Export: DSD Appendix D

Created by Unknown User (sean.brames), last updated by Mia Combs on Feb 29, 2024 • 2 minute read

CMIPS

D-4.2-03 – Detailed System Design (R2025.03.01) Appendix D - Translations for the Electronic Services Portal & CMIPS Services Portal

Version 1.0

03/28/2025

Table of Contents

- DSD Appendix D/ESP
  - DSD Appendix D/Login
  - DSD Appendix D/Registration
  - DSD Appendix D/Forgot User Name or Password
  - DSD Appendix D/Reset & Change Password
  - DSD Appendix D/Provider Menu
  - DSD Appendix D/Recipient Menu
  - DSD Appendix D/Provider Home
  - DSD Appendix D/Recipient Home
  - DSD Appendix D/Provider Timesheets
  - DSD Appendix D/Electronic TS - Timesheet Entry
  - DSD Appendix D/Electronic TS - Supp TS
  - DSD Appendix D/Electronic TS - Stop E-TS
  - DSD Appendix D/Enroll in E-Timesheets
  - DSD Appendix D/Account
  - DSD Appendix D/My Preferences
  - DSD Appendix D/Update Security Questions
  - DSD Appendix D/Payments - Recent Payments
  - DSD Appendix D/Payments - Payment History
  - DSD Appendix D/Payments - Payment Search
  - DSD Appendix D/Sick Leave Claim
  - DSD Appendix D/Direct Deposit
  - DSD Appendix D/Direct Deposit Request
  - DSD Appendix D/What's New
  - DSD Appendix D/What's New - Changes to ESP
  - DSD Appendix D/What's New - Direct Deposit
  - DSD Appendix D/What's New - Tax Year 2019
  - DSD Appendix D/Training My Preferences

- DSD Appendix D/Training Email Timesheet Copy
- DSD Appendix D/FAQ's
- DSD Appendix D/Training
- DSD Appendix D/Training Contact Information
- DSD Appendix D/Contact Us
- DSD Appendix D/Code Tables & Misc
- DSD Appendix D/Emails
- DSD Appendix D/Email Timesheet Copy Pop-up
- DSD Appendix D/Electronic TS - Timesheet History
- DSD Appendix D/Hire Provider
- DSD Appendix D/Live-In Certification
- DSD Appendix D/IHSS ESP Header & Footer
- DSD Appendix D/Travel Claim
- DSD Appendix D/Contact Information
- DSD Appendix D/Training Hire Provider
- DSD Appendix D/Training Sick Leave
- DSD Appendix D/W-2 Forms
- DSD Appendix D/Training W-2 Forms
- DSD Appendix D/Share of Cost Hours Details
- DSD Appendix D/Text Messages
- DSD Appendix D/Training Text Notifications
- DSD Appendix D/Career Pathways
- DSD Appendix D/Message Center
- DSD Appendix D/IHSS EVV Location Services
- DSD Appendix D/Enter Verification Code
- DSD Appendix D/Hire Provider - Action Requires Verification Code
- DSD Appendix D/Sick Leave Claim History & FAQ's
- DSD Appendix D/Two-Step Verification
- DSD Appendix D/Enter Verification Code (2)
- DSD Appendix D/Direct Deposit - Action Requires Verification Code
- DSD Appendix D/Contact Information - Action Requires Verification Code
- DSD Appendix D/Employment/Wage Verification
- DSD Appendix D/Request Employment/Wage Verification
- DSD Appendix D/Training Employment and Wage Verification

- DSD Appendix D/Adaptive Form
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - CR 6181
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - Global Phrases
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 295
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 332
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 426
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 426A
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 450
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 825
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 838
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 839
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 839A
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 839B
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 846
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 864
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 2255
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 2305
  - DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 2308

DSD Appendix D/Login

CI
CI-822525 - DSD TRAN Login IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Link to external pdf	Hyperlink to Screen	IHSS and WPCS Providers are considered essential workers and should continue to provide services to their recipients. If asked for proof, you can provide your pay stub and the IHSS Provider Essential Worker Letter (PDF)	Los proveedores de IHSS y WPCS se consideran trabajadores esenciales y deben continuar prestando servicios a sus beneficiarios. Si se le solicita una prueba, puede proporcionar su talón de pago y la Carta de Trabajador Esencial del Proveedor IHSS (PDF)	IHSS 和 WPCS 看護人被認為是必不可少的工種，應繼續向其受看護人提供服務。如果需要證明，您可以提供工資單和 IHSS 看護人必要工種信函（PDF）	IHSS և WPCS մատակարարները համարվում են կարևոր աշխատողներ, և նրանք պետք է շարունակեն ծառայություններ մատուցել իրենց ստացողներին: Եթե Ձեզանից ապացույցի կարիք պահաջվի, ապա կարող եք տրամադրել Ձեր աշխատավարձի կտրոնը և IHSS Մատակարարը՝ որպես կարևոր աշխատող, նամակը (PDF):
	Hyperlink to Screen	For the latest information regarding the novel coronavirus (COVID-19) please visit the California Department of Public Health website	Para obtener la información más reciente sobre el nuevo coronavirus (COVID-19), por favor visite el sitio web del Departamento de Salud Pública de California	有關新型冠狀病毒（COVID-19）的最新信息，請訪問加州公共衛生部網站	Նոր կորոնավիրուսի (COVID-19) վերաբերյալ վերջին տեղեկություններն իմանալու համար կարող եք այցելել հետևյալ՝ Կալիֆորնիայի Առողջապահության Վարչություն կայքէջը:
	Hyperlink to Screen	The IHSS/WPCS program will not be participating in the deferral of withholding of 2020 payroll taxes. For more information visit Payroll Tax Withholding Update	El programa IHSS/WPCS no participará en el aplazamiento de la retención de los impuestos sobre la nómina de 2020. Para obtener más información, visite la Actualización de Retención de Impuestos.	IHSS / WPCS 計劃將不會參與推遲2020年工資稅的預扣。有關更多信息，請訪問工資稅預扣更新	IHSS / WPCS ծրագիրը չի մասնակցի 2020 թվականի աշխատավարձի հարկերի պահման հետաձգմանը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք հետևյալ կայքէջը՝ Հարկերի պահման թարմացում
Login Screen	Static Text	IHSS	Not Translated	Not Translated	Not Translated

	Static Text	IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES	Not Translated	Not Translated	Not Translated
	Static Text	ELECTRONIC SERVICES PORTAL	Portal de servicios electrónicos (not translated on the ESP)	電子服務門戶網站 (not translated on the ESP)	ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԿԱՅՔԷՋ (not translated on the ESP)
Website Language	Drop Down	**Select Language**	**Seleccione Idioma**	**請選擇語言**	**Ընտրեք լեզուն**
Lang01	Code Value	English (English)	Inglés (English)	英語 (English)	Անգլերեն (English)
Lang02	Code Value	Spanish (Español)	Español (Spanish)	西班牙語 (Spanish)	Իսպաներեն (Spanish)
Lang03	Code Value	Armenian (Հայերեն)	Armenio (Armenian)	亞美尼亞語 (Armenian)	Հայերեն (Armenian)
Lang04	Code Value	Chinese (中文)	Chino (Chinese)	中文 (Chinese)	Չինարեն (Chinese)
	Static Text	**Login to Your Account**	**Iniciar sesión a tu cuenta**	**登錄您的帳戶**	**Մուտքագրում Ձեր Հաշվին**
	Field	**User Name**	**Nombre de usuario**	**用戶名**	**Օգտանուն**
	Static Text	User Name is case sensitive	El nombre de usuario es sensible a las mayúsculas	用戶名區分大小寫	Օգտանունը զգայուն է տառերի ընտրության մեջ
	Field - Check box	Remember me	Recuérdame	記住我	Հիշիր ինձ
	Field	**Password**	**Contraseña**	**密碼**	**Գաղտնաբառ**
	Static Text	Password is case sensitive	La contraseña es sensible a las mayúsculas	密碼區分大小寫	Գաղտնաբառը զգայուն է տառերի ընտրության մեջ
	Warning Message	Caps Lock is on	El Caps Lock está activado.	大寫鎖定是打開的	Caps Lock-ը (Մեծատառերը) ակտիվ են:
	Field - Check box	Show Password	Muestre su contraseña	顯示密碼	Ցույց տալ գաղտնաբառը
	Error Message	User Name and/or Password is incorrect. 1 of 5 attempts. If you forgot your User Name and/or Password please select Forgot User Name or Password? If you need additional help please contact the Help Desk.	El nombre de usuario y/o la contraseña es incorrecta. N de 5 intentos. Si usted olvido su nombre de usuario y/o la contraseña por favor seleccione ¿Olvidó el nombre de usuario o contraseña? Si usted necesita más ayuda por favor comuníquese con la línea de ayuda.	用戶名和/或密碼不正確。5次嘗試中的n次嘗試。如果您忘記了用戶名和/或密碼，請選擇忘記用戶名或密碼？如果您需要更多幫助，請聯繫幫助台。	Օգտանունը և/կամ Գաղտնաբառը սխալ է: 5 փորձերից N-ը: Եթե մոռացել եք Ձեր Օգտանունը և/կամ Գաղտնաբառը, խնդրում ենք ընտրել Մոռացե՞լ եք Օգտանունը կամ Գաղտնաբառը: Եթե լրացուցիչ օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Տեղեկատվության Բաժին:
	Error Message	This User account has been inactivated. Please, contact your County IHSS office for further assistance.	Esta cuenta de usuario ha sido inactivada. Por favor, comuníquese con la oficina del condado de IHSS para más ayuda.	此用戶帳戶已被禁用。請聯繫您的IHSS辦公室尋求進一步的幫助。	Այս օգտվողի հաշիվն անգործունակ է: Խնդրում ենք, դիմեք Ձեր Վարչաշրջանի IHSS գրասենյակին աջակցության համար:
	Error Message	Something went wrong! Please logout and try again. If this problem continues, please contact the Help Desk between 8:00 AM and 5:00 PM, Monday through Friday, excluding major holidays, at 1-866-376-7066.	¡Algo salió mal! Por favor cierre la sesión y vuelva a intentarlo. Si este problema continúa por favor comuníquese con la línea de asistencia de hojas de tiempo electrónicas entre las 8:00 AM y 5:00 PM, de lunes a viernes, excluyendo los días festivos, al 1-866-376-7066.	出錯了！請退出后重試。如果問題仍然存在，請在週一至週五上午8:00到下午5:00（主要節假日除外）之間與服務台聯繫，致電1-866-376-7066選項4以獲得幫助。	Ինչ որ բան սխալ է! Խնդրում ենք դուրս գալ համակարգից և կրկին փորձել: Եթե այս խնդիրը շարունակվի, կարող եք զանգահարել աջակցության բաժին աշխատանքային ժամերի ընթացքում՝ Երկուշաբթիից - Ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը, 1-866-376-7066 հեռախոսահամարով:
	Error Message	As of 02/18/2022 this website no longer supports Microsoft Internet Explorer. Please use another web browser. Learn more about switching to another free web browser: ESP-Help.	A partir de 02/18/2022 este sitio Web ya no es compatible con Explorador de Internet de Microsoft. Por favor use otro navegador de web. Obtenga más información sobre cómo cambiar a otro navegador web gratuito: ESP-Help.	自02/18/2022起，本網站將不再支持Microsoft Internet Explorer。請使用其他網路瀏覽器。在此處 ESP-Help 瞭解有關切換到其他免費網絡瀏覽器的更多資訊。	02/18/2022-ի դրությամբ այս կայքը այլևս չի աջակցում Microsoft Internet Explorer-ին: Խնդրում ենք օգտագործել մեկ այլ վեբ բրաուզեր: Մեկ այլ անվճար վեբ բրաուզերի անցնելու մասին ավելին իմանալու համար խնդրում ենք այցելեք՝ ESP-Help.
	Hyperlink to Screen	Forgot User Name or Password?	¿Olvidó el nombre de usuario o contraseña?	忘記用戶名或密碼?	Մոռացե՞լ եք օգտանունը կամ գաղտնաբառը:
	Button	Login	Iniciar sesión	登錄	Մուտքագրում
	Static Text	Apply for In-Home Supportive Services	N/A	N/A	N/A
	Static Text	Are you in need of in-home support?	N/A	N/A	N/A

	Static Text	Click the link below to complete your application today!	N/A	N/A	N/A
	Hyperlink to Screen	Apply for IHSS Now	N/A	N/A	N/A
	Hyperlink to Screen	Application Information	N/A	N/A	N/A
	Static Text	**Registration**	**Registro**	**注冊**	**Գրանցվել**
	Static Text	**Register for the IHSS Web Site to:**	**Inscripción para el sitio web del IHSS para:**	**註冊IHSS網站以便:**	**Գրանցվեք IHSS-ի կայքում որպեսզի՝**
	Static Text	**View your timesheet and payment statuses**	**Ver su hoja de tiempo y estado de pago**	**查看您的工時單和工資狀態**	**Վերանայեք Ձեր ժամացուցակի և վճարման կարգավիճակները**
	Static Text	**Enter and submit timesheets**	**Ingresar y enviar las hojas de tiempo**	**輸入並提交工時單**	**Մուտքագրեք և ներկայացրեք ժամացուցակները**
	Static Text	**No longer mail paper timesheets**	**Para parar de enviar las hojas de tiempo en papel**	**不再郵寄紙質工時單**	**Փոստով չուղարկեք թղթե ժամացուցակները**
	Static Text	**Request additional timesheets**	**Pedir hojas de tiempo adicionales**	**請求額外的工時單**	**Պահանջեք լրացուցիչ ժամացուցակներ**
	Static Text	**Enroll in direct deposit**	**Inscribirse para el deposito directo**	**註冊電子轉賬**	**Գրանցվեք ուղղակի ավանդի ծառայությանը**
	Static Text	**Claim sick leave**	**Reportar tiempo de enfermedad**	**請病假**	**Ներկայացնեք հիվանդության պատճառով բացակայության հայցը**
	Button	Register Here	Regístrese aquí	在這裡註冊	Գրանցվեք այստեղ
Link to external pdf	Hyperlink to Screen	Registration FAQs	Registro de preguntas frecuentes	註冊常見問題解答	Հաճախակի տրվող հարցեր գրանցման վերաբերյալ
	Static Text	If you need additional assistance, contact the Electronic Timesheet Help Desk at 1-866-376-7066	Si necesita más ayuda, comuníquese a la línea de asistencia al 1-866-376-7066	如果您需要其他幫助，請聯繫幫助台撥打1-866-376-7066	Լրացուցիչ օգնության դեպքում, դիմեք օգնության ծառայությանը հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-866-376-7066
IHSS ESP Timesheet Signatory Login	Static Text	**User Identification**	**Identificación del usuario**	**用戶識別**	**Օգտվողի ինքնության հաստատումը**
	Static Text	Please confirm who is accessing this account by selecting one of the required user roles below, then select continue to complete your login.	Confirme quién accede a esta cuenta seleccionando una de las opciones de usuario necesarias a continuación y seleccione continuar para completar su inicio de sesión.	請通過選擇用戶角色來確認您的訪問，然後選擇繼續完成登錄。	Խնդրում ենք հաստատել, թե ով է մուտք գործել այս հաշվին՝ ընտրելով ստորև նշված օգտվողի տարբերակներից մեկը, ապա ընտրեք Շարունակել՝ Ձեր մուտքագրումն ավարտելու համար:
	Static Text	If you don't want to continue, select the cancel button to return to the login screen.	Si no desea continuar, seleccione el botón Cancelar para volver a la pantalla de inicio de sesión.	如果您不想繼續，請選擇取消按鈕返回登錄屏幕。	Եթե չեք ցանկանում շարունակել, ընտրեք Չեղարկել կոճակը՝ մուտքագրման էկրանին վերադառնալու համար:
	Static Text	**Please confirm who is accessing this account:**	**Por favor confirme quien está accediendo a esta cuenta:**	**請確認誰在訪問該帳戶:**	**Խնդրում ենք հաստատել, թե ով է մուտք գործել այս հաշվին.**
	Static Text	**I am the Recipient:**	**Yo soy el beneficiario:**	**我是受看護人:**	**Ես Ստացողն եմ.**
	Static Text	**I am the Timesheet Signatory:**	**Soy el signatario de las hojas de tiempo:**	**我是工時單簽字人:**	**Ես ժամացուցակը ստորագրող լիազորված անձն եմ.**
	Button	Continue	Continuar	繼續	Շարունակել
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել

DSD Appendix D/Registration

CI
CI-822526 - DSD TRAN Registration IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Welcome Screen	Screen Title	**Welcome**	**Bienvenido**	**歡迎**	**Բարի գալուստ**
	Warning Banner	Note: Registering for ESP does not guarantee approval of your	Nota: Registrarse para el ESP no garantiza la aprobación de su	注意：註冊ESP並不保證您的IHSS申請會獲得批	Նշում. ESP-ում գրանցվելը չի երաշխավորում Ձեր IHSS դիմումի

