

个人护理员增补表



请用大写字母清楚地填写。请填写所有的栏目。如果您需要更多纸页填写任何栏目,请另附一页纸(包括您的姓名和社会安全号码),并将其附在本附件中。

邮寄至:MassHealth Enrollment Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780
或传真至:(857) 323-8300

申请人/会员信息

姓	名	中间名首字母	电话号码()
社会安全号码	出生日期(月/日/年)		性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
街道地址	城市	州	邮编

有关您的健康问题的信息

请在下方列出并描述您所有的医疗和精神健康问题。包括任何使您难以完成日常生活活动的事情,例如洗澡、吃饭、上厕所、穿衣等,即使您没有接受该问题的治疗。

1. _____
2. _____
3. _____

有关您需要实际(有人亲自)帮助的日常生活活动的信息

如果您需要他人亲自动手帮助来完成以下日常生活活动,请在下表中告诉我们。如果您对以下任何项目勾选是,请告诉我们您需要帮助的频率。

日常生活活动	您需要有人亲自帮助吗?	您一天多少次需要有人亲自帮助?	您一周几天需要有人亲自帮助?
活动能力(从床上移到椅子上、步行或使用经批准的医疗设备)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
服药	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
洗澡(盆浴、床浴、淋浴或椅上淋浴)或一般梳理(如刷牙或梳头)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
穿衣/脱衣	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
活动范围练习(通过活动锻炼关节)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
进食	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
如厕(如上下抽水马桶、擦拭、穿脱衣服或换尿布)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

照护人信息

请向我们提供现在为您提供帮助的人的姓名以及与您的关系。

照护人姓名	与您的关系(例如亲属、邻居、个人护理员)
照护人姓名	与您的关系(例如亲属、邻居、个人护理员)

我确认,据我所知,本表中的信息准确和完整,如有不实愿受作伪证之处罚。

如果您代表某人填写本表,则还必须填写“经授权代表指定表”,并与本表一起送回。您作为经授权代表在本表中的签名确认本表中的信息据您所知准确和完整。

X _____

申请人/会员或经授权代表签名

用大写字母填写姓名

日期