

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: Trung tâm Đăng ký MassHealth
PO 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 <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> 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.

- _____
- _____
- _____

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 hàng 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	Quý vị có cần trợ giúp trực tiếp 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?
Di chuyển (di chuyển từ giường sang ghế, đi bộ hoặc sử dụng thiết bị y tế đã được phê duyệt)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Uống thuốc	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Tắm (bồn tắm, tắm trên giường, vòi sen hoặc ghế ngồi) hoặc chải chuốt nói chung (như đánh răng hoặc chải tóc)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Mặc quần áo/Cởi quần áo	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Các bài tập phạm vi chuyển động (tập khớp bằng cách di chuyển chúng)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Ăn	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Đi vệ sinh (như vào hoặc ra khỏi nhà vệ sinh, lau mình, cởi quần áo hoặc thay tã)	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

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.

X _____ Ngày _____
Chữ ký của người nộp đơn/thành viên hoặc người đại diện được ủy quyền Tên viết hoa