		IHSS application.	solicitud de IHSS.	准。	հաստատումը:
	Static Text	An asterisk (*) indicates a required field.	Un asterisco (*) indica una sección obligatoria.	星號 (*) 標示必填項.	Աստղանիշը (*) ցույց է տալիս, որ պարտադիր պետք է լրացվի
	Static Text	To register with this website you must be an applicant, recipient, or provider of In-Home Supportive Services for the In-Home Supportive Services (IHSS) and/or the Waiver Personal Care Services (WPCS) program.	Para inscribirse en este sitio web, usted debe ser solicitante, beneficiario o proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar para el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) y/o Servicios de Cuidado Personal de Exención (WPCS).	要在此网站上注册，您必须是家庭支持服务（IHSS）和/或豁免个人护理服务（WPCS）项目的家庭支持服务的申请人、受助人或提供者。	Այս կայքէջում գրանցվելու համար դուք պետք է տրամադրեք Տնային աջակցության ծառայություններ Տնային աջակցության ծառայությունների (IHSS) և/կամ Անձնական խնամքի հրաժարման ծառայությունների (WPCS) համար դիմողներին կամ դրանք ստացողներին:
	Static Text	Information collected by this website will be used for managing IHSS and WPCS program processes. Your email address will be collected during the registration process and will be used to send you reminders and notices.	La información recopilada por este sitio web será utilizada para manejar los procesos de los programas de IHSS y WPCS. Su correo electrónico será recopilado durante el proceso de inscripción y será utilizado para enviarle recordatorios y avisos.	本網站收集的信息將用於管理IHSS和WPCS計劃。您的電子郵件地址將在註冊過程中收集，並將用於向您發送提醒和通知。	Այս կայքէջում հավաքագրված տեղեկատվությունը կօգտագործվի IHSS և/կամ WPCS ծրագրերի գործընթացները կառավարելու համար: Ձեր էլ. փոստի հասցեն կհավաքագրվի գրանցման ընթացքում և կօգտագործվի Ձեզ հիշեցումներ և ծանուցագրեր ուղարկելու համար:
	Static Text	To get started, tell us if you are an applicant, a recipient, or a provider.	Para comenzar, infórmenos si es solicitante, beneficiario o proveedor.	首先，请告诉我们您是申请人、受助人还是提供者。	Սկսելու համար ասեք մեզ, արդյոք դուք դիմորդ, ստացող կամ մատակարար եք:
	Radio Button	I am a Recipient.	Soy un beneficiario.	我是受看護人	Ես ստացող եմ
	Static Text	Select your User Type	Seleccione el tipo de usuario	選擇您的用戶類型。	Ընտրեք Ձեր օգտագործման տեսակը
	Radio Button	I am an Applicant or Recipient	Soy un Solicitante o Beneficiario	我是申请人或受助人	Ես Դիմորդ կամ Ստացող եմ
	Radio Button	I am a Provider.	Soy un proveedor.	我是看護人	Ես մատակարար եմ
	Button	Begin Registration Process.	Iniciar el proceso de inscripción.	開始註冊程序	Սկսել գրանցման գործընթացը
	Button	Cancel Registration.	Cancelar inscripción.	取消註冊	Չեղյալ համարել գրանցումը
Register (all pages)	Screen Title	**Register**	**Registro**	**註冊**	**Գրանցվել**
	Static Text	**User Information**	**Información del usuario**	**用戶信息**	**Օգտվողի տվյալները**
	Static Text	Enter your name, provider number, date of birth and SSN number.	Ingrese su nombre, número de proveedor, fecha de nacimiento y número de seguro social.	輸入您的姓名、提供者號碼、出生日期和 社會安全號碼	Մուտքագրեք Ձեր անունը, մատակարարի համարը, ծննդյան ամսաթիվը և SSN-ի համարը
	Static Text	Enter your name, case number, date of birth and SSN number.	Ingrese su nombre, Número del caso, fecha de nacimiento y número de seguro social.	輸入您的姓名，案件編號，出生日期和SSN號碼	Մուտքագրեք Ձեր անունը, գործի համարը, ծննդյան ամսաթիվը և SSN-ի համարը
	Static Text	**Account Information**	**Información de la cuenta**	**帳戶信息**	**Հաշվի տեղեկություններ**
	Static Text	Create your user name, password and enter your email address.	Crea tu nombre de usuario, contraseña e ingrese su correo electrónico	創建您的用戶名，密碼並輸入您的電子郵件地址	Ստեղծեք Ձեր օգտանունը, գաղտնաբառը և մուտք գործեք Ձեր էլեկտրոնային փոստի հասցեն
	Static Text	**Security Questions**	**Preguntas de seguridad**	**安全問題**	**Անվտանգության հարցեր**
	Static Text	Select your security questions and enter your answers.	Elija sus preguntas de seguridad e ingrese sus respuestas	選擇您的安全問題並輸入您的答案	Ընտրեք Ձեր անվտանգության հարցերը և մուտքագրեք Ձեր պատասխանները
	Static Text	**Email Verification**	**Verificación de correo electrónico**	**電子郵件驗證**	**Էլեկտրոնային փոստի հասցեի հաստատում**
	Static Text	Check your email and select the link to complete registration Step 4.	Revise su correo electrónico y haga clic el enlace para completar el Paso 4 del registro	檢查您的電子郵件並點擊鏈接完成註冊的步驟4	Ստուգեք Ձեր էլ.փոստը և ընտրեք հղումը գրանցման 4-րդ քայլը ավարտելու համար
	Static Text	**Confirm Registration**	**Confirme el registro**	**確認註冊**	**Հաստատեք գրանցումը**
	Static Text	Enter your user name, password and one of the security questions you selected in Step 3.	Ingrese su nombre de usuario, contraseña y una de las preguntas de seguridad que eligió en el Paso 3.	輸入您的用戶名，密碼以及一個在步驟3中的安全問題	Մուտքագրեք Ձեր օգտանունը, գաղտնաբառը և 3-րդ քայլում ընտրած անվտանգության հարցերից մեկը
	Error Message	Your registration link has expired. Please begin the registration process again.	Su enlace de registro ha caducado. Por favor, comience el proceso de registro de nuevo.	您的註冊鏈接已過期。請重新開始註冊過程。	Ձեր գրանցման հղումը ժամկետանց է: Խնդրում ենք նորից սկսել գրանցման գործընթացը:
Register (step 1)	Screen Title	**Register**	**Registro**	**註冊**	**Գրանցվել**
	Field Name	**First Name**	**Nombre**	**名字**	**Անուն**

	Field Name	**Last Name**	**Apellido**	**姓氏**	**Ազգանուն**
	Field Name	**Date of Birth (MM/DD/YYYY)**	**Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)**	**出生日期 (MM/DD/YYYY)**	**Ծննդյան ամսաթիվը (MM/DD/YYYY)**
	Field Name	**Provider Number**	**Número de proveedor**	**看護人編號**	**Մատակարարի համարը**
	Static Text	You must enter all 9 digits of your Provider Number including the leading zeros.	Usted tiene que ingresar todos los 9 dígitos de su Número del caso de Proveedor incluyendo los ceros iniciales.	您須輸入9位數的看護人編號，包括開頭的0。	Դուք պետք է մուտքագրեք Ձեր Մատակարարի համարի բոլոր 9 նիշերը, ներառյալ՝ առաջին զրոները:
	Field Name	**Case Number**	**Número de caso**	**個案編號**	**Գործի համարը**
	Static Text	You must enter all 7 digits of your Case Number including the leading zeros.	Usted tiene que ingresar todos los 7 dígitos de su Número del caso incluyendo los ceros iniciales.	您須輸入7位數的個案編號，包括開頭的0。	Դուք պետք է մուտքագրեք Ձեր Գործի համարի բոլոր 7 նիշերը, ներառյալ՝ առաջին զրոները:
	Field Name	**SSN (Last 4 Digits)**	**Número de Seguro Social (Últimos 4 números)**	**SSN (最後4位)**	**SSN (Վերջին 4 նիշերը)**
	Static Text	We ask for the last four digits of your Social Security Number so that we can verify who you are.	Pedimos los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social para que podamos verificar quién es usted.	我們需要您提供社會保障號碼的最後4位，用於識別您的身份。	Մենք հարցնում ենք Ձեր սոցիալական ապահովության համարի վերջին չորս նիշերը, որպեսզի ստուգենք Ձեր ինքնությունը:
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ
	Button	Back	Atrás	後退	Նախորդ
	Error Message	First Name can only contain letters (A-Z or a-z), apostrophe ('), hyphen/dash , and spaces.	El nombre solo puede contener letras (A-Z o a-z), apóstrofe ('), guión y espacios.	名字只能包含字母（A-Z 或 a-z）、撇号 (')、连字符/破折号和空格。	Անունը կարող է պարունակել միայն տառեր (A-Z կամ a-z), ապաստրոֆ ('), գծիկ և բացատներ:
	Error Message	Last Name can only contain letters (A-Z or a-z), apostrophe ('), hyphen/dash , and spaces.	El apellido solo puede contener letras (A-Z o a-z), apóstrofe ('), guión y espacios.	姓氏只能包含字母（A-Z 或 a-z）、撇号 (')、连字符/破折号和空格。	Ազգանունը կարող է պարունակել միայն տառեր (A-Z կամ a-z), ապաստրոֆ ('), գծիկ և բացատներ:
	Static Text	Enter your name, provider number, date of birth and SSN number.	Ingrese su nombre, número de proveedor, fecha de nacimiento y número de seguro social.	輸入您的姓名、看護人號碼、出生日期和 社會安全號碼。	Մուտքագրեք Ձեր անունը, մատակարարի համարը, ծննդյան ամսաթիվը և SSN-ի համարը:
	Static Text	Your provider number should be 9-digits and can be located on any provider paperwork you have received, such as, a previous paystub.	Su número de proveedor debe ser de 9 dígitos y puede ubicarse en cualquier documentación del proveedor que haya recibido, como un recibo de pago anterior.	您的看護人編號應該是 9 位數字，可以位於您收到的任何看護人文件上，例如之前的工資單。	Ձեր մատակարարի համարը պետք է բաղկացած լինի 9 նիշից և այն կարող եք գտնել Ձեր ստացած ցանկացած մատակարարի փաստաթղթում, ինչպես նաև նախորդ վճարման թերթիկի վրա:
	Static Text	Enter your name, case number, date of birth and SSN number.	Ingrese su nombre, Número del caso, fecha de nacimiento y número de seguro social.	輸入您的姓名、個案編號、出生日期和SSN號碼。	Մուտքագրեք Ձեր անունը, գործի համարը, ծննդյան ամսաթիվը և SSN-ի համարը:
	Static Text	Your case number should be 7-digits and can be located on any recipient paperwork you have received, such as, a Notice of Action.	Su número de caso debe ser de 7 dígitos y puede ubicarse en cualquier documentación del beneficiario que haya recibido, como un Aviso de Acción.	您的個案編號應為 7 位數字，可以位於您收到的任何受看護人文書上，例如行動通知。	Ձեր գործի համարը պետք է բաղկացած լինի 7 նիշից և այն կարող եք գտնել Ձեր ստացած ցանկացած ստացողի փաստաթղթում, ինչպես օրինակ ծանուցագրերի վրա:
	Error Message	Case Number field must contain numbers only.	El campo para el Número del Caso tiene que contener números solamente.	個案編號只能包含數字。	Գործի համարի վանդակը պետք է միայն թվեր պարունակի:
	Error Message	Case Number must be 7 digits.	El número de caso debe ser de 7 dígitos.	個案編號必須為 7 位數字。	Գործի համարը պետք է բաղկացած լինի 7 նիշից:
	Error Message	Provider Number field must contain numbers only.	La sección del número del proveedor sólo debe contener números.	提供者號碼欄必須只包含數字。	Մատակարարի համարը պետք է պարունակի միայն թվեր:
	Error Message	Provider Number must be 9 digits.	El número de proveedor debe ser 9 dígitos.	提供者號碼必須9個數字。	Մատակարարի համարը պետք է բաղկացած լինի 9 նիշից:
	Error Message	Incorrect Date Format.	El formato de la fecha es incorrecto	日期格式不正確	Ամսաթվի սխալ ֆորմատ
	Error Message	SSN entry must be 4 digits.	La entrada de SSN debe ser de 4 dígitos.	SSN 輸入必須是 4 位數字。	SSN-ի մուտքագրումը պետք է լինի 4 նիշ:
	Error Message	User is not eligible to register with the IHSS website at this time.	El usuario no es elegible para registrarse en la página web del IHSS en este momento.	該用戶目前沒有資格在IHSS網站上註冊。	Օգտվողը չի կարող գրանցվել IHSS-ի կայքէջում այս պահին:
	Error Message	Not eligible for E-timesheets at this time.	Usted no es elegible para las hojas de tiempo electrónica en este momento.	目前沒有資格獲得電子時間表。	Այս պահին Դուք իրավասու չեք Էլ. Ժամացուցակի համար:

	Error Message	Matching IHSS Provider not found. All fields must match program information.	No se encuentra al proveedor del IHSS correspondiente. Todas las secciones tienen que corresponder con la información del programa.	找不到配合IHSS的看護人。所有欄位必須要配合工資單上的資訊。	Համապատասխան IHSS Մատակարար չի հայտնաբերվել: Բոլոր վանդակները պետք է համապատասխանեն ծրագրի տվյալներին:
	Error Message	Matching IHSS Recipient not found. All fields must match program information.	No se encuentra al cliente de IHSS beneficiario. Todos los campos tienen que corresponder con la información del programa.	找不到對應的IHSS受看護人。所有輸入必須對應項目資料。	Համապատասխան IHSS Ստացող չի հայտնաբերվել: Բոլոր վանդակները պետք է համապատասխանեն ծրագրի տվյալներին:
	Error Message	First Name cannot be blank.	El nombre no puede estar en blanco.	名字不能為空。	Անունը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Last Name cannot be blank.	El apellido no puede estar en blanco.	姓氏不能為空。	Ազգանունը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Date of Birth cannot be blank.	La fecha de nacimiento no puede estar en blanco.	出生日期不能為空。	Ծննդյան ամսաթիվը չի կարող դատարկ լինել:
	Pop-up Message	**This Case Number is already registered with the IHSS Website. Please Return to the Login screen.**	**Este número de caso ya está registrado con la página web del IHSS. Por favor regrese a la página de "Inicio de sesión".**	**此案件編號已在 IHSS 網站註冊。請返回。**	**Այս գործի համարը արդեն գրանցված է IHSS-ի կայքէջում: Խնդրում ենք վերադառնալ Մուտքագրման էջին:**
	Pop-up Message	**This Provider Number is already registered with the IHSS Website. Please Login.**	**Este número de proveedor ya está registrado en el sitio web de IHSS. Por favor inicie sesión.**	**此提供者號碼已在IHSS網站上註冊。請登入。**	**Այս Մատակարարի համարն արդեն գրանցված է IHSS-ի Կայքէջում: Խնդրում ենք մուտք գործել:**
Register (step 2)	Screen Title	**Register**	**Registro**	**註冊**	**Գրանցվել**
	Field Name	**User Name**	**Nombre de usuario**	**用戶名**	**Օգտանուն**
	Field Name	**Password**	**Contraseña**	**密碼**	**Գաղտնաբառ**
	Field Name	**Confirm Password**	**Confirme la contraseña**	**確認密碼**	**Հաստատել գաղտնաբառը**
	Field Name	**Email**	**Correo electrónico**	**電子郵箱**	**Էլ.փոստի հասցե**
	Field Name	**Confirm Email**	**Confirme el correo electrónico**	**確認電子郵箱**	**Հաստատել Էլ.փոստի հասցեն**
	Static Text	Your user name is unique to you and is case sensitive and must be at least 6 characters in length. It cannot have blank spaces and only letters (A-Z or a-z) and numbers (0-9) are allowed to be entered.	Su nombre de usuario es único para usted y es sensible a las mayúsculas y minúsculas y debe tener al menos 6 caracteres de longitud. No puede tener espacios en blanco y solo puede ingresar letras (A-Z o a-z) y números (0-9).	用戶名對您來說是唯一的，區分大小寫，長度至少應為6個字符。不能有空格，只能輸入字母（A-Z或a-z）和數字（0-9）。	Օգտանունը պետք է լինի Ձեզ համար յուրահատուկ, այն զգայուն է տառերի ընտրության մեջ և առնվազն պետք է բաղկացած լինի 6 նիշից: Այն չի կարող ունենալ դատարկ տարածքներ, միայն տառեր (A-Z կամ a-z) և թվեր (0-9) են թույլատրվում մուտքագրել:
	Static Text	Your password is case sensitive and must contain a combination of letters (A-Z or a-z) and at least two numbers (0-9). It must be between 8 and 32 characters in length.	Su contraseña distingue entre mayúsculas y minúsculas y solo puede contener letras (A-Z or a-z) y contener al menos 2 números (0-9). Debe tener entre 8 y 32 caracteres de longitud.	您的密碼區分大小寫，只能包含字母（A-Z 或 a-z）和數字（0-9）。它的長度必須介於 8 到 32 個字符之間。	Ձեր գաղտնաբառը զգայուն է ընտրության մեջ և կարող է պարունակել միայն տառեր (A-Z կամ a-z) և թվեր (0-9): Այն պետք է պարունակի 8-ից 32 նիշ:
	Field - Check box	Show Password	Muestre su contraseña	顯示密碼	Ցույց տալ գաղտնաբառը
	Static Text	It is recommended that providers and recipients each have their own separate email account. Email will be used for IHSS website emails, User Name retrieval and Password reset.	Es recomendable que los proveedores y beneficiarios tengan su propia cuenta de correo electrónico. El correo electrónico será utilizado para obtener correos electrónicos del sitio web del IHSS, recuperación del nombre de usuario y restablecimiento de la contraseña.	我們建議看護人和受看護人各自擁有自己的獨立電子郵件帳戶。電子郵件將用於IHSS網站電子郵件，用戶名檢索和密碼重置。	Խորհուրդ է տրվում, որ մատակարարներն ու ստացողներն ունենան իրենց առանձին էլ.փոստի հաշիվը: Ձեր էլ.փոստի հասցեն կօգտագործվի՝ IHSS-ի կայքի էլ. նամակները ստանալու, օգտանունի որոնման և գաղտնաբառի վերականգնման համար:
	Button	Next	Atrás	後退	Նախորդ
	Button	Back	Siguiente	下一步	Հաջորդ
	Error Message	It appears that you are using non-English characters, please switch to English.	Parece que usted está usando caracteres que no son en Inglés, por favor cambie a Inglés.	呈現您使用的不是英文字符，請轉 換到英文。	Դուք օգտագործում եք ոչ անգլերեն տառեր, խնդրում ենք փոխել անգլերենի:
	Error Message	User Name must have at least 6 characters.	El nombre de usuario tiene que contener por lo menos 6 caracteres.	用戶名必須至少包含6個字符。	Օգտանունը պետք է առնվազն 6 նիշ պարունակի:
	Error Message	User Name cannot have blank spaces.	El nombre de usuario no puede tener espacios en blanco.	用戶名不能有空格	Օգտանունը չի կարող ունենալ դատարկ տարածք տառերի միջև:

