

**PROGRAMA NG IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS)  
PORMULARYO NG SERTIPIKASYON SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN**

**A. IMPORMASYON NG APLIKANTE/TAGATANGGAP (Para punan ng county)**

Pangalan ng Aplikante/Tagatanggap: \_\_\_\_\_ Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_

Direksiyon: \_\_\_\_\_

County ng \_\_\_\_\_ Numero ng Kaso sa IHSS \_\_\_\_\_

Pangalan ng Manggagawa sa IHSS: \_\_\_\_\_

Numero ng Telepono ng Manggagawa ng IHSS: \_\_\_\_\_ Numero ng Fax ng Manggagawa ng IHSS: \_\_\_\_\_

**B. PAGPAPAHINTULOT SA PAGBIBITAW NG IMPORMASYON SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN (Para punan ng aplikante/tagatanggap)**

Ako si, \_\_\_\_\_, ay nagpapahintulot na magbitaw ng impormasyon sa pangangalaga ng kalusugan na may  
(ILIMBAG ANG PANGALAN)  
kaugnayan sa aking kalagayang pampisikal at/o pangkaisipan sa programa ng In-Home Supportive Services bilang pag-uukol sa aking pangangailangan para sa mga serbisyong pantahanan/kaugnay at personal na pangangalaga.

Lagda: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(APLIKANTE/TAGATANGGAP O LEGAL NA TAGAPAG-ALAGA/KONSERBATOR)

Testigo: (kung ang indibidwal ay pipirma ng "X"): \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PARA SA: LISENSYADONG PROPESYONAL SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN \* –**

Ang indibidwal na pinangalanan sa itaas ay nag-aplay para sa o kasalukuyang tumatanggap ng mga serbisyo mula sa programa ng In-Home Supportive Services (IHSS). Ang batas ng estado ay nangangailangan na upang pahintulutan o ipagpatuloy ang mga serbisyo sa IHSS na ang isang lisensiyadong propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan ay dapat magbigay ng isang sertipikasyon ng pangangalaga ng kalusugan na nagdedeklara na ang indibidwal na nasa itaas ay hindi maisagawa ang ilang gawain sa pang-araw-araw na pamumuhay nang malaya at kung walang IHSS ang indibidwal ay nasa panganib ng pagkakalagay sa pag-aalaga sa labas ng tahanan. Ang pormularyo ng sertipikasyon sa pangangalaga ng kalusugan na ito ay dapat na makumpleto at maibinalik sa manggagawa ng IHSS na nakalista sa itaas. Ang manggagawa ng IHSS ay gagamitin ang impormasyon na ibinigay upang suriin ang kasalukuyang kalagayan ng indibidwal at ang kanyang pangangailangan para sa pag-aalaga sa labas ng tahanan kung ang mga serbisyo sa IHSS ay hindi maibigay. Ang manggagawa ng IHSS ay may pananagutan para sa pagpapahintulot ng mga serbisyo at mga oras ng serbisyo. Ang impormasyon na inilagay sa pormularyong ito ay isinasaalang-alang bilang isang kadahilanan ng pangangailangan para sa mga serbisyo, at lahat ng kaugnay na papeles ay isasaalang-alang sa paggawa ng pagpapasiya sa IHSS.

Ang IHSS ay isang programa na inilaan upang paganahin ang mga matatanda, bulag, at may kapansanan na mga indibidwal na nasa panganib na ilagay sa pag-aalaga sa labas ng tahanan na manatiling ligtas sa kanilang sariling tahanan sa pamamagitan ng pagbibigay ng mga serbisyong pantahanan/kaugnay at personal na pangangalaga. Kabilang sa mga serbisyo sa IHSS ang: gawaing-bahay, paghahanda ng pagkain, paglilinis ng kinainan, regular na labada, pamimili ng pagkain o iba pang mga kinakailangan, tulong sa paghinga, pag-aalaga sa pagdumi at pag-ihi, pagpapakain, paglilinis ng katawan habang nasa kama (bed baths), pagbibihis, tulong pagniregla, tulong o pag-alalay sa may kapansanan sa paa (ambulation), paglipat-lipat ng lugar, paliligo at pag-aayos, pagkiskis ng balat at paglipat-lipat ng posisyon, pag-aalaga/tulong sa prostisis, samahan sa mga tipanang medikal/pamimiliang mapagkukunan, paglilinis ng likod-bahay, mabibigat na paglilinis, pamamahalang pananggol (protective supervision) (obserbahan ang pag-uugali ng isang walang sariling direksyon, nalilito, sira ang ulo o may sakit sa ulo na indibidwal at pamamagitan na naaangkop para maprotektahan ang tagatanggap laban sa pinsala, peligro, o aksidente), at mga serbisyong pangparamediko (mga gawain na nangangailangan ng isang paghatol batay sa pagsasanay na ibinigay ng isang lisensiyadong propesyonal sa pangangalaga ng kalusugan, tulad ng pangangasiwa sa gamot, pag-iiniksyon, atbp., kung saan karaniwang ginagawa ng indibidwal para sa kanyang sarili kung siya ay walang limitasyon sa pagkilos, at kung saan, dahil sa kanyang pisikal/mental na kalagayan, ay kinakailangan upang mapanatili ang kanyang kalusugan). Ang programa ng IHSS ay nagbibigay ng tulong na hands-on at/o sa salita (nagpapaalaala o pagdikta) para sa mga serbisyo na nakalista sa itaas.

