Vui lòng lưu ý. Tài liệu này đã được định dạng để sử dụng với trình đọc màn hình.

Đơn Bổ Sung Cho Nhân Viên Chăm Sóc Cá Nhân

Vui lòng viết rõ ràng. Điền vào tất cả các mục. Nếu quý vị cần thêm chỗ trống để hoàn tất bất kỳ mục nào, vui lòng sử dụng một tờ giấy riêng (trên đó có ghi tên và số an sinh xã hội của quý vị) và đính kèm vào phần bổ sung này.

**Gửi đến:** MassHealth Enrollment Center

P.O. Box 4405
Taunton, MA 02780
**Hoặc Fax đến số:** (857) 323-8300

# Thông Tin Người Nộp Đơn/Thành Viên

Họ

Tên

Tên đệm viết tắt

Số điện thoại

Số an sinh xã hội

Ngày sinh (tháng/ngày/năm)

Giới tính Nam Nữ

Địa chỉ đường

Thành phố

Tiểu bang

Zip code

# Thông tin về các vấn đề sức khỏe của quý vị

Liệt kê và mô tả dưới đây tất cả các vấn đề sức khỏe y tế và tâm thần của quý vị. Bao gồm bất cứ điều gì khiến quý vị khó thực hiện các sinh hoạt hàng ngày, như tắm, ăn uống, đi vệ sinh, mặc quần áo, v.v., ngay cả khi quý vị không được điều trị cho vấn đề này.

1.

2.

3.

# Thông tin về các sinh hoạt hàng ngày mà quý vị cần trợ giúp về thể chất (trực tiếp)

Vui lòng cho chúng tôi biết trong biểu đồ dưới đây nếu quý vị cần sự giúp đỡ trực tiếp từ người khác để thực hiện các sinh hoạt hang ngày sau đây. Nếu quý vị chọn **Có** cho bất kỳ mục nào dưới đây, hãy cho chúng tôi biết tần suất quý vị cần trợ giúp.

Sinh hoạt hàng ngày. Di chuyển (di chuyển từ giường sang ghế, đi bộ hoặc sử dụng thiết bị y tế đã được phê duyệt) Quý vị có cần trợ giúp trực tiếp không? Có Không
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu lần một **ngày**?
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu **ngày một tuần**?

Sinh hoạt hàng ngày. Uống thuốc. Quý vị có cần trợ giúp trực tiếp không? Có Không
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu lần một **ngày**?
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu **ngày một tuần**?

Sinh hoạt hàng ngày. Tắm (bồn tắm, tắm trên giường, vòi sen hoặc ghế ngồi) hoặc chải chuốt nói chung (như đánh răng hoặc chải tóc) Quý vị có cần trợ giúp trực tiếp không? Có Không
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu lần một **ngày**?
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu **ngày một tuần**?

Sinh hoạt hàng ngày. Mặc quần áo/Cởi quần áo. Quý vị có cần trợ giúp trực tiếp không? Có Không
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu lần một **ngày**?
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu **ngày một tuần**?

Sinh hoạt hàng ngày. Các bài tập phạm vi chuyển động (tập khớp bằng cách di chuyển chúng). Quý vị có cần trợ giúp trực tiếp không? Có Không
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu lần một **ngày**?
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu **ngày một tuần**?

Sinh hoạt hàng ngày. Ăn. Quý vị có cần trợ giúp trực tiếp không? Có Không
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu lần một **ngày**?
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu **ngày một tuần**?

Sinh hoạt hàng ngày. Đi vệ sinh (như vào hoặc ra khỏi nhà vệ sinh, lau mình, cởi quần áo hoặc thay tã).
Quý vị có cần trợ giúp trực tiếp không? Có Không
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu lần một **ngày**?
Quý vị cần trợ giúp trực tiếp bao nhiêu **ngày một tuần**?

# Thông tin người chăm sóc

Vui lòng cho chúng tôi biết tên và mối quan hệ với quý vị của (những) người hiện đang giúp quý vị.

Tên người chăm sóc

Mối quan hệ với quý vị (như người thân, hàng xóm, nhân viên chăm sóc cá nhân)

Tên người chăm sóc

Mối quan hệ với quý vị (như người thân, hàng xóm, nhân viên chăm sóc cá nhân)

Tôi xác nhận, theo hình phạt khai man, rằng thông tin trên mẫu đơn này là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết của tôi.

Nếu quý vị thay mặt cho ai đó điền vào mẫu đơn này, quý vị cũng phải điền và gửi lại mẫu đơn Chỉ định Đại diện được Ủy quyền cùng với đơn này. Chữ ký của quý vị trên đơn này với tư cách là đại diện được ủy quyền xác nhận rằng thông tin trên đơn là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết của quý vị.

Chữ ký của người nộp đơn/thành viên hoặc người đại diện được ủy quyền

Tên viết hoa

Ngày

PCA-SUPP-VN-1118

Két thúc tài liệu.