	Error Message	User Name cannot have spaces or special characters. You are only allowed to enter letters (A-Z or a-z) or numbers (0-9).	El nombre de usuario no puede tener espacios ni caracteres especiales. Solo se le permite ingresar letras (A-Z o a-z) o números (0-9).	用戶名不能有空格或特殊字符。您只能輸入字母（A-Z 或 a-z）或數字（0-9）。	Օգտանունը չի կարող ունենալ բաց տարածություն կամ հատուկ նշաններ: Ձեզ թույլատրվում է մուտքագրել միայն տառեր (A-Z կամ a-z) կամ թվեր (0-9):
	Error Message	User Name already exists. If you have not registered before please select a different user name.	El nombre de usuario ya existe. Si usted no se ha inscrito anteriormente, por favor escoja un nombre de usuario distinto.	用戶名已存在。如果您以前沒有註冊，請選擇另一個用戶名。	Օգտանունն արդեն գոյություն ունի: Եթե նախկինում չեք գրանցվել, խնդրում ենք մեկ այլ օգտանուն ընտրել:
	Error Message	This User account has been inactivated. Please, contact your County IHSS office for further assistance.	Esta cuenta de usuario ha sido inactivada. Por favor, comuníquese con la oficina del condado de IHSS para más ayuda.	此用戶帳戶已被禁用。請聯繫您的IHSS辦公室尋求進一步的幫助。	Այս օգտվողի հաշիվն անգործունակ է: Խնդրում ենք, դիմեք Ձեր Վարչաշրջանի IHSS գրասենյակին աջակցության համար:
	Error Message	Password must contain letters and numbers only.	La contraseña tiene que contener letras y números solamente.	密碼只能包含字母和數字。	Գաղտնաբառը պետք է պարունակի միայն տառեր և թվանշաններ:
	Error Message	Password must be at least 8 characters in length.	La contraseña tiene que contener por lo menos 8 caracteres.	密碼長度必須至少為8個字符	Գաղտնաբառը պետք է պարունակի առնվազն 8 նիշ:
	Error Message	Password cannot be more than 32 characters in length.	La contraseña no puede contener más de 32 caracteres.	密碼長度不能超過32個字符。	Գաղտնաբառը չի կարող լինել ավելի քան 32 նիշ:
	Error Message	Password must contain at least 2 numbers.	La contraseña tiene que contener por lo menos 2 números.	密碼必須至少包含2個數字。	Գաղտնաբառը պետք է պարունակի առնվազն 2 թվանշան:
	Error Message	Password does not match.	La contraseña no corresponde.	密碼不對。	Գաղտնաբառը չի համապատասխանում:
	Error Message	Enter a valid email address.	Ingrese un correo electrónico válido.	填入一個有效的電子郵件地址	Մուտքագրեք ճշգրիտ էլ. փոստի հասցե:
	Error Message	Email address does not match.	El correo electrónico no corresponde.	電子郵件地址不匹配。	Էլ. փոստի հասցեն չի համընկնում:
Register (step 3)	Screen Title	**Register**	**Registro**	**註冊**	**Գրանցվել**
	Static Text	It is important that the questions and answers that you choose are hard for others to guess, but easy for you to remember. Your responses are not case sensitive and cannot have special characters. You are only allowed to enter letters (A-Z or a-z) or numbers (0-9).	Es importante que las preguntas y las respuestas que usted elija sean difícil de adivinar para otras personas, pero fácil de recordar para usted. La respuesta de seguridad no distinguen entre mayúsculas y minúsculas y no pueden tener caracteres especiales. Solo se le permite ingresar letras (A-Z o a-z) o números (0-9).	請注意您選擇的問題和答案應該是很難讓別人猜到，但很容易讓您記住。安全答案不区分大小写，并且不能包含特殊字符。您只能輸入字母（A-Z 或 a-z）或數字（0-9）。	Կարևոր է, որ ձեր ընտրած հարցերն ու պատասխանները դժվար գուշակելի լինեն ուրիշների համար, սակայն դուք դրանք հեշտ հիշեք: Հետևյալ համարի՝ անվտանգության հարցի պատասխանը չի զգայուն է տառերի ընտրության մեջ և չի կարող ունենալ հատուկ նշաններ: Ձեզ թույլատրվում է մուտքագրել միայն տառեր (A-Z կամ a-z) կամ թվեր (0-9):
	Static Text	Security questions and answers will be used to help you reset your Password.	Las preguntas y respuestas de seguridad serán usadas para ayudarle a restablecer su contraseña.	安全問題和答案將用於幫助您重置密碼。	Անվտանգության հարցերն ու պատասխանները կօգտագործվեն, Ձեր գաղտնաբառը վերականգնելու համար:
	Dropdown Value	Please Select One	Por favor seleccione uno	請選擇一項	Խնդրում ենք ընտրել մեկը
SecurityQuestions	Field Text	Answer	Respuesta	答案	Պատասխան
SQEN01	Code Value	What was your childhood nickname?	¿Cuál era su apodo de niño?	您童年時的暱稱是什麼?	Ինչպե՞ս էր ձեր մանկական մականունը:
SQEN02	Code Value	What was the color of your first car?	¿De qué color era su primer coche?	您第一部車是什麼顏色的?	Ի՞նչ գույնի էր ձեր առաջին ավտոմեքենան:
SQEN03	Code Value	What was the name of your first pet?	¿Cuál era el nombre de su primer mascota?	您第一隻寵物的名字叫什麼?	Ինչպե՞ս էր ձեր առաջին ընտանեկան կենդանու անունը:
SQEN04	Code Value	What are the last 5 digits of your driver's license number?	¿Cuáles son los últimos 5 números de su licencia de conducir?	您駕駛執照的最後五位數字是什麼?	Որո՞նք են ձեր վարորդական իրավունքի վերջին 5 թվանիշները:
SQEN05	Code Value	What is the middle name of your oldest child?	¿Cuál es el segundo nombre de su hijo mayor?	您的第一個孩子的中間名是什麼?	Ինչպե՞ս է ձեր մեծ երեխայի միջին անունը:
SQEN06	Code Value	What is the name of the street you grew up on?	¿Cómo se llama la calle donde usted creció?	您小時候成長的街道名稱是什麼?	Ինչպե՞ս է կոչվում ձեր մանկության փողոցը:
SQEN07	Code Value	What school did you attend for sixth grade?	¿A qué escuela asistía en sexto grado?	您六年級時就讀於哪所學校?	Ո՞ր դպրոցն եք հաճախել վեցերորդ դասարանում:
SQEN08	Code Value	What year did you graduate from High School?	¿En qué año se graduó de la escuela secundaria?	您在哪一年高中畢業?	Ո՞ր տարում եք ավարտել ավագ դպրոցը:
SQEN09	Code Value	In what city did you meet your spouse/significant other?	¿En qué ciudad conoció a su esposo/esposa o persona	您在哪座城市遇見了您的配偶/另一半?	Ո՞ր քաղաքում եք հանդիպել ձեր ամուսնուն/երկրորդ կեսին:

			especial?		
SQEN10	Code Value	What is your grandmother's maiden name?	¿Cuál es el apellido de soltera de su abuela?	您的祖母的婚前姓氏是什麼?	Ինչպե՞ս է ձեր տատիկի օրիորդական ազգանունը:
SQEN11	Code Value	What was your favorite sport in High School?	¿Cuál era su deporte preferido en la escuela secundaria?	您高中時最喜歡哪一項運動?	Ո՞րն էր ձեր սիրած սպորտն ավագ դպրոցում:
SQEN12	Code Value	What is the name of the High School you graduated from?	¿Cuál es el nombre de la escuela secundaria de donde se graduó?	您畢業於哪所高中?	Ինչպե՞ս է կոչվում ձեր ավարտած ավագ դպրոցը:
SQEN13	Code Value	In what city were you born?	¿En qué ciudad nació?	您出生於哪座城市?	Ո՞ր քաղաքում եք ծնվել:
SQEN14	Code Value	What is the street number of the house you grew up in?	¿Cuál es el número de la casa en la que creció?	您小時候成長的街道門牌號是?	Ո՞րն է ձեր մանկության տան համարը:
SQEN15	Code Value	What is your favorite color?	¿Cuál es su color preferido?	您最喜歡什麼顏色?	Ո՞րն է ձեր սիրելի գույնը:
	Button	Next	Atrás	後退	Նախորդ
	Button	Back	Siguiente	下一步	Հաջորդ
	Error Message	Security Question cannot be blank.	La pregunta de seguridad no puede estar en blanco.	安全問題不能為空。	Անվտանգության հարցը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Security Answer <Variable 1, 2, 3> cannot be blank.	La respuesta de seguridad <Variable 1, 2, 3> no puede estar en blanco.	安全答案 <Variable 1, 2, 3> 不能為空。	Հետևյալ համարի՝ <Variable 1, 2, 3> , անվտանգության հարցի պատասխանը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Security Answer <Variable 1, 2, 3> cannot have special characters. You are only allowed to enter letters (A-Z or a-z) or numbers (0-9).	La respuesta de seguridad <Variable 1, 2, 3> no puede tener caracteres especiales. Solo se le permite ingresar letras (A-Z o a-z) o números (0-9).	安全答案 <Variable 1, 2, 3> 不能有特殊字符。您只能輸入字母（A-Z 或 a-z）或數字（0-9）。	Հետևյալ համարի՝ <Variable 1, 2, 3> անվտանգության հարցի պատասխանը չի կարող պարունակել հատուկ նշաններ: Ձեզ թույլատրվում է մուտքագրել միայն տառեր (A-Z կամ a-z) կամ թվեր (0-9):
Register (step 4)	Screen Title	**Register**	**Registro**	**註冊**	**Գրանցվել**
	Static Text 1/4	An email has been sent to your registration email address.	Se ha enviado un correo electrónico de registro a su dirección de correo electrónico.	註冊電子郵件已發送到您的電子郵件地址。	Գրանցման վերաբերյալ նամակ է ուղարկվել Ձեր էլ.փոստի հասցեին:
	Static Text 2/4	Check your email and follow the steps in the email to verify your account.	Revise su correo electrónico y siga los pasos incluidos para verificar su cuenta.	請檢查您的電子郵件並按照包含的步驟驗證您的帳戶.	Խնդրում ենք ստուգել Ձեր էլ: փոստը և հետևել ներառված քայլերին՝ Ձեր հաշիվը հաստատելու:
	Static Text 3/4	You have <XX> minutes remaining to complete this final step.	Le quedan <XX> minutos para completar este paso final.	您還有 <XX> 分鐘的時間來完成這最後一步。	Դուք ունեք <XX> րոպե այս վերջին քայլն ավարտելու համար:
	Static Text 4/4	You may close this browser tab or click the Return to Login button.	Puede cerrar esta página de forma segura o seleccionar el botón Volver a iniciar sesión.	您可以安全地關閉此標籤或選擇返回登錄按鈕。	Դուք կարող եք ապահով կերպով փակել այս ներդիրը կամ ընտրել Վերադառնալ մուտքագրմանը կոճակը:
	Button	Return to Login	Volver a iniciar sesión	返回登錄	Վերադառնալ մուտքագրմանը
Register (step 5)	Screen Title	**Register**	**Registro**	**註冊**	**Գրանցվել**
	Field Name	**User Name**	**Nombre de usuario**	**用戶名**	**Օգտանուն**
	Static Text	User Name is case sensitive.	El nombre de usuario es sensible a las mayúsculas.	用戶名區分大小寫	Օգտանունը զգայուն է տառերի ընտրության մեջ
	Field Name	**Password**	**Contraseña**	**密碼**	**Գաղտնաբառ**
	Field - Check box	Show Password	Muestre su contraseña	顯示密碼	Ցույց տալ գաղտնաբառը
	Static Text	Password is case sensitive.	La contraseña es sensible a las mayúsculas.	密碼區分大小寫	Գաղտնաբառը զգայուն է տառերի ընտրության մեջ
	Field Name	**User Verification**	**Verificación del usuario**	**用戶驗證**	**Օգտվողի վավերացում**
	Check Box	By clicking this box, you are verifying that you are the recipient, or a representative who is authorized to act on behalf of the recipient.	Al hacer clic en esta caja, usted está verificando que usted es el beneficiario, o un representante que está autorizado a actuar en nombre del beneficiario.	單擊此框，您確認自己是受看護人，或者是被授權代表受看護人。	Սեղմելով այս վանդակը, Դուք հաստատում եք, որ Դուք ստացող եք, կամ լիազորված անձ՝ ով կարող է հանդես գալ ստացողի անունից:
	Button	Return to Login	Volver a iniciar sesión	返回登錄	Վերադառնալ մուտքագրմանը
	Error Message	User Name, Password, or Security Question is incorrect.	El nombre de usuario, la contraseña o la pregunta de seguridad son incorrectos.	用戶名、密碼或安全問題不正確。	Օգտանունը, գաղտնաբառը կամ անվտանգության հարցը սխալ է:

	Error Message	Registration and account verification cannot be completed. Please select 'Return to Login' button to the IHSS Electronic Services Portal to begin the registration process.	El registro y la verificación de la cuenta no se pueden completar. Seleccione 'Volver a iniciar sesión' y regrese a la página web del IHSS Electronic Services Portal para iniciar el proceso de inscripción.	無法完成註冊和帳戶驗證。 請選擇 “返回登錄” 並返回 IHSS Electronic Services Portal開始註冊過程。	Գրանցումը և հաշվի հաստատումը հնարավոր չէ կատարել: Խնդրում ենք ընտրել «Վերադառնալ մուտքագրմանը» և ենք վերադառնալ IHSS Electronic Services Portal՝ գրանցման գործընթացը սկսելու համար:
	Error Message	The Verify Account and Create New Password link has expired. This link was only valid for <variable – configuration value: XXXX> minutes. Password reset cannot be completed. Please return to the IHSS Electronic Services Portal to begin the password reset process.	El enlace para verificar la cuenta y para crear una nueva contraseña ha caducado. El enlace solo fue válido por <variable – configuration value: XXXX> minutos solamente. No se puede completar el cambio de la contraseña. Por favor regrese a la página web del IHSS Electronic Services Portal para iniciar el proceso de cambiar la contraseña.	安全問題和重設新密碼的連接已過期。連接的有效期為<variable – configuration value: XXXX>分鐘。無法完成密碼重設。請返回 IHSS Electronic Services Portal 開始密碼重設程序 。	Հաշիվը հաստատելու և Նոր գաղտնաբառ ստեղծելու հղումը սպառվել է: Այս հղումն ակտիվ է միայն <variable – configuration value: XXXX> րոպե: Գաղտնաբառի փոփոխությունը չի կարող իրականացվել: Խնդրում ենք վերադառնալ IHSS Electronic Services Portal՝ գաղտնաբառը փոխելու գործընթացը սկսելու համար:
	Pop-up Static Text	Your communication preference for reviewing timesheets is currently "Telephone". Would you like to change your preference to "Email" now? Otherwise, you can change it later from the My Preferences screen in ESP.	Su preferencia de comunicación para revisar las hojas de tiempo es actualmente "Teléfono". ¿Le gustaría cambiar su preferencia a "Correo electrónico" ahora? De lo contrario, puede cambiarlo más tarde desde la pantalla Mis preferencias en ESP.	您查看工時單的通信偏好目前是 “電話” 。您想現在將您的偏好更改為 “電子郵件” 嗎？否則，您可以稍後從 ESP 的 “我的偏好” 屏幕更改。	Ժամացուցակների վերանայման Ձեր հաղորդակցման նախընտրությունը ներկայումս «Հեռախոսային» է: Արդյոք կցանկանա՞ք այժմ փոխել Ձեր նախընտրությունը «Էլ.փոստի»: Եթե ոչ, հետագայում Դուք կարող եք փոխել այն ESP-ի Իմ Նախընտրությունները էկրանից:
	Error Message	Password cannot be blank.	La contraseña no puede estar en blanco.	密碼不能為空。	Գաղտնաբառը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Security Answer cannot be blank	La respuesta de seguridad no puede estar en blanco.	安全答案不能為空。	Հետևյալ համարի՝, անվտանգության հարցի պատասխանը չի կարող դատարկ լինել:

DSD Appendix D/Forgot User Name or Password

CI
CI-822527 - DSD TRAN Forgot User Name or Password IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Hyperlinks to section	Screen Title	**Forgot your User Name or Password**	**Olvidó su Nombre de usuario o contraseña**	**忘記您的 用戶名字 或密碼**	**Մոռացել եք Ձեր Օգտանունը կամ Գաղտնաբառը**
	Static Text	**Get User Name**	**Obtener el nombre de usuario**	**獲取用戶名字**	**Ստացեք Օգտանունը**
	Static Text	Please select your User Type. Then enter your Case or Provider Number and the email address you currently use for the IHSS Website. Your User Name will be sent to you.	Seleccione su tipo de usuario. A continuación, ingrese su número de caso o numero proveedor y la dirección de correo electrónico que utiliza actualmente para el sitio web de IHSS. Se le enviará su nombre de usuario.	請選擇您的用戶類型。然後輸入您的個案或看護人編號以及您當前用於 IHSS 網站的電子郵件地址。您的用戶名將發送給您。	Խնդրում ենք ընտրել, Օգտվողի տեսակը: Այնուհետև մուտքագրեք Ձեր Գործի կամ Մատակարարի համարը և Էլ.փոստի հասցեն, որը ներկայումս օգտագործում եք IHSS-ի կայքից օգտվելու համար: Ձեր օգտանունը կուղարկվի Ձեզ:
		Select Your User Type	**Seleccione el tipo de usuario**	**選擇您的用戶類型。**	**Ընտրեք Ձեր օգտագործման տեսակը**
	Dropdown Value	Please Select One	Por favor seleccione uno	請選擇一項	Խնդրում ենք ընտրել մեկը
	Code Value	Provider	Proveedor	看護人	Մատակարար
Upon Provider Choice	Field Name	**Enter Your Provider Number**	**Ingrese su número de proveedor**	**輸入您的看護人編號。**	**Մուտքագրեք Ձեր մատակարարի համարը**
	Code Value	Recipient	Beneficiario	受看護人	Ստացող
Upon Recipient Choice	Field Name	**Enter Your Case Number**	**Ingrese su número de caso**	**輸入您的個案編號。**	**Մուտքագրեք Ձեր գործի համարը**
	Field Name	**Email**	**Correo electrónico**	**電子郵件**	**Էլ. փոստ**
	Button	Send User Name	Envíe el nombre de usuario	發送用戶名。	Ուղարկեք Օգտանունը
	Button	Cancel Request	Cancelar la petición	取消請求	Չեղյալ համարել

