾用姓名（若與上述姓名不同，則需填寫）：

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

第 5 部份 - 家庭情況

列出每一位家庭成員：

以下家庭成員之姓名： 配偶		家長	其他親屬
出生日期：		社會安全號碼：	
以下家庭成員之姓名： 子女		其他親屬	
出生日期：		社會安全號碼：	
以下家庭成員之姓名： 子女		其他親屬	
出生日期：		社會安全號碼：	
以下家庭成員之姓名： 子女		其他親屬	
出生日期：		社會安全號碼：	
以下家庭成員之姓名： 子女		其他親屬	
出生日期：		社會安全號碼：	

**第 6 部份 – 族裔與語言資訊**

依據法律規定，我們必須收集關於族裔與第一語言的資訊。若您不填寫此部份內容，社會工作人員將就此做出相關斷定。這些資訊不會影響您獲得服務的資格。

<p><b>A. 本人的族裔如下：</b></p> <p>（請參閱第 9 頁的族裔清單）</p>	<p><b>B. 本人會講英語且懂英語：</b></p> <p>是            否</p> <p>若非英語，本人的第一語言如下：</p> <p>（請參閱第 10 頁的語言清單）</p>
--	---

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

**第 7 部份 – 交流溝通便利輔助**

為了便利盲人或視障人士申請人，備有下列替代版本格式的 **IHSS** 資料，可供索取。請根據您的具體情況，指明您希望選擇哪種版本格式。提供本部份所要求的資訊不會影響您獲得服務的資格。

本人是盲人：	是	否
--------	---	---

若是如此，請在以下選項中為下列三種社會福利服務部(DSS)文件中的每一種文件而選擇一種相應的版本格式。

<b>裁定通知書：</b>	不需要便利輔助		
盲文	錄音光碟	資料光碟	縣府輔助支持
( 若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務 )			
<b>IHSS 計畫要求填寫的表格：</b>	不需要便利輔助		
盲文	錄音光碟	資料光碟	縣府輔助支持
( 若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務 )			
<b>工時記錄表：</b>	不需要便利輔助		
電話系統 ( 4 位隨機號碼：	)	縣府輔助支持	
( 若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務 )			

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

本人是視障人士：	是	否
----------	---	---

若是如此，請在以下選項中為下列三種社會福利服務部(DSS)文件中的每一種文件而選擇一種相應的版本格式。

<b>裁定通知書：</b>	不需要便利輔助		
18 號字體	錄音光碟	資料光碟	縣府輔助支持
( 若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務 )			
<b>IHSS 計畫要求填寫的表格：</b>	不需要便利輔助		
18 號字體	錄音光碟	資料光碟	縣府輔助支持
( 若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務 )			
<b>工時記錄表：</b>	不需要便利輔助		
18 號字體	縣府支持服務		
( 若選擇縣府輔助支持，請描述所需的輔助支持服務，包括僅限盲人的服務 )			

## 第 8 部份 – 證實

本人特此證實，據我所知，我確信以上資訊屬實且正確。本人同意，若今後要求對以上陳述進行核實，我將給予充分合作。

本人也明白，作為我的 **IHSS** 計畫服務提供者之僱主，我負有以下責任：

- 1) 僱用、培訓、監督、服務時間安排，以及在必要情況下解僱我的服務提供者。
- 2) 確保為本人工作的所有服務提供者所呈報的服務小時總數不超過 **IHSS** 計畫批准的每月服務小時數。
- 3) 向縣府 **IHSS** 計畫辦公處轉呈我希望僱用的任何一位人士之情況，以便完成服務提供者資格審定手續。
- 4) 當我僱用或解僱某位服務提供者時，通知縣府 **IHSS** 計畫辦公處。

