

**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

**Việc Chỉ Định Nhân Viên Cung Cấp Dịch Vụ Của Người Thụ Hưởng Chương Trình
IHSS Cách Điền Đơn:**

- Xin dùng mực màu đen hay màu xanh dương. In chữ cho rõ ràng.
- Quý vị (hay người được ủy quyền) phải điền cả hai mặt của mẫu đơn này hầu giúp cho văn phòng hạt biết quý vị đã chọn ai để cung cấp dịch vụ cho quý vị.
- Quý vị (hay người được ủy quyền) phải ký tên vào phần chứng nhận ở phần cuối của mẫu đơn để chứng tỏ quý vị đã hiểu và đồng ý với tất cả các điều khoản và điều kiện đã được liệt kê.
- Nếu quý vị có nhiều nhân viên cung cấp dịch vụ cho quý vị, quý vị phải điền một mẫu đơn riêng cho mỗi nhân viên sẽ cung cấp dịch vụ cho quý vị.
- Xin vui lòng gửi tờ đơn này cho văn phòng hạt. Văn phòng hạt sẽ lưu trữ bản chính và sẽ gửi lại quý vị một bản sao.
- Quý vị phải báo cho văn phòng hạt biết nếu quý vị có thay đổi một hay nhân viên cung cấp dịch vụ. Quý vị phải báo cho văn phòng hạt biết trong vòng 10 ngày kể từ ngày có sự thay đổi.

Tên Người Thụ Hưởng:	
Số Hồ Sơ IHSS (#) Của Hạt:	
Tên Nhân Viên Cung Cấp Dịch Vụ:	
Số An Sinh Xã Hội Của Nhân Viên Cung Cấp Dịch Vụ:	
Nhân Viên Cung Cấp Dịch Vụ Thuộc Phái Nào:	<input type="checkbox"/> Nam Phái <input type="checkbox"/> Nữ Phái
Ngày Sinh Của Nhân Viên Cung Cấp Dịch Vụ:	
Địa Chỉ Của Nhân Viên Cung Cấp Dịch Vụ:	
Số Điện Thoại Của Nhân Viên Cung Cấp Dịch Vụ:	
Sự Liên Hệ Với Người Thụ Hưởng (nếu có):	<input type="checkbox"/> Cha Mẹ <input type="checkbox"/> Con <input type="checkbox"/> Vợ Chồng/Bạn Đòi <input type="checkbox"/> Người Quản Kế <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ <input type="checkbox"/> Người Nào Khác
Ngày Nhân Viên Cung Cấp Dịch Vụ Bắt Đầu Làm:	

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

Tuyên Cáo Của Người Thụ Hưởng Chương Trình IHSS:

* Tôi chứng thực rằng người có tên liệt kê như trên là người tôi đã chọn để cung cấp dịch vụ IHSS cho tôi như đã được Quận Hạt chuẩn định.

* Tôi hiểu rằng người có tên liệt kê trên sẽ không được nhận lãnh thù lao nào thuộc quỹ tài trợ Liên Bang hay Tiểu Bang dành cho chương trình IHSS cho những dịch vụ cung cấp cho tôi cho tới khi người này hoàn tất các thủ tục ghi danh, gồm việc hoàn tất điền đơn, ký tên và đích thân hoàn trả Mẫu Đơn Ghi Danh Cho Những Người Cung Cấp Dịch Vụ (SOC 426), nộp giấy tờ lẫn tay và đã được cơ quan an ninh điều tra và chứng nhận là những người này không có mang tiền án, đã hoàn tất một lớp chỉ dẫn cho nhân viên cung cấp dịch vụ, và ký tên cũng như hoàn trả lại Hợp Đồng Ghi Danh Cho Những nhân viên cung cấp dịch vụ (SOC 846).

* Tôi hiểu rằng tôi sẽ được Quận Hạt thông báo nếu người tôi chọn để cung cấp dịch vụ đã không hoàn tất thủ tục ghi danh hay là người đó đã không đủ điều kiện làm nhân viên cung cấp dịch vụ.

* Tôi hiểu rằng nếu người có tên liệt kê trên đã bị kết án trọng tội thì tôi phải ký giấy cho phép người đó trở thành, và người này không được phép đại diện tôi ký giấy phép này.

*** Tôi hiểu rằng nếu tôi đồng ý nhận dịch vụ của một người trước khi người này ghi danh để trở thành nhân viên cung cấp dịch vụ IHSS, và người này cuối cùng không hội đủ điều kiện, hay sau khi tôi được thông báo là người đó không đủ điều kiện, tôi sẽ phải chịu trách nhiệm hoàn trả thù lao cho người đó bằng tiền riêng của tôi.**

* Tôi hiểu và đồng ý là chính quyền Quận Hạt cũng như Tiểu Bang sẽ không liên quan hay chịu trách nhiệm về những kiện tụng hay những thiệt hại cho bất cứ ai gây ra bởi người mà tôi đã chọn cung cấp dịch vụ IHSS có mang tên liệt kê trên. Tôi cũng đồng ý là không ràng buộc chính quyền Tiểu Bang cũng như Quận, các người quản trị, các liên lạc viên, các nhân viên, và tôi sẽ chịu trách nhiệm cho bất cứ ai về kiện tụng hay thiệt hại gây ra bởi người mang tên liệt kê trên mà tôi đã chọn làm nhân viên cung cấp dịch vụ trong trương trình IHSS .

* Tôi hiểu và đồng ý là chính quyền Quận Hạt có quyền phổ biến những tài liệu về dịch vụ đã được chuẩn định và tổng số giờ cho nhân viên cung cấp dịch vụ có mang tên kể trên.

Chữ Ký Của Người Thụ Hưởng hay Người Được Ủy Quyền:	Ngày:
Viết Tên Bằng Chữ In:	

Khi Cần:

YÊU CẦU XÓA TÊN NHÂN VIÊN CUNG CẤP DỊCH VỤ:

Tên Nhân Viên Thôi Việc:	
Sáu Số Cuối Của Số An Sinh Xã Hội Của Nhân Viên:	
Ngày Làm Cuối Cùng Của Nhân Viên:	

Tên Nhân Viên Thôi Việc:	
Sáu Số Cuối Của Số An Sinh Xã Hội Của Nhân Viên:	
Ngày Làm Cuối Cùng Của Nhân Viên:	