	Error Message	Case number or email address is incorrect.	El número de caso o el correo electrónico es incorrecto.	個案編號或電子郵件地址不正確。	Գործի համարը կամ էլ.փոստի հասցեն սխալ է:
	Error Message	Provider number or email address is incorrect	El número de proveedor o el correo electrónico es incorrecto.	看護人編號或電子郵件地址不正確。	Մատակարարի համարը կամ էլ.փոստի հասցեն սխալ է:
	Error Message	Case Number cannot be blank.	El número de caso no puede estar en blanco.	個案編號不能為空。	Գործի համարը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Provider Number cannot be blank.	El número de proveedor no puede estar en blanco.	看護人編號不能為空。	Մատակարարի համարը չի կարող դատարկ լինել:
Screen (no screen title)	Static Text	**Complete User Name Reset**	**Restablecimiento completo del nombre de usuario**	**完成用戶名重置**	**Ավարտել Օգտանվան վերականգնումը**
	Static Text	An email has been sent to your email address with your User Name. Please go to this email and click on the link provided to access the IHSS Electronic Services Portal website logon screen.	Se le ha enviado un correo electrónico con su nombre de usuario. Por favor, vaya a este correo electrónico y haga clic en el enlace provisto para acceder a la pantalla de inicio de sesión del sitio web del IHSS Electronic Services Portal.	您的用戶名已被發送到您的電子郵件地址。請訪問此電子郵件，然後單擊提供的鏈接以訪問 IHSS Electronic Services Portal登錄屏幕。	Ձեր էլ.փոստի հասցեին էլ.նամակ է ուղարկվել Ձեր օգտանունով: Խնդրում ենք այցելել այս էլ.փոստը և սեղմել տրամադրված հղումը, որպեսզի կարողանաք մուտք գործել IHSS Electronic Services Portal -ի մուտքագրման էջը:
	Static Text	**Password Reset**	**Restablecimiento de contraseña**	**重設密碼**	**Գաղտնաբառի վերականգնում**
	Static Text	Please enter your User Name and the Email address you currently use for this website. User Name is case sensitive. A password reset link will be sent to you.	Introduzca su nombre de usuario y la dirección de correo electrónico que utiliza actualmente para este sitio web. El nombre de usuario distingue entre mayúsculas y minúsculas. Se le enviará un enlace para restablecer la contraseña.	請輸入您的用戶名和您當前用於本網站的電子郵件地址。用戶名區分大小寫。系統將會向您發送密碼重置連接。	Խնդրում ենք մուտքագրեք Ձեր Օգտանունը և էլ.փոստի հասցեն, որը ներկայումս օգտագործում եք այս կայքի համար: Օգտանունը զգայուն է տառերի ընտրության մեջ: Ձեզ կուղարկվի գաղտնաբառը վերականգնելու հղումը:
	Field Name	**Enter Your User Name**	**Ingrese su nombre de usuario**		**Մուտքագրեք Ձեր Օգտանունը**
	Static Text	User Name is case sensitive	El nombre de usuario es sensible a las mayúsculas	用戶名區分大小寫	Օգտանունը զգայուն է տառերի ընտրության մեջ
	Field Name	**Email**	**Correo electrónico**	**電子郵件**	**Էլ. փոստ**
	Static Text	**Password Reset Options**	**Opciones de restablecimiento de contraseña**	**密碼重置選項**	**Գաղտնաբառի վերականգնման տարբերակները**
	Static Text	There are two ways to reset your password. We can ask you to answer your security questions or send you a one-time verification code.	Hay dos formas de restablecer su contraseña. Podemos pedirle que responda a sus preguntas de seguridad o que le envíe un código de verificación de un solo uso.	有兩種方法可以重置您的密碼。回答安全問題或發送一次性驗證碼。	Ձեր գաղտնաբառը վերականգնելու երկու եղանակ կա. Մենք կարող ենք խնդրել Ձեզ պատասխանել Ձեր անվտանգության հարցերին կամ ուղարկել Ձեզ մեկանգամյա հաստատման կոդը:
	Static Text	**Select your preferred option**	**Seleccione su opción preferida**	**選擇您的偏好項**	**Ընտրեք Ձեր նախընտրած տարբերակը**
	Radio Button	Security Questions	Preguntas de seguridad	安全問題	Անվտանգության հարցեր
	Radio Button	Verification Code	Verificación en dos pasos	兩步驗證	Երկքայլ հաստատում
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ
	Button	Cancel Request	Cancelar la petición	取消請求	Չեղյալ համարել
	Error Message	User name cannot be blank.	El nombre de usuario no puede estar en blanco.	用戶名不能為空。	Օգտանունը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	User name or Email address is incorrect.	El nombre de usuario o la dirección de correo electrónico son incorrectos.	用戶名或電子郵件地址不正確。	Օգտանունը կամ էլ.փոստի հասցեն սխալ է:
	Error Message	Enter the email address in the format someone@example.com	Ingrese el correo electrónico en este formato someone@example.com	以 someone@example.com 格式輸入電子郵件地址。	Մուտքագրեք էլ.փոստի հասցեն հետևյալ ֆորմատով someone@example.com
	Error Message	Enter a valid email address	Ingrese un correo electrónico válido.	填入一個有效的電子郵件地址。	Մուտքագրեք ճշգրիտ էլ. փոստի հասցե:
Screen (no screen title)	Static Text	**Complete Password Reset**	**Restablecimiento completo de la contraseña**	**完成密碼重置**	**Ավարտել Գաղտնաբառ վերականգնումը**
	Static Text	An email has been sent to your confirmed email address. Please go to this email and click on the link provided to choose a new password. You have a limited amount of time to complete this final step.	Se le ha enviado un correo electrónico a su correo electrónico confirmado. Por favor vaya a este correo electrónico y haga clic en el enlace provisto para elegir una nueva contraseña. Tendrá una cantidad limitada de tiempo para completar este paso final.	重置密碼的電子郵件已發送到您確認的電子郵件地址。請查看電子郵件並點擊提供的鏈接以重設新密碼。您須在限定時間內完成這最後一步。	Ձեր կողմից հաստատված էլ. փոստի հասցեով Ձեզ էլ. նամակ է ուղարկվել: Խնդրում ենք բացել այս էլ. նամակն ու սեղմել տրված հղումը՝ նոր գաղտնաբառ ընտրելու համար: Դուք ունեք սահմանափակ ժամանակ այս վերջնական քայլն ավարտելու համար

DSD Appendix D/Reset & Change Password

CI
CI-822528 - DSD TRAN Reset and Change Password IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Static Text	An asterisk (*) indicates a required field.	Un asterisco (*) indica una sección obligatoria.	星號 (*) 標示必填項.	Աստղանիշը (*) ցույց է տալիս, որ պարտադիր պետք է լրացվի
Screen (no screen title)	Static Text	**Please check your email to finish the password reset.**	**Por favor revise su correo electrónico para terminar de restablecer la contraseña.**	**請檢查您的電子郵件以完成密碼重設。**	**Խնդրում ենք ստուգել Ձեր էլ. փոստը՝ գաղտնաբառի փոփոխությունն ավարտելու համար:**
	Static Text	An email has been sent to your confirmed email address. Please go to this email and click on the link provided to choose a new password. You have a limited amount of time to complete this final step.	Se le ha enviado un correo electrónico a su correo electrónico confirmado. Por favor vaya a este correo electrónico y haga clic en el enlace provisto para elegir una nueva contraseña. Tendrá una cantidad limitada de tiempo para completar este paso final.	重置密碼的電子郵件已發送到您確認的電子郵件地址。請查看電子郵件並點擊提供的鏈接以重設新密碼。您須在限定時間內完成這最後一步。	Ձեր կողմից հաստատված էլ. փոստի հասցեով Ձեզ էլ. նամակ է ուղարկվել: Խնդրում ենք բացել այս էլ. նամակն ու սեղմել տրված հղումը՝ նոր գաղտնաբառ ընտրելու համար: Դուք ունեք սահմանափակ ժամանակ այս վերջնական քայլն ավարտելու համար
	Screen Title	**Create New Password**	**Crear una nueva contraseña**	**創建新密碼**	**Ստեղծել նոր գաղտնաբառ**
	Static Text	Your password is case sensitive and must contain a combination of letters (A-Z or a-z) and at least two numbers (0-9). It must be between 8 and 32 characters in length. You cannot reuse any of your 5 previous passwords.	Su contraseña distingue entre mayúsculas y minúsculas y solo puede contener letras (A-Z or a-z) y contener al menos 2 números (0-9). Debe tener entre 8 y 32 caracteres de longitud. No puede reutilizar ninguna de sus 5 contraseñas anteriores.	您的密碼區分大小寫，只能包含字母（A-Z 或 a-z）和數字（0-9）。它的長度必須介於 8 到 32 個字符之間。 您不能重複使用您以前的 5 個密碼中的任何一個。	Ձեր գաղտնաբառը զգայուն է ընտրության մեջ և կարող է պարունակել միայն տառեր (A-Z կամ a-z) և թվեր (0-9): Այն պետք է պարունակի 8-ից 32 նիշ: Դուք չեք կարող Ձեր նախորդ 5 գաղտնաբառերից որևէ մեկը կրկին օգտագործել:
	Static Text	Then enter the answer for your security question and select Reset Password.	A continuación, ingrese la respuesta para la pregunta de seguridad y seleccione Restablecer contraseña.	然後輸入您的安全問題的答案並選擇重置密碼。	Այնուհետև մուտքագրեք Ձեր անվտանգության հարցի պատասխանը և ընտրեք Վերականգնել Գաղտնաբառը:
	Static Text	Then enter the answer for your security question and select Change Password.	A continuación, introduzca la respuesta a su pregunta de seguridad y seleccione Cambiar contraseña.	然後輸入您的安全問題的答案並選擇更改密碼。	Այնուհետև մուտքագրեք Ձեր անվտանգության հարցի պատասխանը և ընտրեք Փոխել Գաղտնաբառը:
	Field Name	**Enter New Password**	**Anotar la nueva contraseña**	**輸入新密碼**	**Մուտքագրեք Նոր Գաղտնաբառ**
	Field Name	**Confirm New Password**	**Confirmar la nueva contraseña**	**確認新密碼**	**Հաստատել նոր գաղտնաբառը**
	Field - Check box	Show Password	Muestre su contraseña	顯示密碼	Ցույց տալ գաղտնաբառը
	Button	**Reset Password**	**Restablecer la contraseña**	**重置密碼**	**Վերականգնել Գաղտնաբառը**
	Button	**Change Password**	**Cambiar la contraseña**	**更改密碼**	**Փոխել գաղտնաբառը**
	Button	**Cancel Password Change**	**Cancelar el cambio de la contraseña**	**取消密碼更改**	**Չեղյալ համարել գաղտնաբառի փոփոխությունը**
	Error Message	Password must contain a combination of letters (A-Z or a-z) and at least 2 numbers (0-9).	La contraseña debe tener contener letras (A-Z or a-z) y al menos 2 números (0-9).	您的密碼只能包含字母（A-Z 或 a-z）和數字（0-9）。	Գաղտնաբառը պետք է պարունակի միայն տառեր (A-Z կամ a-z) և թվեր (0-9):
	Error Message	Password must be at least 8 characters in length.	La contraseña tiene que contener por lo menos 8 caracteres.	密碼長度必須至少為8個字符	Գաղտնաբառը պետք է պարունակի առնվազն 8 նիշ:
	Error Message	Password does not match.	La contraseña no corresponde.	密碼不對。	Գաղտնաբառը չի համապատասխանում:
	Error Message	Password cannot be the same as any of the 5 previous passwords.	La contraseña no puede ser la misma que las ultimas 5 contraseñas.	密碼不能與之前的5個密碼中的任何一個相同。	Գաղտնաբառը չի կարող լինել վերջին 5 գաղտնաբառերից որևէ մեկը:
	Error Message	Password cannot be blank.	La contraseña no puede estar en blanco.	密碼不能為空。	Գաղտնաբառը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Confirm Password cannot be blank.	Confirme la contraseña no puede estar en blanco.	確認密碼不能為空。	Հաստատել Գաղտնաբառը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Security Answer cannot be blank.	La respuesta de seguridad no puede estar en blanco.	安全答案不能為空。	Հետևյալ համարի՝, անվտանգության հարցի պատասխանը չի կարող դատարկ լինել:
	Pop-up Message	**Your Password has been Successfully Changed.**	**Su contraseña ha sido cambiada efectivamente.**	**您的密碼已更改成功。**	**Ձեր գաղտաբառը հաջողությամբ փոխվել է:**

	Screen Title	**Password Expiration**	**Caducidad de la contraseña**	密碼到期	Գաղտնաբառի ժամկետի լրացում
	Static Text	Your password will expire in <XX> days. Please change your password.	Su contraseña se caducará en <XX> días. Por favor cambie su contraseña.	您的密碼將在<XX>天後過期。請更改您的密碼。	Ձեր գաղտնաբառի ժամկետը լրանում է <XX> օրից: Խնդրում ենք փոխել ձեր գաղտնաբառը:
	Static Text	Your password has expired. Please change your password.	Su contraseña ha expirado. Por favor cambie su contraseña.	您的密碼已經過期。請更改您的密碼	Ձեր գաղտնաբառի ժամկետը լրացել է: Խնդրում ենք փոխել Ձեր գաղտնաբառը:
	Button	**Change Password**	**Cambiar la contraseña**	**更改密碼**	**Փոխել գաղտնաբառը**

DSD Appendix D/Provider Menu

CI
CI-822529 - DSD TRAN Provider Menu IMPLEMENTED

Notes	Type	English	Spanish	Chinese	Armenian
Top-Level Menu	Menu Link	**Time Entry**	**Ingreso de tiempo**	**工時輸入**	**Ժամերի Մուտքագրում**
	Sub-menu	Timesheets	Hojas de tiempo	工時單	Ժամացուցակներ
	Sub-sub-menu	Enter Time	Ingrese tiempo	輸入工時	Մուտքագրել ժամերը
	Sub-sub-menu	Request Supplemental Timesheet	Solicitar hoja de tiempo suplemental	申請額外工時單	Պահանջել լրացուցիչ ժամացուցակ
	Sub-menu	Travel Claim	Reclamación de viajes	交通申报	Ճամփորդության հայց
	Sub-menu	Sick Leave Claim	Reclamación de tiempo de enfermedad	病假申報	Հիվանդության Բացակայության Հայց
	Sub-menu	Career Pathways	Carreras profesionales	職業培訓	Կարիերայի Ուղիներ
Top-Level Menu	Menu Link	**Financial**	**Finanzas**	**財務**	**Ֆինանսներ**
	Sub-menu	Payments	Pagos	付薪	Վճարումներ
	Sub-sub-menu	Recent Payments	Pagos recientes	最近付薪	Վերջին վճարումները
	Sub-sub-menu	Payment Search	Búsqueda de pago	付薪查詢	Վճարման որոնում
	Sub-sub-menu	Sick Leave Claim History	Historial de reclamaciones de tiempo de enfermedad	病假申報歷史	Հիվանդության Բացակայության Հայցի Պատմություն
	Sub-menu	Live-In Provider	Proveedor en vivo	住家看護人	Համատեղ բնակության մատակարար
	Sub-sub-menu	Live-In Certification	Auto-certificación	住家認證	Համատեղ բնակության վկայագիր
	Sub-sub-menu	Cancel Live-In Certification	Cancelar la auto-certificación	取消住家認證	Չեղարկել համատեղ բնակության վկայագիրը
	Sub-menu	Direct Deposit	Depósito directo	直接轉賬	Ուղղակի Ավանդ
	Sub-sub-menu	Direct Deposit Entry	Inscripción al depósito directo	直接轉賬輸入	Ողղակի Ավանդի Մուտքագրում
	Sub-sub-menu	Direct Deposit Requests	Peticiones de depósito directo	直接轉賬申請	Ուղղակի Ավանդի Հայցեր
	Sub-menu	Taxes	Impuestos	稅收	Հարկեր
	Sub-sub-menu	W-2 Forms	Formularios W-2	W-2 表格	W-2 Ձևեր
	Sub-menu	Employment/Wage Verification	Verificación de Empleo/Salario	就業/薪資驗證	Աշխատանքը/աշխատավարձը հաստատող ձև
Top-Level Menu	Menu Link	**Resources**	**Recursos**	**資源**	**Ռեսուրսներ**
	Sub-menu	What's New	Qué hay de nuevo	最新資訊	Նորություններ
	Sub-sub-menu	Sick Leave Claim FAQ	Preguntas frecuentes de la reclamación de tiempo de enfermedad	病假申報常見問題解答	Հաճախակի տրվող հարցեր հիվանդության բացակայության հայցի վերաբերյալ

Notes	Type	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Sub-sub-menu	Direct Deposit FAQ	Preguntas frecuentes del depósito directo	直接轉賬常見問題解答	Հաճախակի տրվող հարցեր Ուղղակի Ավանդի վերաբերյալ
	Sub-menu	Training	Entrenamiento	培訓	Ուսուցում
	Sub-menu	Career Pathways Training Report	Reporte de entrenamiento sobre las carreras profesionales	職業培訓報告	Կարիերայի Ուղիներ դասընթացի/ վերապատրաստման հաշվետվություն

Note:
The Account Sub-Menu and Contact Us menu item are documented as part of the header. Please refer to the Header/Footer Translations for more information.
The Privacy Policy and Notice on Collection menu items are documented as part of the footer. Please refer to the Header/Footer for more information.

