STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814

May 19, 1986

ALL-COUNTY LETTER NO. 86-40

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) CASE MANAGEMENT INFORMATION AND PAYROLLING SYSTEM (CMIPS) FORMS REVISIONS

The attached IHSS CMIPS required forms, SOC 293(10-85) IHSS Assessment, SOC 311 (10-85) IHSS Provider Eligibility Update, NA 690(10-85) IHSS Notice of Action and NA 690(SP)(11-85) Spanish Notice of Action, are now in effect and may be obtained directly from the Electronic Data Systems Corporation (EDS). To order forms from EDS, please call (916) 636-4280. If you have questions regarding distribution of the above forms, please contact Bill Tucker, EDS at (916) 636-4276.

Also attached is a new form SOC 293A(11-85) IHSS Needs Assessment-Face Sheet. This form is to be used as part of the assessment process by the counties and is now available from the Department of Social Services (DSS) Warehouse, or counties may reproduce it themselves.

As counties convert from the old payrolling system to CMIPS, these new forms obsolete prior related forms SOC 293(2-80), SOC 293 HY(3-80) and SOC 311(8-81).

Existing forms NA690 and 690(SP)(11-83), 690A(SP)(11-83), 690B and 690B(SP)(11-83) and NA690C and 690C(SP)(11-83) will remain available for counties to use if they must issue manual Notices of Action.

The purposes of these CMIPS forms were explained during the statewide CMIPS training sessions. However, if you have any questions or concerns regarding the CMIPS process or these forms, please contact Roberta Christensen of the Adult Services Bureau at (916) 324-8774.

LOREN D. SUTER
Deputy Director
Adult and Family Services Division

cc: CWDA

Attachments

Supplementary Ordering Instructions

After ordering the following forms by telephone, a corresponding county purchase order must be sent to:

EDSF Corporation - IHSS
11060 White Rock Road
Rancho Cordova, CA 95670

This is necessary for record-keeping/billing purposes.

The forms, their price per form and the number of forms per box are as follows:

SOC 293 (two-ply),	$.077 each,	1,500/box
SOC 293 (three-ply),	.118 each,	1,000/box
NA 690,	.103 each,	1,050/box
NA 690 (SP),	.103 each,	1,050/box
SOC 311,	.046 each,	1,375/box
Two-window envelope,	.032 each,	500/box

Although not required, you are encouraged to order by the box. This will facilitate shipping by EDS and your storage after receipt. Please allow at least 10 working days for receipt.

State of California - Health & Welfare Agency -
Department of Social Services

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES ASSESSMENT

								BIRTHDATE		
	CNTY	RECIPIENT #	CD	SEQ. #	AID CODE	SOCIAL SECURITY NO.	SEX	MONTH	DAY	YEAR
A	(1)			(2)	(3)	(4)	(5) M F	(6)		

	LAST NAME	FIRST NAME	MI
B	(1)	(2)	(3)

	STREET	CITY	STATE	ZIP CODE / CT
C	(1)	(2)	(3)	(4)

	TELEPHONE #			GUARDIAN / CONSERVATOR
D	(1)	(2)	(3)	(4)

	STREET	CITY	STATE	ZIP CODE / CT
E	(1)	(2)	(3)	(4)

	STATUS	REFUGEE	ETHNIC	LANG.	OTH/COV	SSNV	HIC. / R.R. #	FBU. #
F	(1) R I E L D X	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

	SPOUSE / PARENT	# HH	# RCP	RES	L / A	# ROOMS	YARD	WASHER	DRYER	STOVE	REFRIG.
G	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) Y N	(8) Y N	Y N	Y N	Y N

H (1)

MOBILITY IN	MOBILITY OUT	CLIMBING STAIRS	REACHING	LIFTING	FEED SELF	BATHING	DRESSING	GROOMING	TRANSFER	BOWEL/ BLADDER	HEARING	SEEING	BREATHING	MEMORY	ORIENTATION	COOPERATION	DECISION	W/O IHSS	NEED PROV
																	(2)	(3)	

	SHARE OF COST DATE	SOURCE	INCOME	DEDUCT	COUNTABLE INCOME
I	(1)	(2) 1.			(3)

	LINK	DEP				BENEFIT CODE / LEVEL
J	(1)	(2)	(3) 2.			(4)

	MODE	RATE	HOURS				SHARE OF COST
K	(1)			(2) 3.			(3)

