

## 居家照顧服務（IHSS）計畫

接受者與提供者  
每週工作時間協議

IHSS 接受者個案編號

接受者姓名(名, 中間名, 姓)

我的授權總時間為\_\_\_\_\_。

本人當前每月的授權時間除以 4，以確定本人的每週時數上限。我的 ▫ 週時數上限為\_\_\_\_\_。  
在某些情況下，我可能可以調整 ▫ 週授權時數上限，在當週得到相較平時更多的時數，條件是在另一週中我的時數將相應縮減。

本人明白，此表格是一個工具，將幫助我為提供者（們）安排時間。本時間表將確保我的提供者（們）服務能保持在我每月所授權的時間內。

## 說明：

1. 在下方 A 欄，輸入您希望接受其服務的所有提供者的姓名。
2. 在下方 B 欄，輸入您的每位提供者的提供者編號。（編號可參照工時單。）
3. 在下方 C 欄，輸入每週指派給您的每位提供者的總時數上限。
4. 每週派給所有提供者的總授權時數上限（C 欄）必須加至於您的總每週服務小時上限。

A	B	C
提供者姓名 (名、中間名、姓)	提供者 編號	▫ 週 被指派 時數
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
接受者的每週總時數上限		每週：

SOC 2256 (11/15)

**接受者同意書:**

- 我瞭解，透過填寫並提交此表格至郡政府居家照顧服務(IHSS)計劃，即將我安排的授權時數分配給指定的提供者（們）。
- 我瞭解，我有責任為每位提供者安排時間，以便確保所有提供者所工作的總時數不超過我的每週授權時數上限或每月授權時數上限。
- 我瞭解，在某些情況下，我可以調整我的每週授權時數；除非我收到郡政府批准新授權的全新受理通知書，否則我將不得更改我的每月授權時數上限。
- 我瞭解，如果我的提供者為我提供超過我的每月授權時數上限的服務，IHSS 計劃將不會為我的提供者超時工作作出任何支付；如果我的提供者為我提供超過我的每月授權時數上限的服務，或為我提供未經 IHSS 計劃授權的服務，我將負責支付這些超時或超限的服務。
- 我瞭解，若我希望我的提供者（們）每週被指派之工作時數維持不變，以及我的提供者（們）工作時間表依我所指派的工時製定，我將請求並完成填寫接受者指派提供者授權工時表格(SOC 838)並提交至郡政府。

接受者簽名	日期
-------	----

接受者姓名(名、中間名、姓)

授權代理人(若受接受者無法親自簽名)	與接受者的關係	電話號碼
授權代理人的簽名		日期

**提供者同意書：**

- 我瞭解，簽署本表即代表我同意本工作時間表，並不超過所指派給我的時數為接受者提供服務，除非接受者他 / 她調整時間安排。
- 我瞭解，如果我為接受者提供超過其每月授權時數的服務，這些服務將不被認可為 IHSS，IHSS 計劃將不會支付這些服務的費用。我的接受者需要支付這些超時服務的費用。IHSS 計劃只支付 IHSS 計劃所授權工時與服務。
- 我了解我必須遵守接受者招聘協議(SOC 846)所列之計劃相關規範。

1. 提供者簽名	日期
提供者 #1 書寫體姓名及提供者編號	電話號碼
2. 提供者簽名	日期
提供者 #2 書寫體姓名及提供者編號	電話號碼
3. 提供者簽名	日期
提供者 #3 書寫體姓名及提供者編號	電話號碼
4. 提供者簽名	日期
提供者 #4 書寫體姓名及提供者編號	電話號碼
5. 提供者簽名	日期
提供者 #5 書寫體姓名及提供者編號	電話號碼

**限郡政府填寫 (FOR COUNTY USE ONLY)**

WORKER NAME (FIRST MIDDLE LAST):	WORKER PHONE:
----------------------------------	---------------

