

亞拉米達縣成人和老人服務部  
家居護理服務(IHSS)申請表

姓名: (名, 中間名首字母, 姓)	社會安全號碼 / /	出生日期 / /	電話號碼 / /
住家地址 (街道, 公寓號, 城市, 郵編)			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 寡婦/鰥夫 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 配偶是否也在申請家居護理服務? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 配偶姓名 _____ 配偶的社會安全號 _____			
是否領取 SSI? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否領取 Medi-Cal? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如選否, 請另外填寫表格#2)	語言	種族
			是否需要翻譯? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
轉介人 (名字, 關係, 地址)			電話號碼
緊急聯絡 (名字, 關係, 地址)			電話號碼
收入	來源	來源	來源
	金額 _____	金額 _____	金額 _____
固定醫生 (姓名, 地址)			電話號碼
還有誰和申請人住在一起? _____			
您是否因健康問題而限制您做家務? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
您現在醫院, 老人院, 或康復中心嗎? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是, 您的出院是否取決于您有家居護理服務? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您何時出院? _____			
您是否最近從醫院, 老人院, 或康復中心出院? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 您是否有晚期病癥? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

\*\*\* 僅限縣政府使用\*\*\*

個案分配給社會工作人員 _____	所講語言 (請書寫) _____
個案分配日期 _____	個案比重 (請在方框里劃勾) <b>1.2</b> <input type="checkbox"/>
	緊急 <input type="checkbox"/> 案件號 _____
跟蹤 <b>A B C</b> (圈一個)	
個案接收日期 _____	簽名 _____