

درخواست خدمات اجتماعی

خطاب به متقاضی: تمام قسمت‌های این فرم باید تکمیل شود. اطلاعات ارائه شده مورد بررسی قرار می‌گیرد.
توجه: یک نسخه از درخواست کامل شده خود را نگهدارید. درخصوص شماره سوشال سکيوریتی شما، الزامی است که شماره(های) سوشال سکيوریتی خود را بنا به الزام 42 USC 405 و MPP بخش 30-769.71 ارائه نمایید. از این اطلاعات جهت تعیین واجد شرایط بودن و اطلاعات هماهنگی با سایر سازمان‌های دولتی استفاده می‌شود.

تاریخ درخواست:	شماره پرونده (در صورت اطلاع):
----------------	-------------------------------

بخش 1 - اطلاعات شخصی

نام:	شماره سوشیال سکيوریتی:		
آدرس خیابان:	شهر:		
ایالت:	کد پستی:	تلفن:	
تاریخ تولد:	جنسیت:	مرد	زن

بخش 2 - اطلاعات نظامی بازنشسته

آیا یک نظامی بازنشسته هستید؟	آیا همسر/فرزند یک نظامی بازنشسته هستید؟
بله خیر	بله خیر
اگر بله، نام نظامی بازنشسته و شماره دعوی را ارائه کنید:	

بخش 3 - اطلاعات SSI/SSP

آیا مزایای SSI/SSP را دریافت می‌کنید؟	بله	خیر
اگر بله، نوع ترتیب زندگی خود را علامت بزنید:		
زندگی مستقل	خانه سالمندان	خانه شخصی دیگر
خدمات مورد درخواست:		

بخش 4 - اطلاعات IHSS قبلی

بله	خیر	آیا در گذشته خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS) را دریافت کرده‌اید؟
اگر بله، بخش زیر را تکمیل کنید. تاریخ و شهری که آخرین بار خدمات را دریافت کردید:		
نام مورد استفاده (در صورت متفاوت بودن با بالا):		جمع ساعات ماهانه:

بخش 5 - اطلاعات خانوار

لیست اعضای خانواده در خانوار را ذکر کنید:

نام:	همسر	والد
تاریخ تولد:	شماره سوشیال سکوریته:	
نام:	کودک	خویشاوند دیگر
تاریخ تولد:	شماره سوشیال سکوریته:	
نام:	کودک	خویشاوند دیگر
تاریخ تولد:	شماره سوشیال سکوریته:	
نام:	کودک	خویشاوند دیگر
تاریخ تولد:	شماره سوشیال سکوریته:	
نام:	کودک	خویشاوند دیگر
تاریخ تولد:	شماره سوشیال سکوریته:	

بخش 6 - اطلاعات قومیتی و زبان

طبق قانون، اطلاعات مربوط به منشأ قومی و زبان اصلی باید جمع‌آوری شود. اگر این بخش را کامل نکنید، کارکنان خدمات اجتماعی در این مورد تصمیم خواهند گرفت. این اطلاعات بر واجد شرایط بودن شما برای خدمات تأثیری نمی‌گذارد.

الف. منشأ قومی من عبارت است از: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	ب. به زبان انگلیسی صحبت کرده و آن را زبان اصلی (اگر انگلیسی نیست)، عبارت است از: لطفاً یک مورد را انتخاب کنید
(جهت مشاهده لیست قومیت‌ها و کدها به صفحه 7 مراجعه نمایید)	(جهت مشاهده لیست زبان‌ها و کدها به صفحه 7 مراجعه نمایید)

بخش 7 - امکانات ارتباطی

برای کمک به متقاضیان نابینا یا دچار اختلال بینایی، اطلاعات IHSS در قالب‌های جایگزین زیر در دسترس است. لطفاً در صورت لزوم اعلام کنید که کدام قالب را ترجیح می‌دهید. ارائه این اطلاعات این بخش بر واجد شرایط بودن شما برای خدمات تأثیری نمی‌گذارد.

من نابینا هستم: <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر

اگر بله، لطفاً یکی از موارد زیر را برای هر یک از سه نوع اسناد DSS ذکر شده انتخاب نمایید.