DSD Appendix D/Recipient Menu

CI
CI-822530 - DSD TRAN Recipient Menu IMPLEMENTED

Notes	Type	English	Spanish	Chinese	Armenian
Top-Level Menu	Menu Link	**Timesheet Activity**	Actividad de hojas de tiempo	工時單活動	**Ժամացուցակի Գործողություններ**
	Sub-menu	Review Timesheets	Revisar hojas de tiempo	查看工時單	Վերանայել Ժամացուցակները
	Sub-menu	Timesheet History	Historial de hojas de tiempo	工時單記錄	Ժամացուցակի Պատմություն
Top-Level Menu	Menu Link	**Share of Cost Hours**	**Parte de horas de costo**	**Ծախսերի Բաժնեմասի ժամերը**	**分攤費用的時數**
Top-Level Menu	Menu Link	**Hire Provider**	**Contratar Proveedor**	**聘用看護人**	**Աշխատանքի ընդունել մատակարարին**
Top-Level Menu	Menu Link	**Resources**	**Recursos**	**資源**	**Ռեսուրսներ**
	Sub-menu	What's New	Qué hay de nuevo	最新資訊	Նորություններ
	Sub-menu	Training	Entrenamiento	培訓	Ուսուցում

Note:
The Account Sub-Menu and Contact Us menu item are documented as part of the header. Please refer to the Header/Footer Translations for more information.
The Privacy Policy and Notice on Collection menu items are documented as part of the footer. Please refer to the Header/Footer for more information.

DSD Appendix D/Provider Home

CI
CI-822555 - DSD TRAN Provider Home IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Provider Home					
	Button/Link	TIMESHEET ENTRY	Ingresar tiempo	時間表輸入	ՍԿՍԵԼ ԺԱՄԱՑՈՒՑԱԿԻ ԸՆԹԱՑՔԸ
	Button/Link	RECENT PAYMENTS	PAGOS RECIENTES	最近付款	ՎԵՐՋԻՆ ՎՃԱՐՈՒՄՆԵՐԸ
	Button/Link	WHAT'S NEW	QUÉ HAY DE NUEVO	什麼是新的	ՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
	Static Text	RECIPIENTS	BENEFICIARIOS	受看護人	ՍՏԱՑՈՂՆԵՐ
	Button/Link	See All	Ver todos	查看全部	Տեսնել բոլորին
	Button/Link	See Less	Ver menos	少見	Տեսնել ավելի քիչ
		<Recipient Name>	<Recipient Name>	<Recipient Name>	<Recipient Name>
	Static Text	Status	Estado	狀態	Կարգավիճակը
	Status	Enroll in Electronic Timesheets	Inscribirse en las hojas de tiempo electrónicas	註冊電子時間表	Գրանցվել Էլ.Ժամացուցակի Ծառայությանը
	Status	Electronic Timesheet Invitation Pending	Invitación para las hojas de tiempo electrónicas	電子時間表邀請待定	Էլեկտրոնային ժամացուցակի հրավերն ընթացքի մեջ է
	Status	Pending Recipient Enrollment	La inscripción del beneficiario está pendiente	等待受看護人註冊	Ստացողի գրանցումն ընթացքի մեջ է
	Status	Not eligible for E-timesheets at this time.	En este momento no es elegible para las hojas de tiempo electrónicas.	目前沒有資格獲得電子時間表。	Այս պահին Էլ.ժամացուցակի համար իրավասու չէ:
	Status	No Pending Payments	No hay pagos pendientes	無待付款	Սպասվող վճարներ չկան

	Static Text	LINKS AND REMINDERS	ENLACES Y RECORDATORIOS	鏈接和提醒	ՀՂՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՀԻՇԵՑՈՒՄՆԵՐ
	Button/Link	IHSS Provider Resources	Recursos para los proveedores del IHSS	IHSS 提供者資源	IHSS Մատակարարին վերաբերող նյութեր
	Button/Link	IHSS Recipient Resources	Recursos para los beneficiarios del IHSS	IHSS 受看護人資源	IHSS Ստացողին վերաբերող նյութեր
	Status	Not Registered in ESP or TTS	No está registrado en ESP o TTS	未註冊ESP或TTS	Գրանցված չէ ESP-ից կամ TTS-ից օգտվելու համար:
	Static Text	There are currently no recipients to display.	No hay beneficiarios para mostrar.	目前沒有受看護人顯示	Ներկա պահին ստացողներ չկան:
	Pop-Up Message	Do you live with this recipient?	¿Vives con este beneficiario?	您是否與受看護人同住?	Դուք ապրու՞մ եք այս ստացողի հետ:
	Pop-Up Button	Yes	Sí	是	Այո
	Pop-Up Button	No	No	否	Ոչ
Session Timeout					
Timeout Warning Pop-up	Pop-up Title	Session Timeout Warning	Advertencia de tiempo de espera de sesión	會話超時警告	Նախազգուշացում ծրագրի ժամանակահատվածի ընդհատման մասին:
	Text	Your session is about to expire. You will be logged out in <variable> seconds.	Su sesión está a punto de expirar. Se cerrará la sesión en <variable> segundos.	您的會話即將到期。您將在 <variable> 秒後被退出。	Ձեր ծրագրի ժամանակահատվածը մոտ է ավարտին: Դուք դուրս կգաք <variable> վայրկյանից:
	Static Text	Select Extend Session or dismiss this pop-up to stay logged in. If you would like to logout select Logout.	Seleccione Extender sesión o cierre esta ventana emergente para permanecer conectado. Si desea cerrar sesión, seleccione Cerrar sesión.	選擇擴展會話或關閉此彈出窗口以保持登錄狀態。如果您想退出，請選擇退出。	Ընտրեք Երկարացնել ժամանակահատվածը կամ փակեք այս բացված էկրանը՝ մուտքագրված մնալու համար: Եթե ցանկանում եք դուրս գալ, ընտրեք Ելք կոճակը:
	Button	Extend Session	Extender sesión	延長會話	Երկարացնել ժամանակահատվածը
Session Timed Out Pop-up	Pop-up Title	Session Timed Out	El tiempo de espera de la sesión se ah terminado	會話超時	Ժամանակը սպառվել է
	Static Text	You have been logged out due to inactivity. Select OK to return to the Login screen.	Se ha cerrado la sesión debido a la inactividad. Seleccione De acuerdo para volver a la pantalla de inicio de sesión.	待机过账，已被退出。選擇確定返回登錄屏幕。	Դուք դուրս եք եկել համակարգից, որովհետև գործողություն չի կատարվել: Ընտրեք Համաձայն եմ՝ Մուտքագրման էկրանին վերադառնալու համար:
	Button	Logout	Cerrar session	退出	Ելք
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ
Something Went Wrong					
	Pop-up Title	Something went wrong! You will be returned to the Login screen. If this problem continues, please contact the Help Desk between 8:00 AM and 5:00 PM, Monday through Friday, excluding major holidays, at 1-866-376-7066.	¡Algo salió mal! Volverá a la pantalla de inicio de sesión. Si este problema continúa por favor comuníquese con la línea de asistencia de hojas de tiempo electrónicas entre las 8:00 AM y 5:00 PM, de lunes a viernes, excluyendo los días festivos, al 1-866-376-7066.	出錯了！您將返回到登錄屏幕。如果問題仍然存在，請在週一至週五上午8:00到下午5:00（主要節假日除外）之間與服務台聯繫，致電1-866-376-7066選項4以獲得幫助。	Ինչ որ բան սխալ է! Դուք կվերադառնաք Մուտքագրման էկրան: Եթե այս խնդիրը շարունակվի, կարող եք զանգահարել աջակցության բաժին աշխատանքային ժամերի ընթացքում՝ Երկուշաբթիից - Ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը, 1-866-376-7066 հեռախոսահամարով:
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ

DSD Appendix D/Recipient Home

CI
CI-822556 - DSD TRAN Recipient Home IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Recipient Home					
	Button/Link	**TIMESHEET REVIEW**	**REVISIÓN DE LAS HOJAS DE TIEMPO**	**時間表審查**	**ԺԱՄԱՑՈՒՑԱԿԻ ՎԵՐԱՆԱՅՈՒՄ**

	Button/Link	**ENROLL IN ELECTRONIC TIMESHEETS**	**INSCRIBIRSE EN LAS HOJAS DE TIEMPO ELECTRÓNICAS**	**註冊電子時間表**	**ԳՐԱՆՑՎԵԼ ԷԼԵԿՏՐՈՆԱՅԻՆ ԺԱՄԱՑՈՒՑԱԿԻ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅԱՆԸ**
	Button/Link	WHAT'S NEW	QUÉ HAY DE NUEVO	什麼是新的	ՆՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ
	Static Text	PROVIDERS	PROVEEDORES	提供者	ՄԱՏԱԿԱՐԱՐՆԵՐ
	Static Text	There are currently no electronic timesheet providers to display.	Actualmente no hay proveedores con hojas de tiempo electrónicas para mostrar.	目前沒有看護人電子工時單。	Այս պահին չկան էլեկտրոնային ժամացուցակ օգտագործող մատակարարներ:
		<Provider Name>	<Provider Name>	<Provider Name>	<Provider Name>
	Status	No Timesheets to Review	No hay hojas de tiempo para revisar	沒有可以查看的工時單	Վերանայման համար Ժամացուցակներ չկա
	Status	<X> Timesheet to Review	<x> Hoja de tiempo para revisar	<x>需要查看的工時單	<x> ժամացուցակ՝ վերանայման համար
	Status	<X> Timesheets to Review	<x> Hojas de tiempo para revisar	<x>需要查看的工時單	<x> Ժամացուցակներ՝ վերանայման համար
	Action	See All	Ver todos	查看全部	Տեսնել բոլորին
	Action	See Less	Ver menos	少見	Տեսնել ավելի քիչ
	Static Text	LINKS AND REMINDERS	ENLACES Y RECORDATORIOS	鏈接和提醒	ՀՂՈՒՄՆԵՐ ԵՎ ՀԻՇԵՑՈՒՄՆԵՐ
	Button/Link	IHSS Facts Sheets	Hojas informativas sobre el IHSS	IHSS 概況說明書	IHSS-ին վերաբերող փաստարկներ
	Button/Link	IHSS Recipient Resources	Recursos para los beneficiarios del IHSS	IHSS 受看護人資源	IHSS Ստացողին վերաբերող նյութեր
Session Timeout					
Timeout Warning Pop-up	Pop-up Title	Session Timeout Warning	Advertencia de tiempo de espera de sesión	會話超時警告	Նախազգուշացում ծրագրի ժամանակահատվածի ընդհատման մասին:
	Text	Your session is about to expire. You will be logged out in <variable> seconds.	Su sesión está a punto de expirar. Se cerrará la sesión en <variable> segundos.	您的會話即將到期。您將在 <variable> 秒後被退出。	Ձեր ծրագրի ժամանակահատվածը մոտ է ավարտին: Դուք դուրս կգաք <variable> վայրկյանից:
	Static Text	Select Extend Session or dismiss this pop-up to stay logged in. If you would like to logout select Logout.	Seleccione Extender sesión o cierre esta ventana emergente para permanecer conectado. Si desea cerrar sesión, seleccione Cerrar sesión.	選擇擴展會話或關閉此彈出窗口以保持登錄狀態。如果您想退出，請選擇退出。	Ընտրեք Երկարացնել ժամանակահատվածը կամ փակեք այս բացված էկրանը՝ մուտքագրված մնալու համար: Եթե ցանկանում եք դուրս գալ, ընտրեք Ելք կոճակը:
	Button	Extend Session	Extender sesión	延長會話	Երկարացնել ժամանակահատվածը
Session Timed Out Pop-up	Pop-up Title	Session Timed Out	El tiempo de espera de la sesión se ah terminado	會話超時	Ժամանակը սպառվել է
	Static Text	You have been logged out due to inactivity. Select OK to return to the Login screen.	Se ha cerrado la sesión debido a la inactividad. Seleccione De acuerdo para volver a la pantalla de inicio de sesión.	待机过账，已被退出。選擇確定返回登錄屏幕。	Դուք դուրս եք եկել համակարգից, որովհետև գործողություն չի կատարվել: Ընտրեք Համաձայն եմ՝ Մուտքագրման էկրանին վերադառնալու համար:
	Button	Logout	Cerrar session	退出	Ելք
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ
Something Went Wrong					
	Pop-up Title	Something went wrong! You will be returned to the Login screen. If this problem continues, please contact the Help Desk between 8:00 AM and 5:00 PM, Monday through Friday, excluding major holidays, at 1-866-376-7066.	¡Algo salió mal! Volverá a la pantalla de inicio de sesión. Si este problema continúa por favor comuníquese con la línea de asistencia de hojas de tiempo electrónicas entre las 8:00 AM y 5:00 PM, de lunes a viernes, excluyendo los días festivos, al 1-866-376-7066.	出錯了！您將返回到登錄屏幕。如果問題仍然存在，請在週一至週五上午8:00到下午5:00（主要節假日除外）之間與服務台聯繫，致電1-866-376-7066選項4以獲得幫助。	Ինչ որ բան սխալ է! Դուք կվերադառնաք Մուտքագրման էկրան: Եթե այս խնդիրը շարունակվի, կարող եք զանգահարել աջակցության բաժին աշխատանքային ժամերի ընթացքում՝ Երկուշաբթիից - Ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը, 1-866-376-7066 հեռախոսահամարով:
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ

DSD Appendix D/Provider Timesheets

CI
CI-822531 - DSD TRAN Provider Timesheets IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**Provider Selection**	**Selección de proveedor**	**看護人的選擇**	**Ընտրեք Ձեր Մատակարարին**
	Dynamic - Message	There are currently no electronic timesheet providers to display.	Actualmente no hay proveedores con hojas de tiempo electrónicas para mostrar.	目前沒有看護人電子工時單。	Այս պահին չկան էլեկտրոնային ժամացուցակ օգտագործող մատակարարներ:
	Field	**Provider Number**	**Número de proveedor**	**看護人編號**	**Մատակարարի համարը**
	Dynamic - Message	No Timesheets to Review	No hay hojas de tiempo para revisar	沒有可以查看的工時單	Վերանայման համար Ժամացուցակներ չկա
	Dynamic - Message	<x> Timesheet to Review	<x> Hoja de tiempo para revisar	<x>需要查看的工時單	<x> ժամացուցակ՝ վերանայման համար
	Dynamic - Message	<x> Timesheets to Review	<x> Hojas de tiempo para revisar	<x>需要查看的工時單	<x> Ժամացուցակներ՝ վերանայման համար
	Dynamic - Message	Awaiting Recipient Enroll	En espera de la inscripción del beneficiario	等待受看護人登記	Ստացողի գրանցումն ընթացքի մեջ է
	Dynamic - Message	Timesheet Review using Telephonic System	Revisión de la hoja de tiempo usando el sistema telefónico	使用電話系統覆核工時單	Ժամացուցակի վերանայում Հեռախոսային Համակարգի միջոցով
	Screen Title	**Timesheet Review**	**Revisión de hoja de tiempo**	**查看工時單**	**Ժամացուցակի վերանայում**
	Field	**Pay Period - Payment Type**			
	Field	**Timesheet Number**	**Número de la hoja de tiempo**	**時間表編號**	**Ժամացուցակի համարը**
	Field	**Workweek <number>**	**Semana laboral <number>**	**每週工作(數字)**	**Աշխատաշաբաթ <համարը>**
	Field	**HOURS WORKED**	**HORAS TRABAJADAS**	**工作小時**	**ԱՇԽԱՏԱԾ ԺԱՄԵՐԸ**
	Field	Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday	Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado	星期日 星期一 星期二 星期三 星期四 星期五 星期六	Կիրակի Երկուշաբթի Երեքշաբթի Չորեքշաբթի Հինգշաբթի Ուրբաթ Շաբաթ
	Field	Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec	Ene. Feb. Mar. Abr. May. Jun. Jul. Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.	一月 二月 三月 四月 五月 六月 七月 八月 九月 十月 十一月 十二月	Հունվ. Փետ. Մրտ. Ապր. Մայ. Հուն. Հուլ. Օգոս. Սեպ. Հոկ. Նոյ. Դեկ.
	Field (EVV)	**START TIME**	**HORA DE COMIENZO**	**開始時間**	**ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ՍԿՍԵԼՈՒ ԺԱՄԸ**
	Field (EVV)	**END TIME**	**HORA DE SALIDA**	**結束時間**	**ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ԱՎԱՐՏԵԼՈՒ ԺԱՄԸ**
	Field (EVV)	**LOCATION**	**LUGAR DE TRABAJO**	**位置**	**ԳՏՆՎԵԼՈՒ ՎԱՅՐԸ**
	Code Value (EVV)	Home	Casa	家	Տուն
	Code Value (EVV)	Community	Comunidad	社區	Համայնք
	Code Value (EVV)	Both	Las dos	兩者	Երկուսն էլ
	Field (EVV)	**a.m.**	**a.m.**	**早上**	**a.m.**
	Field (EVV)	**p.m.**	**p.m.**	**下午**	**p.m.**
	Field	**WORKWEEK TOTAL**	**TOTAL EN LA SEMANA LABORAL**	**工作週總計**	**ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՇԱԲԱԹՎԱ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԺԱՄԵՐԸ**
	Field	**TIMESHEET TOTAL**	**TOTAL EN LA HOJA DE TIEMPO**	**時間表總計**	**ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԺԱՄԱՔԱՆԱԿԸ**
	Button	Approve Timesheet	Aprobar la hoja de tiempo	批准工時單	Հաստատեք ժամացուցակը
	Button	Reject Timesheet	Rechazar la hoja de tiempo	拒絕工時單	Մերժեք ժամացուցակը
Timesheet Provider Electronic Signature	Screen Title	**Electronic Signature**	**Firma electrónica**	**電子簽名**	**Էլ.Ստորագրություն**
<variable pay period: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY>	Static Text	**Please electronically sign <provider's Name> timesheet for**	**Por favor de firme electrónicamente el reporte de horas trabajadas de <Provider**	**請電子簽署< Provider Name> 的工時單**	**Խնդրում ենք էլեկտրոնային միջոցով ստորագրել <Provider Name>-ի ժամանակացույցը**