*\*Lisensiyadong Propesyonal sa Pangangalaga ng Kalusugan ay nangangahulugan na isang lisensiyadong indibidwal sa California sa pamamagitan ng naaangkop na ahensiya ng regulasyon ng California, na kumikilos sa loob ng saklaw ng kanyang lisensiya o sertipiko na tinutukoy sa Kodigong Negosyo at Propesyon (Business and Professions Code). Kabilang dito ang, ngunit hindi limitado sa: manggagamot, doktor sa regional center o superbisor ng doktor, therapist sa trabaho, pisikal na therapist, espesyalista sa sakit sa pag-iisip, sikologo, optometrista, optalmolohista at nars sa pampublikong kalusugan.*

**PROGRAMA NG IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS)  
PORMULARYO NG SERTIPIKASYON SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN**

Pangalan ng Aplikante/Tagatanggap:	Numero ng Kaso sa IHSS:
------------------------------------	-------------------------

**C. IMPORMASYON SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN (Para punan Lamang ng isang Lisensiyadong Propesyonal sa Pangangalaga ng Kalusugan)**

**TANDAAN: ANG MGA NUMERONG 1 AT 2 (AT 3 AT 4, KUNG NAAANGKOP) AY KAILANGANG MAKUMPLETO BILANG ISANG KONDISYON SA PAGIGING KARAPAT-DAPAT SA IHSS.**

1. Ang indibidwal bang ito ay <u>hindi makagawang</u> nag-iisa ng isa o higit pang mga gawain sa pang-araw-araw na pamumuhay (hal., pagkain, paliligo, pagbibihis, paggamit ng banyo, paglalakad, atbp.), o nakatutulong na gawain sa pang-araw-araw na pamumuhay (hal., gawaing bahay, paghahanda ng pagkain, pamimili ng pagkain, atbp.)?	<input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI
2. Sa iyong opinyon, mayroon bang isa o higit pang irekomendang serbisyo sa IHSS upang maiwasan ang pangangailangan para sa pag-aalaga sa labas ng tahanan (Tingnan ang mga paglalarawan ng mga serbisyo sa IHSS sa Pahina 1)?	<input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI
<p><i>Kung sumagot ka ng "HINDI" sa aliman sa Tanong #1 O #2, laktawan ang Tanong #3 at #4 sa ibaba, at kumpletuhin ang natitirang bahagi ng pormularyo kasama ang sertipikasyon sa BAHAGI D sa ibaba ng pormularyo.</i></p> <p><i>Kung sumagot ka ng "OO" sa parehong Tanong #1 AT #2, tumugon sa Tanong #3 at #4 sa ibaba, at kumpletuhin ang sertipikasyon sa BAHAGI D sa ibaba ng pormularyo.</i></p>	
3. Magbigay ng isang paglalarawan ng anumang pisikal at/o mental na kondisyon o limitasyon sa pagkilos na nagresulta sa o iniambag sa pangangailangan ng indibidwal na ito para sa tulong mula sa programa ng IHSS:	
4. Ang (mga) kondisyon ba ng indibidwal O (mga) limitasyon sa pagkilos ay inaasahang tatagal ng hindi bababa sa 12 magkakasunod na buwan?	<input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI

**Mangyaring kumpletuhin ang mga numerong 5 - 8, sa lawak ng iyong makakaya, upang higit pang matulungan ang manggagawa sa IHSS sa pagpapasya ng pagiging karapat-dapat ng indibidwal na ito.**

5. Ilarawan ang mga klase ng mga serbisyong ibinibigay sa indibidwal na ito (hal., medikal na paggamot, pangangalaga, pagpapalano sa paglabas sa ospital, atbp.):
6. Gaano katagal mong binigyan ng (mga) serbisyo ang indibidwal na ito?
7. Ilarawan ang dalas ng pakikipag-ugnayan sa indibidwal na ito (hal., buwanan, taunan, atbp.):
8. Ilagay ang petsa ng huling ibinigay na serbisyo sa indibidwal na ito: _____ / _____ / _____

**TANDAAN: ANG MANGGAGAWA SA IHSS AY MAAARING MAKIPAG-UGNAYAN SA IYO PARA SA KARAGDAGANG IMPORMASYON O PARA LINAWIN ANG IYONG MGA TUGON SA ITAAS.**

**D. SETIPIKASYON NG LISENSIYADONG PROPESEYONAL SA PANGANGALAGA NG KALUSUGAN**

Sa pamamagitan ng pagpirma sa pormularyong ito, pinapatunayan ko na ako ay lisensiyado sa Estado ng California at lahat ng impormasyong ibinigay sa itaas ay tama.

Pangalan:	Titulo:
Direksiyon:	
Numero ng Telepono	Fax #:
Lagda:	Petsa:
Numero ng Propesyonal na Lisensya:	Awtoridad sa Paglilisensya:

**MANGYARING IBALIK ANG PORMULARYONG ITO SA MANGGAGAWANG NAKALISTA SA PAHINA 1.**