	MODE	RATE	HOURS				RECOVERY
L	(1)			(2) 4.			(3)

	ACTION	BEGINNING DATE	ENDING DATE	GROSS AMOUNT	HOURS	SHARE OF COST	TYPE	PAY OPTION
M	(1) DEL	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) S N	(8) R P M
N	(1) DEL	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) S N	(8) R P M
O	(1) DEL	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) S N	(8) R P M

	APPLICATION DATE	REF	ASSESSMENT DATE	COUNTY USE
P	(1)	(2)	(3)	(4)

	D / O	SERVICE WORKER NAME	SW. #	SERVICE WORKER PHONE #
Q	(1)	(2)	(3)	(4)

R ALERT MESSAGE

NOA MESSAGE

S AUTHORIZATION: DATE: REMARKS:

T VALIDATION: DATE: REMARKS:

	LAST NAME & #	SEQ. #	FREQ	TOTAL NEED	ADJUSTMENTS	INDIVIDUAL ASSESSED NEED	ALTER	AUTHORIZED TO BE PURCHASED	UNMET NEED
AA	# Domestic Services								
BB	* * Preparation of Meals								
CC	* * Meal Clean Up & Menus								
DD	# Routine Mending & Laundry, Etc.								
EE	# Shopping for Food								
FF	# Other Shopping & Errands								
GG	# Heavy Cleaning								
HH	* Respiration								
II	* Bowel and Bladder Care								
JJ	* Feeding								
KK	* Routine Bed Baths								
LL	* Dressing								
MM	* Menstrual Care								
NN	* Ambulation								
OO	* Moving In/Out of Bed								
PP	* Bathing, Oral Hygiene, Grooming								
QQ	* Rubbing Skin to Promote Circulation, Etc.								
RR	* Care and Assistance with Prosthesis								
SS	# Accompaniment To Medical Appointment								
TT	# Accompaniment To Alternative Resources								
UU	# Remove Grass Weeds, Rubbish								
VV	Remove Ice, Snow								
WW	Protective Supervision								
XX	# Teaching & Demonstration								
YY	* Paramedical Services								

	NOA.	RSN. CD.	RSN. CD.	RSN. CD.	RSN. CD.	BEGINNING DATE	ENDING DATE	ADVANCE	MEAL ALLOW
ZZ	(1) M C N	(2)				(3)	(4)	(5) Y N	(6) Y N

	MONTHLY HRS. AUTHORIZED.	WKLY. HRS. (1)	MEAL HRS. (BB+CC+EE) (2)	(3)	MO. HRS. (4)	TOTAL (5)	PURCHASE (6)	UNMET NEED (7)
aa	=	-	÷4.33		÷	=	-	=

State of California - Health & Welfare Agency -
Department of Social Services

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES

PROVIDER ELIGIBILITY UPDATE

	COUNTY	RECIPIENT #	CD.	PROVIDER NUMBER	SEQ. #	RECIPIENT NAME
A	(1)			(2)	(3)	(4)

	LAST NAME	FIRST NAME	MI.	STATUS	ETHNIC	LANG.
B	(1)	(2)	(3)	(4) E L D X	(5)	(6)

	STREET	CITY	STATE	ZIP CODE/CT
C	(1)	(2)	(3)	(4)

	SOCIAL SECURITY #	DED./EXEMPT	TELEPHONE #	SEX	BIRTHDATE MONTH	DAY	YEAR	W-5	W-4
D	(1)	(2) P S C B O	(3)	(4) M F	(5)			(6)	(7)

	COUNTY USE	REL. OF PROV.	# OF PROV.	RECOVERY
E	(1)	(2)	(3)	(4)

	ACTION	BEGINNING DATE	ENDING DATE	HOURS	SHARE/COST	RATE	SPLIT SHIFT	
F	(1) DEL	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
G	(1) DEL	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
H	(1) DEL	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

	PROVIDER NUMBER
A	(2)

	LAST NAME	FIRST NAME	MI.	STATUS	ETHNIC	LANG.
B	(1)	(2)	(3)	(4) E L D X	(5)	(6)

	STREET	CITY	STATE	ZIP CODE/CT
C	(1)	(2)	(3)	(4)

	SOCIAL SECURITY #	DED./EXEMPT	TELEPHONE #	SEX	BIRHTDATE MONTH	DAY	YEAR	W-5	W-4
D	(1)	(2) P S C B O	(3)	(4) M F	(5)			(6)	(7)