<variable: TimesheetType> does not need translation		**<variable pay period: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> <variable: TimesheetType>**	**Name> para <MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> <TimesheetType>**	**<MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> <TimesheetType>**	**<MM/DD/YYYY –MM/DD/YYYY> <TimesheetType>-ի համար**
	Static Text	I declare that the information on this timesheet is true and correct. I understand that any false claim may be prosecuted under Federal and State laws and that if convicted of fraud, I may also be subject to civil penalties.	Declaro que la información en esta hoja de tiempo es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier declaración falsa puede ser enjuiciada bajo las leyes federales y estatales y que, si me condenan de fraude, es posible que también esté sujeto a sanciones civiles.	我聲明這個時間表上的資訊是真實和正確的。我知道任何虛假的申報均可會被邦及州法律起訴,如被判詐騙罪,我亦可能受到民事懲罰。	Ես հաստատում եմ, որ այս ժամացուցակում ներկայացված տեղեկությունը ճշմարիտ և ճշգրիտ է: Ես հասկանում եմ, որ յուրաքանչյուր կեղծ հայտարարություն կարող է հետապնդվել դատական կարգով Դաշնային և Նահանգային օրենքների համաձայն, և եթե ես դատապարտվեմ խարդախության համար, ապա կարող եմ նաև ենթարկվել քաղաքացիաիրավական պատժամիջոցների:
	Data Element	I, <Recipient Name>, agree to the terms above	Yo, <Recipient Name>, estoy de acuerdo con los términos anteriores	本人, <Recipient Name>, 同意上述條款	Ես՝ <Recipient Name>, համաձայն եմ վերոնշյալ պայմաններին
	Data Element	I, on behalf of <Recipient Name>, agree to the terms above.	Yo, en nombre de <Recipient Name>, acepto los términos anteriores.	我代表<受看護人姓名>同意上述條款。	Ես, <Recipient Name> -ի անունից, համաձայն եմ վերը նշված պայմաններին:
	Button	Electronically Sign Timesheet & Submit for Payment	Firmar electrónicamente las hojas de tiempo y enviarlas para pago	電子簽署工時單及提交支付	Էլեկտրոնային եղանակով ստորագրեք ժամացուցակը և ուղարկեք վճարման
	Button	Cancel And Return to Timesheet	Cancelar y regresar a las hojas de tiempo	取消及返回工時單	Չեղյալ համարել և վերադառնալ ժամացուցակին
	Pop-Up Message	**The timesheet information has been submitted. A notification has been sent to the Recipient requesting electronic review of this timesheet.**	**Se ha enviado la información de la hoja de tiempo. Una notificación al sido enviada al beneficiario que solicita la revisión electrónica de esta hoja de tiempo**.	**工時單信息已提交。通知已發送，要求對該工時單進行電子審查。**	**Ժամացուցակը ներկայացվել է: Ստացողին ուղարկվել է ծանուցում՝ էլեկտրոնային եղանակով այս ժամացուցակը վերանայելու համար:**
	Pop-Up Message	**The timesheet information has been accepted. The Recipient will be contacted by telephone to review this timesheet.**	**La información de las hoja de tiempo ha sido aceptada. El beneficiario será contactado por teléfono para revisar esta parte de hoja de tiempo.**	**這時間表資訊已被接受。將通過電話聯繫受看護人審閱此時間表。**	**Ժամացուցակի տեղեկատվությունն արդեն ընդունվել է: Ստացողը կստանա հեռախոսազանգ ժամացուցակը վերանայեու համար:**
	Pop-Up Message	**A paper copy of your timesheet will be mailed to your recipient for review and signature. Please follow up with your recipient to avoid a delay in your payment.**	**Se enviará por correo una copia en papel de su hoja de tiempo a su beneficiario para su revisión y firma. Comuníquese con su beneficiario para evitar un retraso en su pago.**	**供審核和簽名的紙質工時單副本將郵寄給您的受看護人，請跟進以免延誤薪資。**	**Ձեր ժամացուցակի թղթե պատճենը կուղարկվի Ձեր ստացողին՝ վերանայելու և ստորագրելու համար: Խնդրում ենք կապի մեջ լինել Ձեր ստացողի հետ՝ վճարման հետաձգումից խուսափելու համար:**
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ
	Screen Title	**Reject Timesheet**	**Rechazar hoja de tiempo**	**拒絕工時單**	**Մերժել ժամացուցակը**
	Static Text	**Please select the checkbox below to confirm that you want to reject <Provider FirstName LastName>'s <TimesheetType> electronic timesheet for <MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY>.**	**Seleccione la casilla de verificación a continuación para confirmar que desea rechazar <Provider FirstName LastName>'s <TimesheetType> hoja de tiempo electrónica para <MM/DD/AAAA – MM/DD/AAAA>.**	**請選擇下面的複選框，以確認您想要拒絕 <Provider FirstName LastName> <MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY>的 <TimesheetType> 工時單。**	**Խնդրում ենք ընտրել ստորև նշված վանդակը՝ հաստատելու համար, որ ցանկանում եք մերժել <Provider FirstName LastName>-ի <TimesheetType> ժամացուցակը հետևյալ՝ <MM / DD / YYYY - MM / DD / YYY> ժամանակահատվածի համար:**
	Data Element	I, <Recipient FirstName LastName>, confirm that I want to reject this timesheet.	Yo, <Recipient FirstName LastName>, confirmo que quiero rechazar esta hoja de tiempo.	我, <Recipient FirstName LastName>, 確認我要拒絕此工時單。	Ես՝ < Recipient FirstName LastName >-ս, հաստատում եմ, որ ցանկանում եմ մերժել այս ժամացուցակը:
	Button	Reject Timesheet	Rechazar la hoja de tiempo	拒絕工時單	Մերժեք ժամացուցակը
	Button	Cancel And Return to Timesheet	Cancelar y regresar a las hojas de tiempo	取消及返回工時單	Չեղյալ համարել և վերադառնալ ժամացուցակին
	Pop-Up Message	**Timesheet has been rejected.**	**La hoja de tiempo ha sido rechazada.**	**工時單已被拒絕。**	**Ժամացուցակը մերժվել է:**

	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ

DSD Appendix D/Electronic TS - Timesheet Entry

CI
CI-822532 - DSD TRAN Electronic Timesheets Timesheet Entry IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Timesheet Entry	Screen Title	**Recipient Selection**	**Selección de beneficiario**	**受看護人選擇**	**Ստացողի ընտրություն**
	Static Text	**There are currently no recipients to display.**	**No hay beneficiarios para mostrar.**	**目前沒有受看護人顯示**	**Ներկա պահին ստացողներ չկան:**
	Button	Enroll in Electronic Timesheets	Inscribirse en las hojas de tiempo electrónicas	註册電子時間表	Գրանցվել Էլեկտրոնային ժամացուցակին
	Field	**Recipient ID:**	**Identificación del beneficiario:**	**受看護人ID:**	**Ստացողի գործի համարը.**
	Field	**Sent On**	**Enviado el**	**發送在**	**Ուղարկված է**
	Field	**Status**	**Estado**	**狀態**	**Կարգավիճակը**
	Field	**Amount**	**Cantidad**	**數量**	**Գումար**
	Field	**Pay Period**	**Período de pago**	**付款期**	**Վճարման ժամկետը**
	Field	**Most Recent Payment**	**Pago más reciente**	**最近付款**	**Ամենավերջին վճարը**
	Field - Status	Not Applicable	No corresponde	不適用	Ոչ կիրառելի
	Field	**Electronic Timesheet Invitation Pending**	**Invitación para las hojas de tiempo electrónicas**	**電子時間表邀請待定**	**Էլեկտրոնային ժամացուցակի հրավերն ընթացքի մեջ է**
	Field	**Pending Recipient Enrollment**	**La inscripción del beneficiario está pendiente**	**等待受看護人註册**	**Ստացողի գրանցումն ընթացքի մեջ է**
	Field	**Not eligible for E-timesheets at this time.**	**En este momento no es elegible para las hojas de tiempo electrónicas.**	**目前沒有資格獲得電子時間表。**	**Այս պահին Էլ.ժամացուցակի համար իրավասու չէ:**
	Field - Status	Not Registered in ESP or TTS	No está registrado en ESP o TTS	未註冊ESP或TTS	Գրանցված չէ ESP-ից կամ TTS-ից օգտվելու համար:
	Screen Title	**Timesheet Entry**	**Ingreso de hoja de tiempo**	**工時單輸入**	**Ժամացուցակի մուտքագրում**
	Field	**Pay Period - Timesheet Type**	**Período de pago - tipo de hoja de tiempo**	**付款期 - 時間表類型**	**Վճարման ժամկետը - Ժամացուցակի Տեսակը**
	Field	**Timesheet Number:**	**Número de la hoja de tiempo:**	**時間表編號:**	**Ժամացուցակի համարը.**
	Field	**Status:**	**Estado:**	**狀態:**	**Կարգավիճակ.**
	Code Value	Time Entry in Progress	Ingreso de tiempo en progreso	時間進入進度	Ժամաքանակի մուտքագրումը ընթացքի մեջ է
	Code Value	Waiting Recipient Review	Esperando la revisión del beneficiario	等待受看護人審閱	Սպասեք ստացողի վերանայմանը:
	Code Value	Approved by Recipient	Aprobado por el beneficiario	受看護人己批准	Հաստատված է ստացողի կողմից:
	Code Value	Rejected by County	Rechazado por el condado	被縣拒絕	Մեժված է վարչաշրջանի կողմից:
	Code Value	Rejected by Recipient	Rechazado por el beneficiario	被受看護人拒絕	Մեժված է ստացողի կողմից:
	Code Value	Processing	En proceso	處理中	Ընթացքի մեջ է
	Code Value	Submitted Early	Enviada temprano	早提交	Ներկայացվել է վաղ
	Code Value	Waiting Recipient Telephone Review	Esperando la revisión telefónica del beneficiario	等待受看護人電話審閱	Սպասվում է ստացողի հեռախոսային վերանայմանը
	Field	**Status Date:**	**Fecha de estado:**	**狀態日期:**	**Կարգավիճակը ամսաթիվը.**
	Field	**Available Hours for <month>:**	**Horas disponibles para <month>:**	**<month> 的可用小時數:**	**Հասանելի ժամեր <month> ամսվա համար.**
	Field	**Workweek <number>**	**Semana laboral <number>**	**每週工作(數字)**	**Աշխատաշաբաթ <համարը>**
	Field	Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday	Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves	星期日 星期一 星期二 星期三 星期四	Կիրակի Երկուշաբթի Երեքշաբթի Չորեքշաբթի Հինգշաբթի

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		Friday Saturday	Viernes Sábado	星期五 星期六	Ուրբաթ Շաբաթ
		Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec	Ene. Feb. Mar. Abr. May. Jun. Jul. Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.	一月 二月 三月 四月 五月 六月 七月 八月 九月 十月 十一月 十二月	Հունվ. Փետ. Մրտ. Ապր. Մայ. Հուն. Հուլ. Օգոս. Սեպ. Հոկ. Նոյ. Դեկ.
	Field	**Hours Worked:**	**Horas Trabajadas:**	**工作小時:**	**ԱՇԽԱՏԱԾ ԺԱՄԵՐԸ.**
	Field	**Hours**	**Horas**	**小時**	**Ժամեր**
	Field	**Minutes**	**Minutos**	**分鐘**	**Րոպե**
	Field (EVV Only)	**Start Time**	**Hora De Comienzo**	**開始時間**	**ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ՍԿՍԵԼՈՒ ԺԱՄԸ**
	Field (EVV Only)	**End Time**	**Hora De Salida**	**結束時間**	**ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ԱՎԱՐՏԵԼՈՒ ԺԱՄԸ**
	Field (EVV Only)	**AM**	**AM**	**AM**	**AM**
	Field (EVV Only)	**PM**	**PM**	**PM**	**PM**
	Field (EVV Only)	**Location**	**Lugar De Trabajo**	**位置**	**ԳՏՆՎԵԼՈՒ ՎԱՅՐԸ**
	Field (EVV Only)	**Start Location**	**Ubicación de inicio**	**開始位置**	**Աշխատանքը սկսելու վայրը**
	Field (EVV Only)	**End Location**	**Ubicación de salida**	**結束位置**	**Աշխատանքը Ավարտելու ժամը**
	Code Value (EVV)	Select	Seleccione	選擇	Ընտրել
	Code Value (EVV)	Home	Casa	家	Տուն
	Code Value (EVV)	Community	Comunidad	社區	Համայնք
	Code Value (EVV)	Both	Las dos	兩者	Երկուսն էլ
	Banner	Timesheet Successfully Saved	Hoja de tiempo guardada correctamente	工時單成功保存	Ժամացուցակը հաջողությամբ պահպանվել է:
	Field	**Previously Claimed Hours:**	**Horas reclamadas anteriormente:**	**先前申報的小時數:**	**Նախկինում հայցված ժամերը.**
	Field	**Workweek Total:**	**Total en la semana laboral:**	**工作週總計:**	**Աշխատանքային շաբաթվա ընդհանուր ժամերը.**
	Button	Save	Guardar	保存	Պահպանել
	Field	**Timesheet Total:**	**Total en la hoja de tiempo:**	**工時單總計:**	**Ժամացուցակի ընդհանուր ժամաքանակը.**
	Field	**H**	**H**	**小時**	**Ժ**
	Field	**M**	**M**	**分鐘**	**Ր**
	Button	Submit Timesheet	Enviar la hoja de tiempo	提交時間表	Ներկայացրեք ժամացուցակը
	Error Message	Time entry cannot be greater than 24:00.	El ingreso de tiempo no puede ser más de 24:00.	時間輸入不能大過 24：00	Մուտքագրած ժամը չի կարող գերազանցել 24: 00-ը:
	Error Message	Hours entry cannot be greater than 24.	El ingreso de horas no puede ser más de 24.	小時輸入不能大過 24	Մուտքագրած ժամաքանակը չի կարող լինել ավելի մեծ է, քան 24:
	Error Message	Minutes entry cannot be greater than 59.	El ingreso de minutos no puede ser más de 59.	分鐘輸入不能大過 59	Րոպեի մուտքագրումը չի կարող գերազանցել 59-ը:
	Error Message	Timesheet cannot be submitted with future hours.	La hoja de teimpo no se puede enviar con horas futuras.	工时单不能提交將來的工時。	Դուք չեք կարող ներկայացնել ժամացուցակն ապագա աշխատանքային ժամերով:
	Error Message	Timesheet cannot be submitted without claiming hours.	La hoja de timepo no se puede enviar sin reclamar horas.	不能在沒有申報小時數的情況下提交工時單。	Դուք չեք կարող ներկայացնել ժամացուցակն առանց աշխատանքային ժամերի պահանջի:
	Error Message	Time entry is disabled for days you are unable to claim time. Please contact your county if you need assistance.	La entrada de hora está deshabilitada durante los días que no puede reclamar la hora. Por favor comuníquese con su condado si necesita ayuda.	對於您無法申報工時的日期，時間輸入被禁用。如果您需要幫助，請聯繫您所在的郡。	Ժամերի մուտքագրումը չի աշխատի այն օրերի համար, որոնց համար Դուք չեք կարող աշխատանքային ժամեր պահանջել: Խնդրում ենք դիմել Ձեր վարչաշրջանին, եթե օգնության կարիք ունեք:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Error message cancelled by ASR Sprint 13 CM&AS. It is no longer applicable to the screen.	EVV Error Message	Start Time Hours must be between 1 and 12.	La hora de comienzo tiene que ser entre 1 y 12.	開始時間必須在1到12之間	Աշխատաժամը պետք է լինի 1-ից 12-ի միջև:
Error message cancelled by ASR Sprint 13 CM&AS. It is no longer applicable to the screen.	EVV Error Message	Start Time Minutes cannot be greater than 59.	Los minutos en la hora de comienzo no pueden ser más de 59.	開始分鐘不能大過 59	Աշխատաժամի րոպեն չի կարող լինել ավելի մեծ է, քան 59:
Error message cancelled by ASR Sprint 13 CM&AS. It is no longer applicable to the screen.	EVV Error Message	a.m. or p.m. must be selected for Start Time.	a.m. o p.m. debe ser seleccionado para la hora de comienzo.	開始時間必須選擇上午或下午	a.m. կամ p.m. պետք է ընտրվի աշխատանքի սկիզբը նշելու համար:
	EVV Error Message	Start Time cannot be blank or incomplete.	La hora de comienzo no puede estar en blanco ni incompleta.	開始時間不能空着。	Աշխատանքը սկսելու ժամը չի կարող դատարկ կամ չլրացված լինել:
Error message cancelled by ASR Sprint 13 CM&AS. It is no longer applicable to the screen.	EVV Error Message	End Time Hours must be between 1 and 12.	La hora de salida debe ser entre 1 y 12.	結束小時必須在1到12之間	Աշխատանքի ավարտի ժամերը պետք է լինեն 1-ից 12-ի միջև:
Error message cancelled by ASR Sprint 13 CM&AS. It is no longer applicable to the screen.	EVV Error Message	End Time Minutes cannot be greater than 59.	La hora de salida no puede ser más de 59.	結束分鐘不能大過 59	Աշխատանքի ավարտի րոպեները չեն կարող լինել ավելի քան 59:
Error message cancelled by ASR Sprint 13 CM&AS. It is no longer applicable to the screen.	EVV Error Message	a.m. or p.m. must be selected for End Time.	a.m. o p.m. debe ser seleccionado para la hora de salida.	結束時間必須選擇上午或下午	a.m. կամ p.m. պետք է ընտրվի աշխատանքի ավարտը նշելու համար:
	EVV Error Message	End Time cannot be blank or incomplete.	La hora de salida no puede estar en blanco ni incompleta.	結束時間不能空着。	Աշխատանքի ավարտի ժամը չի կարող դատարկ կամ չլրացված լինել:
	EVV Error Message	Location cannot be blank.	El lugar de trabajo no puede estar en blanco.	位置不能空着	Գտնվելու վայրը չի կարող դատարկ լինել:
	EVV Error Message	Start Location cannot be blank.	La ubicación de comienzo no puede estar en blanco.	開始位置不能為空。	Աշխատանքը սկսելու վայրը չի կարող դատարկ լինել:
	EVV Error Message	End Location cannot be blank.	La ubicación salida no puede estar en blanco.	結束位置不能為空。	Աշխատանքի ավարտի վայրը չի կարող դատարկ լինել:
	EVV Error Message	Hours cannot be blank.	Las horas no pueden estar en blanco.	工時數不能為空。	Ժամերը չեն կարող դատարկ լինել:
	EVV Error Message	Minutes cannot be blank.	Los minutos no pueden estar en blanco.	分鐘數不能為空。	Րոպեները չեն կարող դատարկ լինել:
	EVV Error Message	Start Time cannot be after End Time.	La hora de comienzo no puede ser después de la hora de salida.	開始時間不能在結束時間之後	Աշխատանքի սկզբի ժամը չի կարող լինել ավարտի ժամից հետո:
	EVV Error Message	Hours Worked cannot be greater than time at location.	Las horas trabajadas no pueden ser más que el tiempo en el lugar de trabajo.	工作時間不能大於在該位置的時長。	Աշխատած ժամերը չեն կարող լինել ավելին, քան գտնվելու վայրում անցկացրած ժամերը:
	EVV Error Message	Time at location cannot be less than Hours Worked.	El tiempo en la ubicación no puede ser inferior a las horas trabajadas.	在位置的時長不能少於工作時間。	Գտնվելու վայրում անցկացրած ժամերը չեն կարող պակաս լինել, քան աշխատած ժամերը:
	Pop-Up Message	**Action Required**	**Acción requerida**	**必要行動**	**Անհրաժեշտ է գործողություն կատարել.**
	Pop-Up Message	Did you live with <Recipient Name> between <Pay Period Start Date> and <Pay Period End Date>?	¿Vivió con <Recipient Name> entre <Pay Period Start Date> y <Pay Period End Date>?	您是否在 <Pay Period Start Date> 和 <Pay Period End Date> 期間與 <Recipient Name> 住在一起?	Դուք ապրե՞լ եք <Recipient Name>-ի հետ <Pay Period Start Date> և <Pay Period End Date> ժամանակահատվածի ընթացքում:
	Pop-Up Button	Yes	Sí	是	Այո

