

21 岁以下个案当事人用“服务限度放宽申请” Limitation Extension Request for Clients Under Age 21

“服务限度放宽”流程旨在提供途径，方便您告诉我们您需要增加个人护理时间的原因，以便您完成个人护理任务。如果我们发现这对于治疗或改善您的病情或防止病情恶化确有必要，我们将授权您获得附加服务时间。

您可使用此表格和 LE 任务说明表格告诉我们为何您除了从 CARE 评估和规则作例外考虑 (ETR) 请求获得的服务小时外还需要额外的服务时间。如需他人帮忙填写此表且找不到合适的人帮您填写，我们将当面与您沟通，获取此信息。我们知道个案当事人可能未填写此表或通过他人帮助来填写此表。我们在表格中使用“您”来指代个案当事人。无论“您”出现在何处，均指代个案当事人本人。

基本情况				
个案当事人姓名			个案当事人出生日期	
若此表非个案当事人本人填写：				
填表人：			与个案当事人的关系	
电子邮件地址			日间电话号码（请包括地区号码）	
个案当事人邮寄地址：州		城市	公寓大楼	街道 邮政编码
WA				
附加服务时间申请				
<input type="checkbox"/> CARE 评估小时： <input type="checkbox"/> 额外规则作例外考虑小时： <input type="checkbox"/> 通过“服务限度放宽”请求的附加服务时间：				
接受个人护理任务时需要协助的健康状况				
需求说明				
1. 凡您需要他人帮助的任务或治疗项目，请使用 LE 任务说明表格 DSHS 10-505 提供说明。表格数量不限。无论“您”出现在何处，均指代个案当事人本人。 2. 告诉我们上述任务和治疗项目每周由何人、以何种方式帮您完成。无论“您”出现在何处，均指代个案当事人本人。				
您工作日早上通常能获得哪些帮助？				
姓名	此人是否年满 18 周岁？	此人是否收费？	此人与您的关系	说明此人可提供的帮助类型和时间量
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

您工作日早上通常能获得哪些帮助？				
姓名	此人是否年满 18 周岁？	此人是否收费？	此人与您的关系	说明此人可提供的帮助类型和时间量
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

您工作日早上通常能获得哪些帮助？				
姓名	此人是否年满 18 周岁？	此人是否收费？	此人与您的关系	说明此人可提供的帮助类型和时间量
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

您工作日早上通常能获得哪些帮助？				
姓名	此人是否年满 18 周岁？	此人是否收费？	此人与您的关系	说明此人可提供的帮助类型和时间量
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

您工作日早上通常能获得哪些帮助？				
姓名	此人是否年满 18 周岁？	此人是否收费？	此人与您的关系	说明此人可提供的帮助类型和时间量
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

3. 请说明无偿看护者为何无法为您提供所有必需帮助。无论“您”出现在何处，均指代个案当事人本人。

无论父母是否工作或有无其他子女，都理应照顾未满 18 周岁的子女。除了工作或有其他子女外，是否有其他原因导致您的父母（亲生父母、继父母或养父母）无法为您的任务和治疗提供充足帮助？

还有哪些原因致使您不能获得完成任务和治疗所需的充足无偿帮助？

4. 还需要向我们提供其他信息来说明您需要附加服务时间的原因吗？如果是，则可使用此表说明此信息为何可以证明您有此需求。无论“您”出现在何处，均指代个案当事人本人。

文件名称	页数	此文件说明了您的哪些需求 或无偿帮助的获得情况？

21 岁以下个案当事人用“服务限度放宽”申请表 方法说明

在基本情况部分：

- 输入个案当事人姓名。
- 输入个案当事人出生日期。

此表非个案当事人本人填写：

- 输入填表人的姓名。
- 说明填表人与个案当事人的关系。
- 输入填表人的电子邮件地址。
- 输入填表人的日间电话号码。
- 输入个案当事人的邮寄地址

附加服务时间申请

- 输入您 CARE 评估授权的小时数。
- 输入规则作例外考虑授权的附加服务时间数。
- 输入您通过“服务限度放宽”流程请求的附加服务时间数。

接受个人护理任务时需要协助的健康状况：

说明接受个人护理任务时需要协助的所有健康状况。

需求说明：

对于**每个**您需要他人帮助的任务或治疗，请使用 LE 任务说明表格提供说明。表格数量不限。LE 任务说明表格有单独的填写说明。请务必仔细阅读这些说明。

您日间、夜间或周末通常获得了哪些帮助？

告诉我们谁帮助您及其每周帮您完成 LE 任务说明表中所列任务和/或治疗的方式。无论“您”出现在何处，均指代个案当事人本人。

对于每个帮助您完成任务或治疗的人士，请说明每日（包括周末）的项目安排。此表所列的一天的时间段分别为：工作日上午、工作日下午、工作日夜间、夜间和周末。

输入在表格所列的日期，在该时间内帮助您的人士之姓名（如：祖父在工作日早上帮您穿衣服，或母亲和父亲在工作日夜间帮您洗澡，或看护者在周末早上帮助您吃早餐。）

- 如果帮您的人已年满 18 周岁则输入“是”，反之则输入“否”。
- 如果此人有偿帮您完成任务，则输入“是”，反之，则输入“否”。
- 输入此人与您的关系（如父亲，兄弟姊妹、邻居、学校工作人员）
- 输入此人提供的帮助类型及其帮助的事务数量（如开药瓶、按量取药、放在您手上、监督您将药物放入口中并吞下。）

请说明无偿看护者为何无法为您提供所有必需帮助。无论“您”出现在何处，均指代个案当事人本人。

如果个案当事人不足 18 岁，则请说明父母无法提供其所需全部帮助的原因（不得为工作原因或有其他子女）。

请在提供的空白处说明父母无法提供完成任务和治疗所需的全部帮助的原因。

是否还有其他原因致使您无法获得完成任务和治疗所需的全部无偿帮助？

请在提供的空白处，说明父母无法提供完成任务和治疗所需的全部无偿帮助的其他原因。

还需要向我们提供其他信息来说明您需要附加服务时间的原因吗？如果是，则可使用此表告诉我们此信息如何证明您有此需求。无论“您”出现在何处，均指代个案当事人。

- 输入您要提交的文件名称。
- 输入文件的页数。
- 此文件从哪些方面说明了您的个人护理需求或无偿帮助的获得情况？