	COUNTY USE	REL. OF PROV.	# OF PROV.	RECOVERY
E	(1)	(2)	(3)	(4)

	ACTION	BEGINNING DATE	ENDING DATE	HOURS	SHARE/COST	RATE	SPLIT SHIFT	
F	(1) DEL	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
G	(1) DEL	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
H	(1) DEL	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)

COUNTY VALIDATION

	AUTHORIZATION	DATE	REMARKS
I			

	VALIDATION	DATE	REMARKS
J			

State of California - Health & Welfare Agency - Department of Social Services

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES
NOTICE OF ACTION-

Note: This notice relates ONLY to your Social Services.
It does NOT affect your receipt of SSI/SSP or Social Security.
KEEP THIS NOTICE WITH YOUR IMPORTANT PAPERS.

YOUR IHSS OFFICE

IF REQUESTING A STATE HEARING, PLEASE SEND TO:

Case Number
Date Mailed

NOW	
Your Countable Income:	$
Minus SSI/SSP Benefit Level:	$
Your Share of Cost:	$
Minus Assessed IHSS Cost:	$
Income in Excess of Assessed Cost:	$

WAS	
Your Countable Income:	$
Minus SSI/SSP Benefit Level:	$
Your Share of Cost:	$
Minus Assessed IHSS Cost:	$
Income in Excess of Assessed Cost:	$

SERVICES	HOURS NOW	PREVIOUS HOURS	(+) INCREASE OR (-) DECREASE
DOMESTIC SERVICES per month:			
Clean floors, wash kitchen counters, stoves, refrigerators, bathroom; store food, supplies; take out garbage; dust, pick up; bring in fuel; change and make bed.			
HEAVY CLEANING (one month only):			
RELATED SERVICES per week:			
** Prepare Meals:			
** Meal Cleanup, Menu:			
Routine Laundry:			
Shopping for Food:			
Other Shopping Errands:			
NON-MEDICAL PERSONAL SERVICES per week:			
* Respiration Assistance:			
* Bowel, Bladder Care:			
* Feeding:			
* Routine Bed Baths:			
* Dressing:			
* Menstrual Care:			
* Ambulation:			
* Move In/Out of Bed:			
* Bathe, Oral Hygiene/Grooming:			
* Rub Skin, Repositioning, Help On/Off Seats, In/Out of Vehicle:			
* Care/Assistance with Prosthesis:			

SERVICES	HOURS NOW	PREVIOUS HOURS	(+) INCREASE OR (-) DECREASE
TRANSPORTATION SERVICES per week:			
Medical Appointment:			
To Alternative Resources:			
YARD HAZARD ABATEMENT:			
Remove Grass, or Weeds, Rubbish (one month only):			
Remove Ice, Snow, per week:			
PROTECTIVE SUPERVISION per week:			
TEACHING/DEMONSTRATION per week: (no more than three months duration)			
* PARAMEDICAL SERVICE per week:			
TOTAL WEEKLY HOURS X 4.33:			
ADD DOMESTIC SERVICE HOURS:			
ADD HEAVY CLEANING:			
ADD REMOVE GRASS, ETC.:			
TOTAL MONTHLY HOURS			

	NOW	WAS
Restaurant Meal Allowance:	$	$

☐ "Since you meet the criteria for 20 hours or more in starred (*) services you can get an advance payment to pay your own provider. If you want to get advance payment, contact your service worker. Double starred (**) services are included in the 20 hours only when assistance with feeding, preparation of meals and meal cleanup are required."

The above action(s) is supported by Federal Law (Social Security Act), State Law (Welfare and Institutions Code), Federal Regulations (Code of Federal Regulations), State Regulations (California Administrative Code and State Department of Social Services Manual of Policies and Procedures):

You must report immediately any changes that might affect your eligibility or need for In-Home Supportive Services such as change in income, property, living arrangement, medical condition or ability to work. If you have any questions or think additional facts should be considered contact:

District Office: Service Worker: SW#: Telephone:

YOU HAVE THE RIGHT TO FILE A WRITTEN OR ORAL REQUEST FOR A STATE HEARING. PLEASE SEND YOUR WRITTEN REQUEST TO THE COUNTY ADDRESS ON THE TOP RIGHT HAND CORNER OF THIS FORM.

PLEASE SEE REVERSE SIDE OF THIS NOTICE FOR FURTHER DETAILS

RIGHT TO REQUEST A STATE HEARING

1. You have the right to a conference with representatives of the County Welfare Department to talk about this intended action. At such a conference, you may speak for yourself or be represented by a lawyer, a friend or other spokesperson. If you want a conference, contact your county department.