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Pop-Up Button	No	No	否	Ոչ
	Informational Pop-Up Message	As a live-in provider you can complete your certification online by accessing the Live-In Certification option located under the Financial menu. You can also contact the county or access the CDSS website to obtain a copy of the SOC 2298 Live-In Provider Certification form to complete and send in.	Como proveedor de entrada en vivo, puede completar su certificación en línea accediendo a la opción de Certificación de Proveedores en Vivo ubicada en el menú Financiero. También puede comunicarse con el condado o acceder al sitio web de CDSS para obtener una copia del formulario de Certificación de Proveedores en Vivo SOC 2298 para completar y enviar.	作爲住家看護人，現在您可以通過財務菜單在綫完成住家看護人的自我認證。您還可以聯繫郡或訪問CDSS網站以獲得SOC 2298住家看護人認證表的副本，完成后寄回。	Որպես ստացողի հետ համատեղ բնակվող մատակարար՝ Դուք կարող եք կատարել Ձեր վավերացումն առցանց՝ մուտք գործելով և ընտրելով Ֆինանսներ ընտրացանկում տեղակայված Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագրի տարբերակը: Դուք կարող եք նաև կապվել Ձեր վարչաշրջանի հետ կամ մուտք գործել CDSS կայքէջը՝ SOC 2298 Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագրի ձևը լրացնելու և ուղարկելու համար:
Timesheet Validation Messages screen (un-named)		**Please Note:**	**Tenga en cuenta:**	**請注意:**	**Խնդրում ենք նկատի ունենալ.**
	Static Text	**You can continue submitting your timesheet or you can cancel submit to edit the timesheet.**	**Usted puede continuar enviando su hoja de tiempo o puede cancelar para corregir la hoja de tiempo.**	**您可以繼續提交您的時間表或您可以取消提交而去編輯這時間表。**	**Դուք կարող եք շարունակել ներկայացնել Ձեր ժամացուցակը կամ կարող եք դադարեցնել և ուղղումներ կստարել:**
	Button	Continue Submitting Timesheet	Continuar enviando la hoja de tiempo	繼續提交工時單	Շարունակեք ներկայացնել ժամացուցակը
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Code Value	The hours claimed on this timesheet exceed the available hours. The excess hours will not be paid.	Las horas reclamadas en esta hoja de tiempo exceden las horas disponibles. El exceso de horas no se pagará.	這時間表上報銷的小時超過了可用的小時。這多餘的小時將不會付款。	Այս ժամացուցակում ներկայացված ժամերը գերազանցում են հասանելի ժամերը: Ավելորդ ժամերը չեն վճարվի:
	Code Value	The hours claimed on this timesheet are more than 70% of the Recipient's monthly authorized hours.	Las horas reclamadas en esta hoja de tiempo son más del 70% de las horas autorizadas mensuales del beneficiario.	這時間表上報銷的小時多過受看護人每個月受權小時的70% 。	Այս ժամացուցակում ներկայացված ժամերը 70%-ով ավելի են քան ստացողի ամսական լիազորված ժամերը:
	Code Value	This timesheet is being submitted before the end of the pay period. This timesheet will be processed on the first business day of the upcoming pay period.	Esta hoja de tiempo está siendo enviada antes del final del periodo de pago. Esta hoja de tiempo será procesada el primer día hábil del próximo periodo de pago.	這個工时单是在付款期結束之前提交。此工时单會在即將來到的付款期第一個工作日處理。	Այս ժամացուցակը ներկայացվել է մինչև վճարման ժամկետի ավարտը: Այս ժամացուցակը կվճարվի առաջիկա վարձատրության ժամանակահատվածում:
	Code Value	The hours claimed for Workweek <variable: workweek #> exceeds the amount of overtime allowed for this case. This can cause a violation.	Las horas reclamadas para semana laboral < variable: semana laboral # > excede la cantidad de horas extras permitidas para este caso. Esto puede causar una sanción.	這週申报<變量：工作週#>的工时超過了此案例允許的加班工時數。這將會導致違規。	Աշխատաշաբաթ < # >- ի համար ներկայացված ժամերը գերազանցում են այս գործի համար թույլատրված արտաժամյա ժամերի քանակը: Դա կարող է հանգեցնել խախտման:
	Code Value	Recipient telephone review required.	Se requiere revisión telefónica del beneficiario.	需要受看護人電話審閱。	Պահանջվում է հեռախոսային վերանայում ստացողի կողմից:
	Code Value	The hours claimed for workweek <X> exceeds the weekly maximum of <HH:MM>. This can cause a violation.	Las horas reclamadas para semana laboral <X> excede el máximo semanal de <HH:MM>. Esto puede causar una sanción.	工作週<X>申报的工時數超過每週最大工时数的<HH：MM>小时。這将導致違規。	Աշխատանքային շաբաթ <X>-ի համար ներկայացված ժամերը գերազանցում են շաբաթական առավելագույն ժամերի քանակը <HH:MM>: Դա կարող է հանգեցնել խախտման:
	Code Value	The hours on this timesheet exceed the overtime exemption limit. The excess hours will not be paid.	Las horas en este hoja de tiempo exceden el límite de exención de horas extras. El exceso de horas no se pagará.	此工时单上的時間超出了加班豁免限制。超出的時間將不予支付。	Այս ժամացուցակի ժամերը գերազանցում են արտաժամյա ժամերի քանակին: Ավելորդ ժամերը չեն վճարվի:
	Code Value	Hours are entered for dates no longer eligible for payment. These hours will not be paid.	Las horas son ingresadas para fechas que ya no son elegibles para pago. Estas horas no serán pagadas.	對應日期的輸入工時已不再符合付款資格。這些工時將無法支付。	Այս օրերի համար մուտքագրված ժամերն այլևս իրավասու չեն վճարման: Հավելյալ ժամերը չեն վճարվի:
Code value displays on the Validation pop-up. The Informational message displays on the Time Entry screen.	Code Value/Informational Message	You are unable to claim more than 24 hours worked in one day across multiple recipients. Ineligible hours will not be paid.	No puede reclamar más de 24 horas trabajadas en un día entre varios beneficiarios. Las horas no elegibles no serán pagadas.	您不可以在一天内為多位受看護人工作超過 24 小時。不符合資格的時間將不支付。	Դուք չեք կարող օրվա ընթացքում 24 ժամից ավելի աշխատել բազմաթիվ ստացողների մոտ: Ավել հայցված ժամերը չեն վճարվի:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**Timesheet Electronic Signature**	**Firma electrónica de hoja de tiempo**	**工時單電子簽名**	**Ժամացուցակի Էլեկտրոնային Ստորագրություն**
<variable pay period: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> <variable: TimesheetType> does not need translation	Static Text	Please electronically sign your timesheet for <variable pay period: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> <variable: TimesheetType>	Por favor, firme electrónicamente su hoja de tiempo para < variable período de pago: mm/dd/yyyy – mm/dd/yyyy > < variable: TimesheetType >	請電子簽名您的時間表<變量: 付款期: MM/DD/YY - MM/DD/YY><變量: 時間表類型>	Խնդրում ենք էլեկտրոնային եղանակով ստորագրել Ձեր ժամացուցակը < MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY>-ի համար
	Static Text	I declare that the information on this timesheet is true and correct. I understand that any false claim may be prosecuted under Federal and State laws and that if convicted of fraud, I may also be subject to civil penalties.	Declaro que la información en esta hoja de tiempo es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier declaración falsa puede ser enjuiciada bajo las leyes federales y estatales y que, si me condenan de fraude, es posible que también esté sujeto a sanciones civiles.	我聲明這個時間表上的資訊是真實和正確的。我知道任何虛假的申報均可會被邦及州法律起訴,如被判詐騙罪,我亦可能受到民事懲罰。	Ես հաստատում եմ, որ այս ժամացուցակում ներկայացված տեղեկությունը ճշմարիտ և ճշգրիտ է: Ես հասկանում եմ, որ յուրաքանչյուր կեղծ հայտարարություն կարող է հետապնդվել դատական կարգով Դաշնային և Նահանգային օրենքների համաձայն, և եթե ես դատապարտվեմ խարդախության համար, ապա կարող եմ նաև ենթարկվել քաղաքացիաիրավական պատժամիջոցների:
	Data Element	I, <Provider Name>, agree to the terms above	Yo, < nombre de proveedor >, acepto los términos anteriores	我, <提供者名字>, 同意以上條款	Ես, <Մատակարարի անունը>, համաձայն եմ վերոնշյալ պայմաններին
	Code Table	ETimesheetTypeDesc	ETimesheetTypeDesc		
	Button	Electronically Sign Timesheet & Submit for Recipient Review	Firmar electrónicamente la hoja de tiempo y enviar para revisión del beneficiario.	電子簽名時間表和提交受看護人審閱	Էլեկտրոնային եղանակով ստորագրեք ժամացուցակը և ներկայացրեք ստացողի վերանայմանը
	Button	Cancel Submit	Cancelar	取消提交	Չեղարկել ծանուցումը
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ
	Notification	The timesheet information has been submitted. An email has been sent to the Recipient requesting electronic review of this timesheet.	Se ha enviado la información de hoja de tiempo. Se ha enviado un correo electrónico al beneficiario que solicita la revisión electrónica de este hoja de tiempo	這時間表資訊已提交。電子郵件已發送給受看護人, 要求電子審閱這時間表。	Ժամացուցակի տվյալներն արդեն ներկայացվել են: Էլ.նամակ է ուղարկվել ստացողին, որպեսզի այս ժամացուցակը վերանայի էլեկտրոնային եղանակով:
	Notification	Timesheet has already been submitted.	La hoja de tiempo ya fue entregada.	工時單已經提交。	Ժամացուցակն արդեն ներկայացվել է:
	Notification	Timesheet has already been reviewed.	La hoja de tiempo ya fue revisada.	工時單已被審核。	Ժամացուցակն արդեն վերանայվել է:
	Notification	The timesheet information has been accepted. The Recipient will be contacted by telephone to review this timesheet.	La información de las hoja de tiempo ha sido aceptada. El beneficiario será contactado por teléfono para revisar esta parte de hoja de tiempo.	這時間表資訊已被接受。將通過電話聯繫受看護人審閱此時間表。	Ժամացուցակի տեղեկատվությունն արդեն ընդունվել է: Ստացողը կստանա հեռախոսազանգ ժամացուցակը վերանայեու համար:
	Notification	“The timesheet information has been accepted, however, this recipient is not registered to approve Electronic Timesheets. Please contact your recipient.”	"La información de la hoja de tiempo se ha aceptado, sin embargo, este beneficiario no está registrado para aprobar las hojas de tiempo electrónicas. Póngase en contacto con su beneficiario."	工作時間表資訊已被接受, 但是, 此服務領取者還沒有註冊使用電子工時表系統。請聯繫您的服務領取。	«Ժամացուցակի տվյալներն ընդունված են, սակայն, այս ստացողը գրանցված չէ Էլեկտրոնային Ժամացուցակներ հաստատելու համար: Խնդրում ենք դիմել Ձեր ստացողին»:
	Notification	This recipient is not registered to approve Electronic Timesheets. Please contact your recipient.	Este beneficiario no está registrado para aprobar las hojas de tiempo electrónicas. Póngase en contacto con su beneficiario.	此服務對象未註冊批准电子工时单。請聯繫您的服務對象。	Այս ստացողը գրանցված չէ Էլեկտրոնային Ժամացուցակները հաստատելու համար: Խնդրում ենք դիմեք Ձեր ստացողին:
Displays when using an unsupported browser	Banner	Attention! Timesheet Entry is not supported by your current web browser version. To complete this timesheet, you will need to update your web browser or switch to a supported web browser such as Microsoft Edge or Google Chrome. To learn more about switching to another free web browser visit Electronic Services Portal Help.	¡Atención! El ingreso de hoja de tiempo no es compatible con la versión actual del explorador web. Para completar esta hoja de tiempo, deberá actualizar su navegador web o cambiar a un navegador web compatible, como Microsoft Edge o Google Chrome. Para obtener más información sobre cómo cambiar a otro navegador web gratuito, visite la Ayuda del portal de servicios electrónicos.	請注意！您當前的網絡瀏覽器版本不支持工時輸入。要完成此工時單，您需要更新網絡瀏覽器或切換到適用的瀏覽器，例如 Microsoft Edge 或 Google Chrome。要了解有關切換到另一個免費網絡瀏覽器的更多信息，請訪問電子服務網站幫助。	Ուշադրություն. Ժամացուցակի մուտքագրումը չի աջակցվում Ձեր ընթացիկ վեբ բրաուզերի տարբերակի կողմից: Այս ժամացուցակը լրացնելու համար, Դուք պետք է թարմացնեք Ձեր վեբ բրաուզերը կամ անցնեք մեկ այլ աջակցվող վեբ բրաուզերի, ինչպիսիք են՝ Microsoft Edge-ը կամ Google Chrome-ը: Այցելեք Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալի Օգնություն՝ մեկ այլ անվճար վեբ բրաուզերի անցնելու մասին ավելին իմանալու համար:

