

**Health and Human Services
Department**

Sherri Z. Heller, Ed. D.
Director



Divisions
Behavioral Health Services
Child Protective Services
Department Administration
Primary Health Services
Public Health
Senior and Adult Services

County of Sacramento

Форма для регистрации человека, ухаживающего на дому

Инструктивные Указания:

- Заполнять только ручкой с чёрным или синим чернилом. Писать разборчиво.
- Вы (или Ваш законный представитель) обязаны заполнить данную форму полностью, чтобы представить службе помощи на дому Вами избранного человека.
- Вы (или Ваш законный представитель) обязаны поставить личную подпись в конце этой формы, чтобы подтвердить понимание и согласие со всеми перечисленными условиями.
- Если за Вами ухаживают два человека или более, Вы обязаны заполнить отдельную регистрационную форму на каждого из них.
- Пожалуйста представьте эту форму в округ города Сакраменто. Оригинал её будет храниться в округе, а копия будет дана Вам.
- Вы обязаны извещать округ о перемене человека по уходу за Вами. Вы обязаны это сделать не позднее 10 календарных дней от дня перемены.

Имя и фамилия получателя услуг на дому:	
Регистрационный номер дела получателя:	
Имя и фамилия человека по уходу:	
Социальный (Социал секюрити) номер человека по уходу:	
Пол человека по уходу: (отметьте нужный квадрат)	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Точная дата рождения человека по уходу	
Адрес человека по уходу:	
Город, Штат, Индекс:	
Номер телефона человека по уходу:	
Кем является человек по уходу Вам (отметьте нужный квадрат)	<input type="checkbox"/> Отец/мать <input type="checkbox"/> Сын/дочь <input type="checkbox"/> Супруг/Сожитель <input type="checkbox"/> Опекун <input type="checkbox"/> Попечитель <input type="checkbox"/> Другой _____

Sacramento County IHSS
9750 Business Park Drive
Sacramento, CA 95827
(916) 874 9471 Fax: (916) 876-8706

Дата начала работы человека по уходу:	
---------------------------------------	--

ДЕКЛАРАЦИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ УСЛУГ НА ДОМУ

- Я заявляю, что человек имя которого указано выше, избран лично мною, чтобы оказывать мне помощь на дому, как лицо утверждённое округом.
- Я понимаю, что выше указанный человек не может получать деньги из государственных фондов по уходу за мной пока он/она не закончит полный процесс регистрации, который включает в себя заполнение, подписание, и возврат (лично) Регистрационной Формы Человека по Уходу (SOC 426), снятие отпечатков пальцев с подтверждением отсутствия совершённых преступлений посредством специальной криминальной проверки, прохождения класса ориентации, и подписания и возврата Формы Договорных Условий (SOC 846).
- Я понимаю, что я буду проинформирован округом в случае, если человек которого я избрал быть моим помощником на дому, не закончил процесс оформления регистрации или же он/она будет определен как не имеющий на это право.
- Я понимаю, что если вышеуказанный человек был осуждён за уголовно-наказуемое преступление, то я обязан представить специальный документ в котором будет указано, что я не буду иметь к нему никаких претензий, и что этот человек не имеет права подписать его как мой уполномоченный представитель.
- **Я понимаю, что если я захочу взять на работу этого человека до того, как он/она будет определён как не имеющий на это права, или же после такого определения, то я беру ответственность платить ему/ей из собственных денег.**
- Я ПОНИМАЮ и согласен, что ни штат, ни округ не несут ответственность за убытки или ущерб, принесенные человеком, которого я избрал для работы по уходу за мной. Я согласен не предъявлять никаких претензий штату, округу, их официальным представителям и работникам, и беру ответственность за любые претензии и потери, нанесенные кому либо человеком, которого я принимаю на работу.
- Я понимаю и соглашаюсь, что округ может информировать ухаживающего за мной человека о перечне данных мне услуг и количестве часов.

Подпись получателя услуг или его законного представителя	Дата:
Имя получателя услуг ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ:	

В случае, если Вы увольняете других рабочих по уходу за Вами,

Вы должны заполнить следующее требование:

Имя увольняемого человека:	
Последние 6 цифр социального номера человека:	
Дата последнего дня работы (месяц/день/год):	

Имя увольняемого человека:	
Последние 6 цифр социального номера человека:	
Дата последнего дня работы (месяц/день/год):	