

21세 미만 수혜자의 제한 연장 요청

Limitation Extension Request for Clients Under Age 21

제한 연장을 통해 귀하께서는 개인 양육 작업을 완료하시기 위해 시간이 더 필요한 이유를 저희에게 말씀하실 수 있습니다. 저희는 귀하의 조건을 교정하거나 개선하기 위해 또는 조건이 악화되는 것을 방지하기 위해 필요성을 인정한 경우 시간 연장을 허용할 수 있습니다.

귀하께서는 본 양식과 LE 작업 설명(LE Task Explanation) 양식을 이용하여 CARE 평가와 규정 예외(Exception to Rule) 요청을 통해 얻은 시간보다 더 많은 시간이 필요한 이유를 말씀하실 수 있습니다. 본 양식 제출에 도움이 필요하시고 도와줄 만한 사람이 없는 경우 저희는 직접 본 정보를 전달해드릴 것입니다. 저희는 수혜자가 양식을 제출할 수 없거나 양식 제출에 도움을 받아야 한다는 점을 알고 있습니다. 저희는 양식에서 수혜자를 “귀하”라는 말로 나타냅니다. “귀하”라는 단어가 나오면 이는 수혜자를 의미합니다.

기본 정보				
수혜자의 이름	수혜자 생년월일			
수혜자가 아닌 다른 사람이 본 양식을 제공하는 경우				
양식 작성자:	수혜자와의 관계			
이메일	주간 전화번호(지역번호 포함)			
수혜자의 우편주소 번지	건물명	시	주	우편번호
			WA	
추가 시간 요청				
<input type="checkbox"/> CARE 평가 시간: <input type="checkbox"/> 추가 규정 예외 시간: <input type="checkbox"/> 제한 연장을 통해 요청된 추가 시간:				
개인 간병 작업 지원을 필요로 하는 건강 상태				
필요성 설명				
1. 타인의 도움이 필요한 각 작업이나 치료에 대해 LE 작업 설명(LE Task Explanation) 양식, DSHS 10-505를 통해 설명하십시오. 필요한 수만큼 양식을 이용하십시오. “귀하”라는 단어가 나오면 이는 수혜자를 의미합니다. 2. 귀하를 돕는 사람이 누구인지, 위에 설명한 작업과 치료를 매주 어떻게 돕는지 말씀해주십시오. “귀하”라는 단어가 나오면 이는 수혜자를 의미합니다.				
주중 아침에 보통 어떤 도움을 받으십니까?				
이름	이 사람은 18세 이상입니까	이 사람은 보수를 지급받습니까, 지급받지 않습니까?	귀하와의 관계	이 사람이 제공하는 도움의 유형과 양을 설명해주세요.
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		

	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
주중 오후에 보통 어떤 도움을 받으십니까?				
이름	이 사람은 18세 이상입니까	이 사람은 보수를 지급받습니까, 지급받지 않습니까?	귀하와의 관계	이 사람이 제공하는 도움의 유형과 양을 설명해주시시오.
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
주중 저녁에 보통 어떤 도움을 받으십니까?				
이름	이 사람은 18세 이상입니까	이 사람은 보수를 지급받습니까, 지급받지 않습니까?	귀하와의 관계	이 사람이 제공하는 도움의 유형과 양을 설명해주시시오.
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
야간에 보통 어떤 도움을 받으십니까?				
이름	이 사람은 18세 이상입니까	이 사람은 보수를 지급받습니까, 지급받지 않습니까?	귀하와의 관계	이 사람이 제공하는 도움의 유형과 양을 설명해주시시오.
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
주말에 보통 어떤 도움을 받으십니까?				
이름	이 사람은 18세 이상입니까	이 사람은 보수를 지급받습니까, 지급받지 않습니까?	귀하와의 관계	이 사람이 제공하는 도움의 유형과 양을 설명해주시시오.
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
3. 무급 간병인으로부터 필요한 모든 작업을 수행하기 위한 충분한 도움을 받지 못하시는 이유를 말씀해주시시오. “귀하”라는 단어가 나오면 이는 수혜자를 의미합니다.				

부모는 일을 하거나 다른 자녀가 있더라도 18세 미만 자녀를 돌봐야 합니다. 일을 해야 하거나 다른 자녀가 있는 것 외에 귀하의 부모(생물학적 부모, 양부모, 입양 부모)가 작업과 치료를 위해 충분한 도움을 제공하지 못하는 다른 이유가 있습니까?

작업과 치료를 위한 무료 도움을 충분히 받지 못하는 다른 이유가 있습니까?