2. Whether you request a conference or not, you also have the right to request a State Hearing and decision by the Director of the State Department of Social Services (see form below). Your request may be written or oral but it must state that you want a hearing and why you are dissatisfied. YOUR REQUEST FOR A HEARING MUST BE MADE WITHIN 90 DAYS OF THE MAILING DATE OF THIS NOTICE.

3. IF YOU REQUEST A STATE HEARING ANYTIME BEFORE THE EFFECTIVE DATE OF THE COUNTY'S PROPOSED ACTION, YOUR SERVICES MAY CONTINUE UNTIL THE HEARING. You will not be liable for repayment of services monies received pending the hearing, even if the result is a denial, provided your request is made in good faith.

4. You may request a State Hearing on your own, or you may ask your county department for assistance. In either case, however, be sure to inform your county department worker as soon as possible.

5. At a State Hearing you have the right to be represented by an attorney or any other person (a friend, relative, or other spokesperson), of your choice. You may obtain free legal advice and the services of a lawyer. You can get help in locating free legal assistance by calling the toll-free number of Public Inquiry and Response. You may also contact the nearest social service rights organization for assistance in presenting your claim.

6. State regulations governing State Hearings for social services are available at the office of the County Welfare Department.

7. Information Practices - The information you are requested to provide is manilatory in order to process your request for a State Hearing pursuant to W&IC 10950. A case file will be established by the Office of the Chief Referee. You have the right to examine the materials that constitute the record for decision. Any information you provide may be shared with the County Welfare Department or the United States Department of Health and Human Services.

If you wish to make a written request for a State Hearing, please send this page to the County Welfare Department. The address is found on the front side of this notice on the top right hand corner.

To make an oral request for a State Hearing, or obtain further information about your State Hearing rights or files, you may contact;

Public Inquiry and Response
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 16-23
Sacramento, Ca. 95814
(800) 952-5253 (toll-free number)*
TDD (800) 952-8349* For Hearing and Speech Impaired

*You may have to dial "1" first.

REQUEST FOR STATE HEARING

Name (Last, First, Middle Initial) | Phone No. | Social Security No.

Address | City | State | Zip Code

I hereby request a State Hearing before the State Department of Social Services on the action taken by the County regarding my social services. The reasons for my request are as follows:

I have trouble understanding English, therefore I request an interpreter for my hearing in the following: | Language | Dialect

Signature | Date Signed

AUTHORIZED REPRESENTATIVE

I have authorized the following person to act on my behalf in my appeal. I authorize the Department to release any or all information about my case to that person.

Name of Authorized Representative

Address of Authorized Representative

Signature of State Hearing Applicant | Date Signed

Estado de California-Agencia de Salud y Bienestar-Departamento de Servicios Sociales

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)

Nota: Esta notificación se relaciona SOLAMENTE a sus servicios sociales. NO afecta su recibo de SSI/SSP o Seguro Social.
GUARDE ESTA NOTIFICACIÓN CON SUS PAPELES IMPORTANTES.

SU OFICINA DE IHSS

SI ESTÁ SOLICITANDO UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO ENVÍELA A:

Número del caso	
Fecha en que se envió	

AHORA

Sus ingresos contables: $

Menos el nivel de beneficios de SSI/SSP: $

Su parte del costo: $

Menos el costo fijado de IHSS: $

Ingresos en exceso del costo fijado $

ERAN

Sus ingresos contables: $

Menos el nivel de beneficios de SSI/SSP: $

Su parte del costo: $

Menos el costo fijado de IHSS: $

Ingresos en exceso del costo fijado $

SERVICIOS

SERVICIOS	HORAS AHORA	HORAS ANTERIORMENTE	(+) AUMENTO (-) DISMINUCIÓN
SERVICIOS DOMÉSTICOS por mes:			
Limpiar los pisos, lavar el mostrador de la cocina, estufas, refrigeradores, baño; almacenar comida, provisiones; sacar la basura; sacudir, recoger; traer combustible; cambiar la ropa de cama y tender la misma.			
LIMPIEZA A FONDO (un mes solamente):			
SERVICIOS RELACIONADOS por semana:			
** Preparar las comidas:			
** Limpiar después de comidas, menú:			
Lavado de ropa rutinario:			
Compra de comida:			
Compra de otros encargos:			
SERVICIOS PERSONALES NO-MÉDICOS por semana:			
* Ayuda para respirar:			
* Asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga:			
* Alimentación:			
* Baños rutinarios en la cama:			
* Vestirse:			
* Cuidado del período menstrual:			
* Ambulación:			
* Subirse a, o bajarse de la cama:			
* Baño, higiene bucal/arreglo:			
* Frotar, acomodar, ayuda para sentarse o levantarse de asientos, entrar a/salir de vehículos:			
* Cuidado/asistencia con partes postizas:			