برای ابلاغیه‌های اقدام: <input type="checkbox"/> به هیچ امکاناتی نیاز نیست	<input type="checkbox"/> اسناد بریل
<input type="checkbox"/> سیدی صوتی <input type="checkbox"/> سیدی داده <input type="checkbox"/> پشتیبانی بخش	(در مورد پشتیبانی بخش، پشتیبانی مورد درخواست را شرح دهید)
برای فرم‌های الزامی IHSS: <input type="checkbox"/> به هیچ امکاناتی نیاز نیست	<input type="checkbox"/> اسناد بریل
<input type="checkbox"/> سیدی صوتی <input type="checkbox"/> سیدی داده <input type="checkbox"/> پشتیبانی بخش	(در مورد پشتیبانی بخش، پشتیبانی مورد درخواست را شرح دهید)
برای جداول زمانی: <input type="checkbox"/> به هیچ امکاناتی نیاز نیست	سیستم تلفنی (RAN با 4 رقم): <input type="checkbox"/> (<input type="checkbox"/> پشتیبانی بخش
(در مورد پشتیبانی بخش، پشتیبانی درخواستی را شرح دهید)	

من دچار اختلال بینایی هستم:

بله خیر

اگر بله، لطفاً یکی از موارد زیر را برای هر یک از سه نوع اسناد DSS ذکر شده انتخاب نمایید.

برای ابلاغیه‌های اقدام: <input type="checkbox"/> به هیچ امکاناتی نیاز نیست
<input type="checkbox"/> اسناد با فونت 18 <input type="checkbox"/> سی‌دی صوتی <input type="checkbox"/> سی‌دی داده <input type="checkbox"/> پشتیبانی بخش
(در مورد پشتیبانی بخش، پشتیبانی مورد درخواست را شرح دهید)
برای فرم‌های الزامی IHSS: <input type="checkbox"/> به هیچ امکاناتی نیاز نیست
<input type="checkbox"/> اسناد با فونت 18 <input type="checkbox"/> سی‌دی صوتی <input type="checkbox"/> سی‌دی داده <input type="checkbox"/> پشتیبانی بخش
(در مورد پشتیبانی بخش، پشتیبانی مورد درخواست را شرح دهید)
برای جداول زمانی: <input type="checkbox"/> به هیچ امکاناتی نیاز نیست
<input type="checkbox"/> اسناد با فونت 18 <input type="checkbox"/> پشتیبانی بخش
(در مورد پشتیبانی بخش، پشتیبانی مورد درخواست، از جمله فقط خدمات مربوط به نابینایان را شرح دهید)

بخش 8 - تأیید

تأیید می‌کنم که اطلاعات فوق تا آنجا که اطلاع و باور دارم صحیح است. اگر تأیید اظهارات فوق در آینده الزامی باشد موافقت خود را با همکاری کامل اعلام می‌دارم.

همچنین می‌دانم که به‌عنوان کارفرمای ارائه‌دهنده(های) IHSS خود در خصوص موارد زیر مسئول هستم:

- 1) به‌کارگیری، آموزش، نظارت، برنامه‌ریزی و، در صورت لزوم، اخراج ارائه‌دهنده(ها).
- 2) حصول اطمینان از اینکه مجموع ساعت‌های گزارش شده توسط تمام ارائه‌دهندگانی که برای من کار می‌کنند از تعداد ساعت‌های مجاز IHSS من در هر ماه تجاوز نکند.
- 3) هر فردی که می‌خواهم وی را به‌کار بگیرم را به دفتر IHSS بخش ارجاع دهم تا روند واجد شرایط بودن ارائه‌دهنده را تکمیل کند.
- 4) در هنگام به‌کارگیری یا اخراج یک ارائه‌دهنده به دفتر IHSS بخش اطلاع دهم.

علاوه بر این، از شرایط و محدودیت‌های زیر در مورد پرداخت به ازای خدمات توسط برنامه IHSS آگاه بوده و با آنها موافقم:

- 1) برای اینکه هر شخصی بتواند پرداخت‌های برنامه IHSS را دریافت کند، باید به‌عنوان یک ارائه‌دهنده واجد شرایط IHSS تأیید شده باشد.
- 2) اگر شخصی را جهت کار کردن برای خود انتخاب کنم که هنوز به‌عنوان ارائه‌دهنده IHSS واجد شرایط مورد تأیید قرار نگرفته است، در صورت عدم تأیید وی خود مسئول پرداخت هزینه‌های او هستم.
- 3) برنامه IHSS هزینه هیچ‌گونه خدمات ارائه شده به من را پرداخت نمی‌کند مگر زمانی که درخواست مربوط به خدمات مورد تأیید قرار گرفته باشد و سپس تنها هزینه آن دسته از خدماتی را می‌پردازد که دریافت آنها توسط برنامه IHSS برای من مجاز دانسته شود.
- 4) من مسئول پرداخت هرگونه خدماتی هستم که آنها را دریافت کرده باشم اما در مجوز IHSS من ذکر نشده باشد.