4. 귀하께서 추가 시간이 필요한 이유를 설명하는 다른 정보를 주시겠습니까? 그렇다면 이 차트를 이용하여 이 정보가 귀하의 요구를 얼마나 잘 보여주는지 설명하실 수 있습니다. “귀하”라는 단어가 나오면 이는 수혜자를 의미합니다.

문서명	페이지 수	이 문서는 귀하의 요구에 대해 무엇을 보여줍니까 또는 무료 도움의 이용 가능성에 대해 무엇을 보여줍니까?

21세 미만 수혜자의 제한 연장 요청 작성요령

기본 정보 항목에서

- 수혜자 이름 기입
- 수혜자 생년월일 기입

수혜자가 아닌 다른 사람이 양식을 제출할 경우:

- 양식을 제출하는 사람의 이름을 기입하십시오.
- 양식을 제출하는 사람과 수혜자의 관계를 설명하십시오.
- 양식을 제출하는 사람의 이메일 주소를 기입하십시오.
- 양식을 제출하는 사람이 주간에 이용하는 전화번호를 기입하십시오.
- 수혜자의 우편 주소를 기입하십시오.

추가 시간 요청

- CARE 평가에서 승인한 시간을 기입하십시오.
- 규칙 예외를 통해 승인된 추가 시간을 기입하십시오.
- 제한 연장 절차를 통해 얻고자 하는 추가 시간을 기입하십시오.

개인 간병 작업의 도움을 필요로 하는 건강 상태

개인 간병 작업의 도움을 필요로 하는 건강 상태를 설명하십시오.

필요성을 설명하십시오.

LE 작업 설명 양식을 이용하여 다른 사람의 도움을 필요로 하는 각 작업이나 치료를 설명하십시오. 귀하께서는 필요한 만큼 양식을 이용하실 수 있습니다. LE 작업 설명 양식을 제출하기 위한 별도 지침이 있습니다. 이 지침을 숙독하십시오.

주간이나 야간, 주말에 보통 어떤 도움을 받으시니까?

LE 작업 설명 양식에 기재된 작업이나 치료를 매주 수행하기 위해 누가 어떻게 귀하를 돕는지 말씀해주십시오. “귀하”라는 단어가 나오면 이는 수혜자를 의미합니다.

작업이나 치료를 돕는 각 사람에 대해 주중의 각 시간대와 주말에 제공되는 도움에 대해 말씀해주십시오. 양식에 열거된 시간대는 주중 아침, 주중 오후, 주중 저녁, 야간, 주말입니다.

양식에 열거된 시간에 귀하를 돕는 사람의 이름을 기입하십시오(예: 할아버지께서 주중 아침에 옷을 입는 것을 도우신다, 또는 어머니와 아버지가 주중 야간에 목욕을 돕는다, 주말 아침에 간병인이 아침 식사를 돕는다).

- 귀하를 돕는 사람이 18세 이상인 경우 “예”를 기입하시고 18세 미만이면 “아니오”를 기입하십시오.
- 귀하의 작업을 돕는 사람이 유급으로 일을 하면 “예”, 무급으로 작업을 돕는 경우 “아니오”를 기입하십시오.
- 도움을 제공하는 사람과 귀하의 관계 유형을 기입하십시오(예: 부모, 형제, 이웃, 학교직원)
- 도움을 제공하는 사람이 주는 도움의 유형과 양을 기입하십시오(예: 약품 용기를 열어 약을 꺼내 수혜자의 손에 올려주고 수혜자가 입에 넣어 삼킬 때까지 지켜봄)

필요한 모든 작업을 수행하기 위해 받는 무급 간병인의 도움이 충분하지 않은 이유를 설명하십시오. “귀하”라는 단어가 나오면 이는 수혜자를 의미합니다.

18세 미만의 수혜자에 대해 일이나 다른 자녀를 제외하고 부모가 작업과 치료 수행에 충분한 도움을 제공하지 못하는 이유를 설명해주십시오.

제공된 공간에서 부모가 작업과 치료에 충분한 도움을 제공하지 못하는 이유를 설명해주십시오.

작업과 치료를 위한 무료 도움을 충분히 받을 수 없는 다른 이유가 있습니까?

제공된 공간에서 작업이나 치료를 충분히 받을 수 없는 다른 이유를 설명해주십시오.

추가 시간이 필요한 이유를 설명하는 다른 정보를 제공하시겠습니까? 그렇다면 이 차트를 이용하여 이 정보가 귀하의 요구를 어떻게 보이는지 말씀해주십시오. “귀하”라는 단어가 나오면 이는 수혜자를 의미합니다.

- 제출하시는 문서 이름을 기입하십시오.
- 문서의 페이지 수를 기입하십시오.
- 문서는 귀하의 개인 간병 필요성이나 무료 도움 이용 가능성에 대해 어떤 설명을 제공합니까?