SERVICIOS	HORAS AHORA	HORAS ANTERIORMENTE	(+) AUMENTO (-) DISMINUCIÓN
SERVICIOS DE TRANSPORTACIÓN por semana:			
Cita médica:			
A fuentes alternativas:			
ELIMINACIÓN DE RIESGOS EN EL PATIO:			
Quitar hierbas o maleza, escombros (un mes solamente):			
Quitar hielo, nieve, semanalmente:			
SUPERVISIÓN PROTECTORA por semana:			
ENSEÑANZA/DEMOSTRACIÓN por semana: (no más de tres meses de duración)			
* SERVICIOS PARAMÉDICOS por semana:			
TOTAL DE HORAS POR SEMANA X 4.33:			
AGRÉGUENSE LAS HORAS DE SERVICIOS DOMÉSTICOS:			
AGRÉGUESE LA LIMPIEZA A FONDO:			
AGRÉGUESE EL QUITAR LAS HIERBAS, ETC.:			
TOTAL DE HORAS AL MES			

	AHORA	ERAN
Asignación para comidas en restaurante:	$	$

☐ "Ya que reune los requisitos para 20 horas o más en servicios marcados con asteriscos (*), usted puede recibir un pago por adelantado para pagarle a su propio proveedor. Si desea obtener un pago por adelantado, póngase en contacto con su trabajador(a) de servicios. Los servicios con dos asteriscos (**) están incluidos en las 20 horas solamente cuando se requiere asistencia con la alimentación, preparación de alimentos y limpieza después de comidas."

La acción(es) anterior tiene fundamento en la ley federal (Acta del Seguro Social), la ley estatal (Código de Bienestar e Instituciones), los ordenamientos federales (Código de Ordenamientos Federales), ordenamientos estatales (Código Administrativo de California y el Manual de Prácticas y Procedimientos del Departamento de Servicios Sociales del Estado):

Usted debe reportar inmediatamente cualesquier cambios que puedan afectar su elegibilidad o necesidad para Servicios de Casa y Cuidado Personal, tales como cambios en ingresos, propiedad, arreglos de vivienda, condiciones médicas o habilidad para trabajar. Si tiene preguntas o cree que se deban considerar circunstancias adicionales comuníquese con:

Oficina del distrito: Trabajador(a) de Servicios (SW): # del SW: Teléfono:

USTED TIENE EL DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO YA SEA POR ESCRITO U ORALMENTE. POR FAVOR ENVÍE SU PETICIÓN ESCRITA AL DOMICILIO DEL CONDADO QUE APARECE EN LA ESQUINA SUPERIOR DERECHA DE ESTA FORMA.

POR FAVOR VEA EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA MÁS DETALLES

DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

1. Usted tiene el derecho a una consulta con representantes del departamento de bienestar del condado para conversar con respecto a esta acción propuesta. En dicha consulta, puede hablar por sí mismo o ser representado(a) por un abogado, un amigo u otro representante. Si quiere una consulta, comuníquese con su departamento del condado.

2. Ya solicite una consulta o no, también tiene el derecho a pedir una Audiencia con el Estado y una decisión del Director del Departamento de Servicios Sociales del Estado (vea la forma abajo). Su petición puede ser por escrito u oral, pero debe especificar que quiere una audiencia y por qué está insatisfecho. DEBE PRESENTAR SU PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA DENTRO DE LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE ENVIÓ POR CORREO ESTA NOTIFICACIÓN.

3. SI PIDE UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO ANTES DE LA FECHA EFECTIVA DE LA ACCIÓN QUE PROPUSO EL CONDADO, ES POSIBLE QUE CONTINÚEN SUS SERVICIOS HASTA LA AUDIENCIA. Usted no será responsable de reembolsar servicios monetarios recibidos mientras la audiencia estaba pendiente, aun si resulta en una negación, siempre y cuando haya hecho su petición de buena fe.

