

**កម្មវិធីសេវាគាំពារនៅផ្ទះ
កិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពីសិទ្ធិសម្រេចការងាររវាង
អ្នកទទួលសេវា និងអ្នកផ្តល់សេវា**

លេខករណីរបស់អ្នកទទួលសេវា

ឈ្មោះអ្នកទទួលសេវា (នាម នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

ម៉ោងសរុបរបស់ខ្ញុំ មានចំនួន _____ ។

ឥឡូវនេះ ចំនួនម៉ោងសរុបប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំដែលបានអនុញ្ញាតនឹងត្រូវចែកនឹង 4 ដើម្បីកំណត់នូវចំនួនម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍របស់ខ្ញុំ។ ចំនួនម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍របស់ខ្ញុំមានចំនួន _____ ។ ក្នុងកាលៈទេសៈមួយចំនួន ខ្ញុំអាចកែសម្រួលចំនួនម៉ោងប្រចាំសប្តាហ៍របស់ខ្ញុំដែលបានអនុញ្ញាត ដែលនឹងអនុញ្ញាតឱ្យខ្ញុំប្រើចំនួនម៉ោងច្រើនជាងមុន ក្នុងសប្តាហ៍ណាមួយ ដរាបណាខ្ញុំប្រើចំនួនម៉ោងតិចជាងមុន ក្នុងសប្តាហ៍ផ្សេងទៀត។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ទម្រង់ពាក្យនេះ គឺជាឧបករណ៍ជួយឱ្យកំណត់កាលវិភាគនៃចំនួនម៉ោង សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ។ កាលវិភាគនេះ ជួយឱ្យខ្ញុំធានាថា អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំផ្តល់សេវាក្នុងរង្វង់ចំនួនម៉ោងប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំដែលបានអនុញ្ញាត។

សេចក្តីណែនាំ៖

1. ក្នុងជួរ A ខាងក្រោម សូមសរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់ ដែលអ្នកចង់ឱ្យផ្តល់សេវាដល់អ្នក។
2. ក្នុងជួរ B ខាងក្រោម សូមសរសេរលេខអ្នកផ្តល់សេវា របស់អ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ៗរបស់អ្នក។ (លេខស្ថិតនៅលើសន្លឹកម៉ោងការងារ ។)
3. ក្នុងជួរ C ខាងក្រោម សូមសរសេរចំនួនម៉ោងសរុបអតិបរមា ដែលកំណត់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ៗរបស់អ្នកក្នុងមួយសប្តាហ៍។
4. ចំនួនម៉ោងសរុបអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍សម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់របស់អ្នក (ជួរ C) ត្រូវតែបូកបញ្ចូលគ្នាស្មើនឹងចំនួនម៉ោងសេវាសរុបអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍របស់អ្នក។

A	B	C
ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា (នាម នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	លេខអ្នកផ្តល់សេវា	ចំនួនម៉ោងដែលបានកំណត់ក្នុងមួយសប្តាហ៍
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
ចំនួនម៉ោងអតិបរមាសរុបប្រចាំសប្តាហ៍របស់អ្នកទទួលសេវា		ក្នុងមួយសប្តាហ៍៖

ការទទួលស្គាល់របស់អ្នកទទួលសេវា

- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ដោយបំពេញ និងដាក់ទម្រង់នេះទៅកម្មវិធីសេវាគាំពារនៅផ្ទះ (IHSS) របស់ខោនធី ខ្ញុំកំពុងតែកំណត់ចំនួនម៉ោងឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ដែលមានឈ្មោះខាងលើ។

- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំត្រូវទទួលខុសត្រូវកំណត់កាលវិភាគឲ្យអ្នកផ្តល់សេវាម្នាក់ៗ ដើម្បីឲ្យចំនួនម៉ោងសរុបដែលអ្នកផ្តល់សេវាទាំងអស់របស់ខ្ញុំបានធ្វើការ មិនត្រូវលើសចំនួនម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍ ឬប្រចាំខែដែលបានអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ក្នុងកាលៈទេសៈមួយចំនួន ខ្ញុំអាចកែសម្រួលចំនួនម៉ោងប្រចាំសប្តាហ៍ដែលបានអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំបាន ប៉ុន្តែចំនួនម៉ោងប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំមិនផ្លាស់ប្តូរទេ លើកលែងតែខ្ញុំបានទទួលលិខិតជូនដំណឹងថ្មី ព្រមជាមួយនឹងការអនុញ្ញាតថ្មីពីខោនធី។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំនឹងមិនទទួលបានប្រាក់កម្រៃពីកម្មវិធី IHSS ចំពោះចំនួនម៉ោងដែលលើសឡើយ ប្រសិនបើចំនួនម៉ោងដែលគេផ្តល់សេវាឲ្យខ្ញុំ លើសចំនួនម៉ោងប្រចាំខែដែលបានអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាធ្វើការលើសពីចំនួនម៉ោងប្រចាំខែដែលបានអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ ឬផ្តល់សេវាកម្ម ដែលមិនត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយកម្មវិធី IHSS នោះខ្ញុំត្រូវទទួលខុសត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំនួនម៉ោង ឬសេវាកម្មបន្ថែមទាំងនោះ។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ប្រសិនបើខ្ញុំចង់ឲ្យចំនួនម៉ោងប្រចាំសប្តាហ៍ ដែលបានកំណត់ឲ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ឲ្យនៅដដែល ហើយឲ្យគេតែងតែពិនិត្យសន្លឹកម៉ោងការងាររបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ ចំពោះម៉ោងដែលខ្ញុំបានកំណត់ឲ្យអ្នកផ្តល់សេវា នោះខ្ញុំនឹងធ្វើការស្នើសុំហើយបំពេញនូវទម្រង់អ្នកទទួលសេវាកំណត់ចំនួនម៉ោងឲ្យអ្នកផ្តល់សេវា(ទម្រង់ SOC838) និងដាក់ទៅឲ្យខោនធី។

ហត្ថលេខាអ្នកទទួលសេវា	កាលបរិច្ឆេទ
----------------------	-------------

ឈ្មោះអ្នកទទួលសេវា (នាម នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)

អ្នកកំណត់ពេញសិទ្ធិ (ប្រសិនបើអ្នកទទួលសេវាមិនអាចចុះហត្ថលេខាដោយខ្លួនឯង)	ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកទទួលសេវា	លេខទូរស័ព្ទ
--	--------------------------------	-------------

ហត្ថលេខាអ្នកកំណត់ពេញសិទ្ធិ	កាលបរិច្ឆេទ
----------------------------	-------------

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ការទទួលស្គាល់របស់អ្នកផ្តល់សេវា:

- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ដោយចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នេះ ខ្ញុំយល់ស្របនឹងកាលវិភាគការងារ ហើយធ្វើការឲ្យអ្នកទទួលសេវា មិនឲ្យលើសចំនួនម៉ោង ដែលបានកំណត់ឲ្យខ្ញុំឡើយ លើកលែងតែអ្នកទទួលសេវាកែសម្រួលនូវកាលវិភាគម៉ោងធ្វើការ។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ប្រសិនបើធ្វើការលើសចំនួនម៉ោងប្រចាំខែដែលបានអនុញ្ញាតរបស់អ្នកទទួលសេវា នោះសេវាទាំងនោះមិនត្រូវចាត់ទុកថាជាសេវា IHSS ទេ ហើយកម្មវិធី IHSS នឹងមិនបង់កម្រៃសេវានោះឡើយ។ អ្នកទទួលសេវារបស់ខ្ញុំមានការទទួលខុសត្រូវបង់ប្រាក់សម្រាប់ចំនួនម៉ោងបន្ថែមទាំងនោះ។ កម្មវិធី IHSS បង់ប្រាក់សម្រាប់តែចំនួនម៉ោង និងសេវាកម្មដែលកម្មវិធីបានអនុញ្ញាតប៉ុណ្ណោះ។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំត្រូវតែអនុវត្តតាមលក្ខខណ្ឌតម្រូវរបស់កម្មវិធី ដែលមានចែងក្នុងទម្រង់កិច្ចព្រមព្រៀងចុះឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា (SOC846) ។

1. ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា	កាលបរិច្ឆេទ
--------------------------	-------------

ឈ្មោះអក្សរធំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាទី 1 និងលេខរបស់អ្នកផ្តល់សេវា	លេខទូរស័ព្ទ
2. ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះអក្សរធំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាទី 2 និងលេខរបស់អ្នកផ្តល់សេវា	លេខទូរស័ព្ទ
3. ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះអក្សរធំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាទី 3 និងលេខរបស់អ្នកផ្តល់សេវា	លេខទូរស័ព្ទ
4. ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះអក្សរធំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាទី 4 និងលេខរបស់អ្នកផ្តល់សេវា	លេខទូរស័ព្ទ
5. ហត្ថលេខាអ្នកផ្តល់សេវា	កាលបរិច្ឆេទ
ឈ្មោះអក្សរធំរបស់អ្នកផ្តល់សេវាទី 5 និងលេខរបស់អ្នកផ្តល់សេវា	លេខទូរស័ព្ទ

សម្រាប់ខោនធីប៉ុណ្ណោះ:

ឈ្មោះបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច (នាម នាមកណ្តាល នាមត្រកូល)	លេខទូរស័ព្ទបុគ្គលិកសង្គមកិច្ច
---	-------------------------------