همچنین آگاه بوده و موافقت می‌کنم که در خصوص مورد زیر به‌عنوان بخشی از واجد شرایط بودن خود برای IHSS همکاری نمایم:

به منظور حفظ انسجام برنامه، ممکن است مشمول بازدیدهای سرزده به خانه خود باشم و من یا ارائه‌دهنده(های) من ممکن است نامه‌هایی دریافت کنیم که حاوی نگرانی‌های مربوط به الزامات برنامه بوده و توسط بخش خدمات بهداشتی ایالت (DHCS)، بخش خدمات اجتماعی کالیفرنیا (CDSS) و/یا بخشی که خدمات را دریافت می‌نمایم، صادر شده باشند.

هدف از این بازدیدها و نامه‌ها اطمینان پیدا کردن از این مسئله است که الزامات برنامه رعایت شود و اینکه خدمات مجاز برای باقی ماندن شما در خانه در عین حفظ ایمنی‌تان مورد نیاز هستند. این بازدیدها همچنین بررسی خواهند نمود که آیا خدمات مجاز ارائه می‌شود یا خیر، اینکه آیا کیفیت این خدمات قابل قبول است یا نه و همچنین اینکه سلامت شما مورد محافظت قرار می‌گیرد.

اگر معلوم شود که خدمات IHSS ضروری نیست یا به‌درستی ارائه نشده است، ممکن است شما و/یا ارائه‌دهنده‌تان مشمول تحقیق در خصوص تقلب Medi-Cal قرار بگیرید. اگر تقلب به اثبات برسد، شما و/یا ارائه‌دهنده‌تان به‌خاطر تقلب Medi-Cal تحت پیگرد قانونی قرار خواهید گرفت.

بخش 9 - امضا(ها)

امضای متقاضی:	تاریخ:
امضای نماینده متقاضی (تنها در صورت لزوم):	تاریخ:
نسبت نماینده با متقاضی (تنها در صورت لزوم):	شماره تلفن نماینده (تنها در صورت لزوم):
آدرس نماینده (تنها در صورت لزوم):	

برای گزارش دادن تقلب یا سوءاستفاده احتمالی در خصوص ارائه یا دریافت خدمات IHSS، لطفاً با خط تلفن اطلاع‌رسانی تقلب به شماره 1-800-822-6222 تماس بگیرید، به آدرس stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov ایمیل بزنید یا به نشانی <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx> بروید.

فقط جهت استفاده سازمان

درآمد واجد شرایط:	وضعیت واجد شرایط:	تأیید:
<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
امضای مددکار اجتماعی و یا نماینده سازمان:		شماره تلفن:
وضعیت دریافت‌کننده:		منبع تأیید پناهندگی یا وضعیت فرد وارد شده (توضیح دهید):
<input type="checkbox"/> پناهنده <input type="checkbox"/> وارد شده از کوبا/هائیتی <input type="checkbox"/> هیچ‌کدام		

کدهای قومیت:

کدهای زبان:

0. زبان اشاره آمریکایی (ASL یا AMISLAN).	1. سفیدپوست.
1. اسپانیایی - NOA به زبان اسپانیایی صادر خواهد شد.	2. اسپانیایی.
2. کانتونی.	3. سیاه‌پوست.
3. ژاپنی.	4. آسیایی دیگر یا ساکن جزایر اقیانوس آرام.
4. کره‌ای.	5. سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی
5. تاگالوگ.	آلاسکا.
6. سایر غیرانگلیسی‌زبان.	7. فیلیپینی.
7. انگلیسی.	C. چینی.
9. اسپانیایی - NOA به زبان انگلیسی صادر خواهد شد.	H. کامبوجی.
A. سایر زبان‌های اشاره	J. ژاپنی.
B. ماندرین.	K. کره‌ای.
C. سایر زبان‌های چینی.	M. ساموآیی.
D. کامبوجی.	N. آسیایی هندی.
E. ارمنی.	P. هاواییایی.
F. ایلاکانو.	R. گوامی.
G. لومینی.	T. لائوسی.
H. همونگی.	V. ویتنامی.
I. لائوسی.	
J. ترکی.	
K. عبری.	
L. فرانسوی.	
M. لهستانی.	
N. روسی.	
P. پرتغالی.	
Q. ایتالیایی.	
R. عربی.	
S. ساموآیی.	
T. تایلندی.	
U. فارسی.	
V. ویتنامی.	