

**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS)
KAHILINGAN NG TUMATANGGAP
NA IBIGAY ANG MGA AWTORISADONG ORAS SA MGA PROVIDER**

**RECIPIENT REQUEST FOR ASSIGNMENT
OF AUTHORIZED HOURS TO PROVIDERS**

CASE NUMBER NG TUMATANGGAP NG IHSS

PANGALAN NG TUMATANGGAP	(UNANG PANGALAN	PANGGITNA	APELYIDO)	PROVIDER IDENTIFICATION NUMBER	ORAS NA IBINIGAY BAWAT BUWAN

Naiintindihan ko na sa pagkumpleto at pagsusumite ng form sa county In-Home Supportive Services (IHSS) program, ako ay humihiling sa IHSS na programa na italaga ang nakasaad na aking mga pinahihintulutang oras sa nakapangalang provider. Nauunawaan ko rin na sa paggawa ng kahilingang ito, ang timesheets na aking provider ay HINDI mapoproseso nang higit pa kaysa sa oras na hiniling kong italaga sa kanya sa form na ito. Ang kahilingang ito ay mananatiling may bisa hanggang magsumite ako ng bagong form sa IHSS program ng county.

PIRMA NG TUMATANGGAP	PETA
AWTORISADONG KUMAKATAWAN (KUNG HINDI MAKAPIRMA NANG SARILI ANG TUMATANGGAP)	RELASYON SA TUMATANGGAP
PIRMA NG AWTORISADONG KUMAKATAWAN	TELEPONO
PIRMA NG PROVIDER	PETA

PARA SA PAGGAMIT LANG NG COUNTY

MGA KOMENTO

PANGALAN NG SOCIAL WORKER	(UNA	GITNA	APELYIDO)	SOCIAL WORKER IDENTIFICATION NUMBER