4. Puede pedir una audiencia por sí mismo, o puede pedir que su departamento del condado le asista. De cualquier manera, asegúrese de notificar a su trabajador(a) del departamento del condado tan pronto como sea posible.

5. En una Audiencia con el Estado usted tiene el derecho a ser representado por un abogado o cualquier otra persona (un amigo, pariente, u otro representante) que usted escoja. Posiblemente pudiera obtener consejo legal gratuito y los servicios de un abogado. Puede obtener ayuda para localizar asistencia legal gratuita llamando al número de teléfono gratuito de la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público. También se puede poner en contacto con la organización de derechos de servicios sociales más cercana para que le ayuden a presentar su petición.

6. Las regulaciones estatales que rigen las audiencias con el estado con respecto a los servicios sociales están a la disposición en la oficina del departamento de servicios sociales del condado.

7. Prácticas con respecto a la información - La información que se le está requiriendo es mandatoria para poder tramitar su petición para una audiencia con el estado, en conformidad con la Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones (W&IC). La Oficina del Jefe de Árbitros establecerá un expediente del caso. Usted tiene el derecho a examinar los documentos que constituyen los antecedentes para la decisión. Cualquier información que usted proporcione puede ser compartida con el departamento de servicios sociales del condado o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si desea solicitar una audiencia con el estado por escrito, por favor envíe esta página al departamento de bienestar del condado. El domicilio se encuentra en el frente de esta notificación en la esquina superior derecha.

Para solicitar oralmente una audiencia con el estado o para obtener más información con respecto a sus derechos a una audiencia con el estado o los expedientes puede comunicarse con la:

Oficina de Preguntas y Respuestas al Público
Departamento de Servicios Sociales del Estado
744 P Street, Mail Station 16-23
Sacramento, Ca. 95814
(800) 952-5253 (número gratuito)*
TDD (800) 952-8349* Para sordos solamente

***Posiblemente tenga que marcar el número "1" primero.**

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

Nombre(apellido, nombre, inicial) | Número de teléfono | Número de seguro social

Domicilio | Ciudad | Estado | Zona postal

Por medio de la presente solicito una audiencia con el estado ante el Departamento de Servicios Sociales del Estado con respecto a la acción que tomó el condado tocante a mis servicios sociales. Las razones para mi petición son las siguientes:

Tengo problemas entendiendo el inglés, por lo tanto estoy pidiendo un intérprete para mi audiencia en el siguiente: | Idioma | Dialecto

Firma | Fecha en que se firmó

REPRESENTANTE AUTORIZADO

He autorizado a la siguiente persona para que actúe en mi nombre en mi apelación. Autorico al Departamento a que dé a esta persona cualquier información referente a mi caso.

Nombre del representante autorizado

Domicilio del representante autorizado

Firma de la persona que solicita la audiencia con el estado | Fecha en que se firmó

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES NEEDS ASSESSMENT—FACE SHEET

A. RECIPIENT INFORMATION

	CASE NO.:	TELEPHONE: ( )	DOB (MO DATE YR)	SEX: (CIRCLE ONE) M F
ADDRESS (NUMBER, STREET):	IHSS COMPANION CASE(S), NAME(S) AND NUMBERS			
CITY / STATE / ZIP CODE				
RECIPIENT'S STATEMENT OF NEED:	SPECIAL DIRECTIONS:			
EMERGENCY CONTACTS/INSTRUCTIONS:	ALTERNATE RESOURCES USED: *(LIST SOURCE AND SERVICE PROVIDED)*			
SPECIAL CONDITIONS/MEDICAL PROBLEMS:				

B. MEDICAL INFORMATION

DIAGNOSIS/PROGNOSIS:			DATE OF MEDICAL REQUEST:
PHYSICIAN	TELEPHONE: ( )	PHYSICIAN	TELEPHONE: ( )
PHYSICIAN:	TELEPHONE: ( )	PHYSICIAN:	TELEPHONE: ( )

MEDICATIONS/PURPOSE

1.	4.	7.
2.	5.	8.
3.	6.	9.

C. OTHER PERSONS IN HOUSEHOLD

NAME	AGE	RELATIONSHIP	RECEIVE IHSS		HOURS AT SCHOOL/ WORK	REASON PERSON CANNOT PROVIDE IHSS TO RECIPIENT
			YES	NO		

COMMENTS:

WORKER:	TELEPHONE: ( )	DISTRICT OFFICE:	DATE