

**PROGRAMA NG MGA SERBISYO NG SUPORTA SA BAHAY (IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES PROGRAM)
TUMATANGGAP AT TAGABIGAY
KASUNDUAN SA LINGGUHANG TRABAHO**

CASE NUMBER NG TUMATANGGAP
NG IHSS

Pangalan ng empleyado (Una, Gitna, Huli)

Ang aking kabuuang awtorisadong oras ay _____.

Ang kabuuang buwanang awtorisadong oras ay hinati sa 4 upang matukoy ang aking pinakamaraming lingguhang oras. Ang aking maximum lingguhang oras ay _____. Sa ilalim ng ilang mga pangyayari, maaari kong ayusin ang aking mga lingguhang pinahihintulutang oras para makapagtrabaho ako ng mas maraming oras sa isang linggo kaysa sa normal na binigay sa akin, basta't gawing mas mababa ang oras sa iba pang linggo.

Naiintindihan ko na ang form na ito ay ginagamit para makatulong sa akin na mag-iskedyul ng mga oras ng aking provider(s). Ang iskedyul na ito ay tumutulong sa aking matiyak na ang aking (mga) provider ay manatili sa loob ng aking buwanang awtorisadong oras.

MGA INSTRUKSIYON:

1. Sa Column A sa ibaba, ilagay ang pangalan ng lahat ng mga tagabigay na nais mong magbigay ng serbisyo sa iyo.
2. Sa Column B sa ibaba, ilagay ang provider number ng bawat isa sa iyong provider. (Ang number ay matatagpuan sa timesheet.)
3. Sa Column C sa ibaba, ilagay ang kabuuang maximum na oras na nakatalaga sa bawat linggo sa bawat isa sa iyong provider.
4. Ang KABUUANG maximum na lingguhang oras para sa lahat ng iyong provider (Column C) ay dapat kapareho ng iyong kabuuang lingguhang maximum na oras na serbisyo.

A	B	C
PANGALAN NG PROVIDER (PANGALAN, GITNA, APELYIDO)	PROVIDER NUMBER	MGA ORAS NA ITINALAGA BAWAT LINGGO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
KABUUANG LINGGUHANG ORAS NG RECIPIENT		BAWAT LINGGO:

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

PAGKILALA NG TUMATANGGAP:

- Naiintindihan ko na sa pagkumpleto at pagsusumite ng form sa county In-Home Supportive Services (IHSS) program, ako nag-iiskedyul ng aking mga pinahihintulutang oras sa nakapangalang provider.
- Naiintindihan ko na aking responsibilidad na gumawa ng isang iskedyul para sa bawat provider upang ang kabuuang oras ng trabaho ng lahat ng aking mga providers ay hindi lalampas sa aking maximum lingguhang oras o buwanang awtorisadong oras.
- Naiintindihan ko na sa ilang mga pangyayari ang maaari kong ayusin ang aking mga awtorisadong lingguhang oras ngunit na ang aking buwanang mga pinahihintulutang oras ay hindi nagbabago maliban kung makatanggap ako ng isang bagong Abiso ng Aksyon na may isang bagong awtorisasyon mula sa county.
- Naiintindihan ko na ang aking provider ay hindi babayaran ng programa ng IHSS para sa anumang labis na oras kung ang bilang ng oras ng mga serbisyo para sa akin ay lumampas sa aking buwanang awtorisadong oras. Kung ang aking provider ay magtrabaho ng higit sa aking buwanang awtorisadong oras o

magkaloob ng mga serbisyong hindi pinahintulutan ng program ng IHSS, aking responsibilidad na magbayad para sa mga karagdagang oras o serbisyo.

- Nauunawaan ko na kung gusto kong manatiling pareho ang mga lingguhang itinalagang oras ng aking provider at ang timesheets ng aking provider ay laging ma-proseso para sa mga oras na itinalaga ko sa kanya, ako ay dapat humiling ng at punan ang isang Recipient Assignment of Authorized Hours to Providers (SOC 838) form at dapat isumite ko ito sa county.

PIRMA NG TUMATANGGAP		PETSA
PANGALAN NG EMPLEYADO (UNA, GITNA, HULI)		
AWTORISADONG KUMAKATAWAN (KUNG HINDI MAKAPIRMA NANG SARILI ANG TUMATANGGAP)	RELASYON SA TUMATANGGAP	TELEPONO
PIRMA NG AWTORISADONG KUMAKATAWAN		PETSA
STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY		CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

PAGKILALA NG TAGABIGAY:

- Naiintindihan ko na sa pamamagitan ng paglagda sa form na sumasang-ayon ako sa iskedyul ng trabaho at na magtatrabaho akp nang hindi hihigit sa oras na itinalaga sa akin ng tumatanggap, maliban na lamang kung pinalitan niya ang iskedyul ng mga oras.
- Nauunawaan ko na kung nagtrabaho ako nang higit sa awtorisadong buwanang oras, ang mga serbisyong ito ay hindi itinuturing na IHSS at hindi ito babayaran ng programa ng IHSS.
Responsibilidad ng aking tumatanggap na magbayad para sa mga karagdagang oras. Ang IHSS na programa ay nagbabayad lang para sa awtorisadong oras at serbisyo ng IHSS program.
- Naiintindihan ko na ako dapat kong sundin ang mga kinakailangan ng programa na nakasaad sa Provider Enrollment Agreement (SOC 846).

1. PIRMA NG PROVIDER	PETSA
PROVIDER # 1 PANGALAN AT PROVIDER NUMBER	TELEPONO
2. PIRMA NG PROVIDER	PETSA
PROVIDER # 2 PANGALAN AT PROVIDER NUMBER	TELEPONO
3. PIRMA NG PROVIDER	PETSA
PROVIDER # 3 PANGALAN AT PROVIDER NUMBER	TELEPONO
4. PIRMA NG PROVIDER	PETSA
PROVIDER # 4 PANGALAN AT PROVIDER NUMBER	TELEPONO
5. PIRMA NG PROVIDER	PETSA
PROVIDER # 5 PANGALAN AT PROVIDER NUMBER	TELEPONO

PARA SA PAGGAMIT LANG NG COUNTY

Pangalan ng Worker (Una, Gitna, Huling)	Telepono sa Trabaho:
---	----------------------