此外，本人也明白並同意關於 **IHSS** 計畫支付服務費用之下列條款和限制條件：

- 1) 僅在某人獲准成為符合資格條件的 **IHSS** 計畫服務提供者之後，方可由 **IHSS** 計畫向其支付任何服務費用。
- 2) 如果本人選擇僱用某人為我提供服務，而此人尚未獲准成為符合資格條件的 **IHSS** 計畫服務提供者，在其資格申請未獲批准的情況下，將由我自行負責向其支付服務費用。
- 3) 對於此人為我提供的任何服務，**IHSS** 計畫概不支付任何服務費用，直至本人的服務申請獲得批准；而且，屆時 **IHSS** 計畫將僅僅支付該計畫批准本人接受之服務的服務費用。
- 4) 對於我所接受的 **IHSS** 計畫批准服務以外的任何服務，將由本人自行負責支付這些服務的費用。

作為本人獲得 **IHSS** 計畫服務的資格條件之一，我也明白並同意對以下要求給予合作：

為了促進計畫的完善，有可能發生對我家不事先通知的到訪；而且本人或我的服務提供者有可能接獲加州醫療保健服務部(DHCS)加州社會福利服務部(CDSS)和（或）本人接受服務所在縣之縣府的公函，用於指明該部門對遵循計畫要求方面的關注問題。

此類到訪和公函旨在確保計畫要求得到遵循，而且獲准服務對保證您在自己家裡安全居住具有必要性。此類到訪還用於核實已在為您提供獲准服務，所提供的服務符合要求標

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

準，而且您的安康得到保障。

若發現 IHSS 計畫服務並無必要，或者未適當提供，則將對您和（或）您的服務提供者進行一次 Medi-Cal 欺詐案調查。若欺詐指控確有事實根據，您和（或）您的服務提供者將因 Medi-Cal 欺詐行為而受到起訴。

**第 9 部份 – 簽名**

申請人簽名：	日期：
申請人代表之簽名（若適用則請簽名）：	日期：
代表與申請人的關係（僅在情況適用時才需填寫）：	代表的電話號碼（僅在情況適用時才需填寫）：
代表的地址（僅在情況適用時才需填寫）：	

若需舉報涉及 IHSS 計畫服務提供或接受之涉嫌欺詐和濫用行為，請致電反欺詐行為舉報熱線，電話號碼是 1-800-822-6222；電郵地址是 [stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov](mailto:stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov)；或者瀏覽網站，網址是 <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>。

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
 CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
**FOR AGENCY USE ONLY**

Income Eligible:		Status Eligible:		Verification:
Yes	No	Yes	No	
Signature of Social Worker or Agency Representative:				Telephone Number:
Recipient Status:		Source of Verification for Refugee or Entrant Status (explain):		
Refugee Cuban/Haitian Entrant Neither				

族裔代碼：

- |                         |           |
|-------------------------|-----------|
| 1. 白人。                  | H. 柬埔寨人。  |
| 2. 西班牙裔。                | J. 日本人。   |
| 3. 黑人。                  | K. 韓國人。   |
| 4. 其他亞裔或太平洋群島居民。        | M. 薩摩亞人。  |
| 5. 美洲印第安人或<br>阿拉斯加本土居民。 | N. 亞洲印度人。 |
| 7. 菲律賓人。C.              | P. 夏威夷人。  |
| 華人。                     | R. 關島人。   |
|                         | T. 寮國人。   |
|                         | V. 越南人。   |

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

語言代碼：

- O. 美國手勢語  
( AMISLAN 或 ASL ) 。
- 1. 西班牙文 - 將採用西班牙文頒發裁定  
通知函(NOA) 。
- 2. 廣東話 。
- 3. 日文 。
- 4. 韓文 。
- 5. 菲律賓文 。
- 6. 其他非英語語言 。
- 7. 英文 。
- 9. 西班牙文 - 將採用英文頒發裁定通知  
函(NOA) 。
- A. 其他手勢語 。
- B. 國語 。
- C. 其他中國語言 。
- D. 柬埔寨文 。
- E. 亞美尼亞文 。
- F. 伊洛卡諾文 。
- G. 瑤文 。
- H. 苗文 。
- I. 寮國文 。
- J. 土耳其文 。
- K. 西伯來文 。
- L. 法文 。
- M. 波蘭文 。
- N. 俄文 。
- P. 葡萄牙文 。
- Q. 義大利文 。
- R. 阿拉伯文 。
- S. 薩摩亞文 。
- T. 泰國文 。
- U. 波斯文 。
- V. 越南文 。