DSD Appendix D/Electronic TS - Supp TS

CI
CI-822533 - DSD TRAN Electronic Timesheets Supplemental Timesheet IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Request Supplemental Timesheet:	Screen Title	**Request Supplemental Timesheet**	**Pedir una de hoja de tiempo suplemental**	**請求補充時間表**	**Պահանջել Լրացուցիչ Ժամացուցակ**
	Static Text	An asterisk (*) indicates a required field	Un asterisco (*) indica una sección obligatoria	星號 (*) 標示必填項.	Աստղանիշը (*) ցույց է տալիս, որ պարտադիր պետք է լրացվի
	Static Text	There are no recipients available for you to request a supplemental timesheet. If you feel this is not correct, please contact your county.	No hay beneficiarios disponibles para que pueda solicitar una hoja de tiempo suplemental. Si cree que esto no es correcto, póngase en contacto con su condado.	您沒有可申請補充工時單的受看護人。如果有誤，請聯繫當地辦事處。	Լրացուցիչ ժամացուցակ պահանջելու համար հասանելի ստացողներ չկան: Եթե կարծում եք, որ այս տեղեկությունը ճիշտ չէ, ապա դիմեք Ձեր վարչաշրջանին:
	Static Text	A supplemental timesheet allows you to claim additional hours when your timesheet for a pay period has already been processed.	Una hoja de tiempo suplemental le permite reclamar horas adicionales cuando su hoja de tiempo para un período de pago ya se ha procesado.	補充工時單允許您在該付款期工時單已經處理時申報額外的工時。	Լրացուցիչ ժամացուցակը թույլ է տալիս պահանջել լրացուցիչ ժամեր, երբ վճարման ժամանակահատվածի Ձեր ժամացուցակն արդեն վճարված է:
	Static Text	You can request a Supplemental Timesheet when:	Puede solicitar una hoja de tiempo suplemental cuando:	在以下情況下，您可以申請補充工時單：	Դուք կարող եք պահանջել Լրացուցիչ Ժամացուցակ, երբ.
	Static Text	A timesheet for the requested pay period and Recipient has already been processed.	Una hoja de tiempo para el período de pago solicitado y el beneficiario ya se ha procesado.	請求該付款期和受看護人的工時單已被處理。	Ստացողի ժամացուցակը հայցվող վճարման ժամանակահատվածի համար արդեն գործընթացի մեջ է:
	Static Text	You are owed additional pay for hours worked during the pay period.	Se le debe un pago adicional por las horas trabajadas durante el período de pago.	你此付款期內被拖欠額外的工資。	Դուք լրացուցիչ վարձատրության իրավունք ունեք՝ վճարման ժամանակահատվածում աշխատած ժամերի համար:
	Static Text	Supplemental Timesheet Instructions	Instrucciones de hojas de tiempo suplementales	補充工時單說明	Հրահանգներ՝ Լրացուցիչ Ժամացուցակի վերաբերյալ:
	Static Text	To request a supplemental timesheet, select a Recipient, Supplemental Timesheet Type, and Pay Period. Then select the Request Supplemental Timesheet button.	Para solicitar una hoja de tiempo suplemental, seleccione un beneficiario, tipo de hoja de timepo suplemental y período de pago. A continuación, seleccione el botón Solicitar hoja de tiempo suplemental.	要請求補充工時單，請選擇受看護人、補充工時單類型和付款期。然後選擇申請補充工時單按鈕。	Լրացուցիչ ժամացուցակ պահանջելու համար՝ ընտրեք Ստացողին, Լրացուցիչ ժամացուցակի տեսակը և վճարման ժամանակահատվածը: Այնուհետև ընտրեք Պահանջել Լրացուցիչ Ժամացուցակ կոճակը:
	Static Text	If everything was entered correctly your Supplemental Timesheet will be generated; otherwise, you will get a message that your Supplemental Timesheet could not be generated along with the reason. Please contact your county IHSS office if you need assistance.	Si todo se ingresó correctamente, se generará su hoja de tiempo suplemental; de lo contrario, recibirá un mensaje que indica que no se pudo generar su hoja de tiempo suplemental junto con el motivo. Por favor comuníquese con su condado si necesita ayuda.	如果輸入正確，您的補充工時單將被生成；否則，您將收到無法生成補充工時單的消息以及原因。如果您需要幫助，請聯繫您所在的郡。	Եթե ամեն ինչ ճիշտ է մուտքագրվել, Ձեր լրացուցիչ ժամացուցակը կստեղծվի. հակառակ դեպքում, Դուք կստանաք հաղորդագրություն, որ Ձեր լրացուցիչ ժամացուցակը չի կարող ստեղծվել, ինչպես նաև պատճառաբանություն թե ինչու: Եթե օգնության կարիք ունեք՝ խնդրում ենք դիմել Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակին:
	Field	Recipient	Beneficiario	受看護人	Ստացող
	Field	Supplemental Timesheet Type	Tipo de hoja de tiempo suplemental	補充時間表類型	Լրացուցիչ ժամացուցակի տեսակը.
	Field	Pay Period	Período de pago	付款期	Վճարման ժամկետը.
	Button	**Request Supplemental Timesheet**	**Pedir una de hoja de tiempo suplemental**	**請求補充時間表**	**Պահանջել Լրացուցիչ Ժամացուցակ**
	Button	**Cancel Request**	**Cancelar la petición**	**取消請求**	**Չեղարկել**
	Error	You must select a Supplemental Timesheet Type.	Debe seleccionar un tipo de hoja de tiempo suplemental.	您必須選擇補充工時單類型。	Դուք պետք է ընտրեք Լրացուցիչ Ժամացուցակի տեսակը:
	Error	Pay Period cannot be older than 4 years. Please contact your county if you need assistance.	El período de pago no puede ser más de 4 años. Por favor comuníquese con su condado si necesita ayuda.	付款期必須在4 年之內。如果您需要幫助，請聯繫您所在的郡。	Վճարման ժամանակահատված չի կարող լինել 4 տարուց ավելի: Խնդրում ենք դիմել Ձեր վարչաշրջանին, եթե օգնության կարիք ունեք:
	Error	You must select a Recipient.	Debe seleccionar un período de pago.	您必須選擇一個付款周期。	Դուք պետք է ընտրեք վճարման ժամանակահատվածը:
	Error	You must select a Pay Period.	Debe seleccionar un beneficario.	您必須選擇一個受看護人。	Դուք պետք է ընտրեք Ստացողին:
	Error Message	Date cannot be in a future pay period.	La fecha no puede ser un período de pago futuro.	日期不能是未來付款期。	Ամսաթիվը չի կարող լինել ապագա Վճարման ժամկետը մեջ:

Supplemental Timesheet Generated	Pop-up				
	Pop-up	Supplemental Timesheet Generated	Hoja de timepo suplemental generada	生成補充工時單	Լրացուցիչ ժամացուցակ է ստեղծվել
	Field	Supplemental Timesheet:	Hoja de tiempo suplemental:	補充時間表:	Լրացուցիչ Ժամացուցակ.
	Field	Timesheet Number:	Número de la hoja de tiempo:	時間表編號:	Ժամացուցակի համարը.
	Field	Timesheet Type	Tipo de hoja de tiempo	時間表類型	Ժամացուցակի Տեսակը
	Button	Continue to Supplemental Timesheet	Continúe a la hoja de tiempo suplemental	繼續執行補充時間表	Շարունակել Լրացուցիչ ժամացուցակի ընթացքը
Supplemental Timesheet Not Generated	Pop-up				
	Pop-up	Supplemental Timesheet Not Generated	Hoja de timepo suplemental no generada	無法生成補充工時單	Լրացուցիչ ժամացուցակ չի ստեղծվել
	Static Text	A supplemental timesheet could not be generated for the following reasons:	La hoja de tiempo suplemental no fue generada por lo siguiente:	補充時間表無法生成的原因如下:	Լրացուցիչ ժամացուցակ չի կարող թողարկվել հետևյալ պատճառով.
	Static Text	Pay Period MM/DD/YYYY to MM/DD/YYYY – No remaining hours for the requested service period. Timesheet for this pay period not issued.	Periodo de pago MM/DD/YYYY al MM/DD/YYYY-No hay horas disponibles para el periodo de pago que selecciono. La hoja de tiempo para este periodo de pago no se ha generado.	付款期MM/DD/YY到MM/DD/YY – 在請求的服務期間沒有剩餘的時間。此付款期的時間表未發出。	MM / DD / YYYY-ից մինչև MM / DD / YYYY-ը վճարման ժամակետը - Այս սպասարկման շրջանի համար օգտագործելու ժամեր չկան : Այս վճարման ժամկետի համար ժամացուցակ չի թողարկվել:
	Static Text	Pay Period MM/DD/CCYY to MM/DD/CCYY – No paid timesheets found for the requested service period. Timesheet for this pay period not issued.	Periodo de pago MM/DD/YYYY al MM/DD/YYYY-No se encontró la hoja de tiempo pagada para el periodo de pago que selecciono. La hoja de tiempo para este periodo de pago no se ha generado.	付款期MM/DD/YY到MM/DD/YY – 在請求的服務期間沒有找到已付款的時間表。此付款期的時間表未發出。	MM / DD / YYYY-ից մինչև MM / DD / YYYY-ը վճարման ժամակետը - Այս սպասարկման շրջանի համար վճարված ժամացուցակներ չկան: Այս վճարման ժամկետի համար ժամացուցակ չի թողարկվել:
	Static Text	Pay Period MM/DD/CCYY to MM/DD/CCYY – Provider is not eligible to provide services to this Recipient during the selected service period. Timesheet for this pay period not issued.	Periodo de pago MM/DD/YYYY al MM/DD/YYYY-El proveedor no es elegible para proveer servicios para el beneficiario durante el periodo de pago seleccionado. La hoja de tiempo para este periodo de pago no se ha generado.	付款期MM/DD/YY到MM/DD/YY – 在選定的服務期間, 提供者沒有資格向此受看護人提供服務,此付款期的時間表未發出。	MM / DD / YYYY-ից մինչև MM / DD / YYYY-ը վճարման ժամակետը - Այս ընտրված սպասարկման շրջանի համար մատակարարն իրավասու չէ ծառայություն մատուցելու այս ստացողին: Այս վճարման ժամկետի համար ժամացուցակ չի թողարկվել:
	Static Text	Pay Period MM/DD/CCYY to MM/DD/CCYY – Recipient is not eligible for services during the selected service period. Timesheet for this pay period not issued.	Periodo de pago MM/DD/YYYY al MM/DD/YYYY-El beneficiario no es elegible para recibir servicios durante el periodo de pago seleccionado. La hoja de tiempo para este periodo de pago no se ha generado.	付款期MM/DD/YY到MM/DD/YY - 在選定服務期間, 受看護人沒有資格獲得服務, 此付款期的時間表未發出。	MM / DD / YYYY-ից մինչև MM / DD / YYYY-ը վճարման ժամակետը - Այս ընտրված սպասարկման շրջանի համար ստացողը իրավասու չէ ծառայության: Այս վճարման ժամկետի համար ժամացուցակ չի թողարկվել:
	Static Text	Pay Period MM/DD/CCYY to MM/DD/CCYY – A supplemental timesheet for this pay period exists in your unprocessed timesheet list. Please go to time entry to complete the timesheet	Período de pago MM/DD/YYYY a MM/DD/YYYY - Una hoja de tiempo suplemental para este período de pago existe en la lista de horas no procesadas. Por favor, vaya al Ingreso de tiempo para completar la hoja de tiempo.	付款期 <MM/DD/YYYY 到 MM/DD/YYYY> - 此付款期的補充時間表存於您的未處理時間表清單中, 請到時間輸入以完成這時間表 。	MM/DD/YYY-ից մինչև MM/DD/YYY-ը վճարման ժամկետ – Այս ժամանակահատվածի համար Ձեր լրացուցիչ ժամացուցակը գտնվում է չթողարկված ժամացուցակի ցանկում: Խնդրում ենք գնալ ժամերի մուտքագրման էջը և ավարտել ժամացուցակի լրացման ընթացքը:
	Button	Return to Request Supplemental Timesheet	Regresar a la petición de hoja de tiempo suplemental	返回去請求補充時間表	Վերադառնալ Լրացուցիչ Ժամացուցակի պահանջին

DSD Appendix D/Electronic TS - Stop E-TS

The Stop E-Timesheet screen was cancelled by ASR Sprint 40 (CR1287)

The Stop Electronic Timesheets (recipient selection) screen was cancelled by CR115 - EVV Simplification

All translations on this page are obsolete and no longer valid to the system. They are maintained for historical purposes.

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Stop Electronic Timesheets (recipient selection)	Screen Title	**Stop Electronic Timesheets**	**Detener las hojas de tiempo electrónicas**	**停止電子時間表**	**Դադարեցնել էլեկտրոնային ժամացուցակները**

	Static Text	**There are currently no recipients to display.**	**No hay beneficiarios para mostrar.**	**目前沒有顯示受看護人**	**Ներկա պահին ստացողներ չկան:**
	Field	**E-Timesheet Start**	**Comienzo de las hojas electrónicas**	**電子時間表開始**	**Էլ.ժամացուցակի Սկիզբը**
	Field	**E-Timesheet End**	**El final de las hojas de tiempo electrónicas**	**電子時間表結束**	**Էլ.ժամացուցակի Վերջը**
	Field	**Recipient ID:**	**Identificación del beneficiario:**	**受看護人 ID**	**Ստացողի գործի համարը.**
	Button	Stop Electronic Timesheets	Detener las hojas de tiempo electrónicas	停止電子時間表	Դադարեցնել էլեկտրոնային ժամացուցակները
	Static Text	**Electronic Timesheet Information**	**Información de la hoja de tiempo electrónica**	**電子時間表資訊**	**Էլեկտրոնային ժամացուցակի Տեղեկատվություն**
	Field	**Stop Requested Date**	**Detener la fecha pedida**	**停止請求日期**	**ժամացուցակի դադարեցման օրը**
	Field	**Paper Timesheet Start**	**Comienzo de las hojas de tiempo en papel**	**紙質時間表開始**	**Թղթե ժամացուցակի սկիզբը**
Stop Electronic Timesheets	Screen Title	Stop Electronic Timesheets for (recipient name)	Detener las hojas de tiempo electrónicas para	停止電子時間表	Դադարեցնել էլեկտրոնային ժամացուցակները <first/last name> -ի համար
	Static Text	Important Notes:	Notas importantes:	重要說明:	Կարևոր Նշումներ.
	Static Text	You should notify your recipient that you are stopping electronic timesheets. By choosing to stop electronic timesheets for this recipient you will no longer be able to submit your timesheets electronically after the current pay period.	Usted debe notificarle a su beneficiario que decidió parar las hojas de tiempo electrónicas. Al elegir parar las hojas de tiempo electrónicas para este beneficiario usted ya no tendrá acceso a enviar su hoja de tiempo electrónica después del periodo de pago actual.	您應該通知您的受看護人您正在停止電子時間表。通過選擇為此受看護人停止電子時間表，在目前付款期後您將無法再以電子方式提交您的時間表。	Դուք պետք է տեղեկացնեք Ձեր ստացողին, որ դադարեցնում եք էլեկտրոնային ժամացուցակի օգտագործումը: Դադարեցնելով էլ. ժամացուցակի օգտագործումը այս ստացողի համար, Դուք այլևս չեք կարող ներկայացնել Ձեր ժամացուցակը էլեկտրոնային եղանակով, ընթացիկ վճարման ժամկետից հետո:
	Static Text	Paper timesheets will be mailed to you beginning with the next pay period. If you need paper timesheets for the current or any prior pay periods you can contact the County IHSS or the WPCS office for assistance.	Las hojas de tiempo en papel serán enviadas a usted por correo comenzando el siguiente periodo de pago. Si necesita una hoja de tiempo para el periodo de pago actual o algún periodo de pago anterior, usted puede llamar a la oficina del condado local del IHSS o a la oficina del WPCS para más asistencia.	紙質時間表將在下一個付款期間郵寄給您。如果您需要目前或任何先前支付期的紙質時間表，您可以聯繫縣的IHSS 或WPCS辦公室以獲得幫助。	Հաջորդ վճարման ժամկետից սկսած, Դուք կստանաք թղթե ժամացուցակներ: Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է թղթե ժամացուցակ ներկայիս կամ նախորդ վճարման ժամակետի համար, կարող եք դիմել IHSS-ի վարչաշրջան կամ WPCS- ի գրասենյակին օգնության համար:
	Static Text	Your recipient will be notified of this change if they were using the website for electronic timesheet review. If your recipient is using the Telephonic Timesheet System for review you will need to tell them you have stopped using electronic timesheets.	Su beneficiario será notificado sobre este cambio si es que el/ella está utilizando el sitio web de hojas de tiempo electrónicas para sus revisiones. Si su beneficiario está utilizando el sistema de hojas de tiempo telefónicas para sus revisiones, usted tendrá que notificarles del cambio que hizo al parar de usar las hojas de tiempo electrónicas.	如果您的受看護人使用該網站進行電子時間表審核，則他們會收到通知此更改。如果您的受看護人使用電話時間表系統進行審閱，您需要告訴他們您已停止使用電子時間表。	Ձեր ստացող(ներ)ը կտեղեկացվեն այս փոփոխության մասին, եթե նրանք օգտագործում են էլ.ժամացուցակի կայքէջը վերանայման համար: Եթե Ձեր ստացողը օգտվում է Հեռախոսային ժամացուցակի համակարգից վերանայման համար, ապա Դուք պետք է տեղեկացնեք Ձեր ստացողին, որ դադարել եք օգտագործել էլ.ժամացուցակի ծառայությունը:
	Static Text	You can enroll in electronic timesheets again by logging in and confirming that you want to enroll in electronic timesheets for this recipient.	Usted puede inscribirse para las hojas de tiempo electrónicas nuevamente al iniciar la sesión y confirmar que quiere inscribirse para las hojas de tiempo electrónicas para este beneficiario.	您想要為此受看護人註冊電子時間表，通過登入和確認您可以再次注冊電子時間表。	Դուք կարող եք կրկին գրանցվել էլեկտրոնային ժամացուցակի ծառայությանը, եթե մուտք գործեք և հաստատեք, որ ցանկանում եք գրանցվել էլ.ժամացուցակում այս ստացողի համար:
	Field	**Reason for Stopping Electronic Timesheets**	**Razón por la cual dejo de usar las hojas de tiempo electrónicas**	**停止電子時間表的理由**	**Էլեկտրոնային ժամացուցակի դադարեցման պատճառը**
StopETimesheetReason	Dropdown Value	Please Select One	Por favor seleccione uno	請選擇一項	Խնդրում ենք ընտրել մեկը.
	Code Value	Prefer Paper Timesheets	Prefiero hojas de tiempo en papel	比較喜歡紙質時間表	Գերադասելի է թղթե ժամացուցակը
	Code Value	Difficult to Use	Difícil de usar	難以使用	Դժվար է օգտագործել
	Code Value	Limited Access	Acceso limitado	有限的操作	Սահմանափակ հնարավորություն
	Code Value	Other	Otro	其他	Այլ
	Code Value	Recipient Request	Petición al beneficiario	受看護人請求	Ստացողի հայցը

	Field	**Recipient Email**	**Correo electrónico del beneficiario**	**受看護人電子郵件**	**Ստացողի էլ.փոստի հասցեն**
	Button	Confirm Stop & Notify Recipient	Confirmar la suspensión y notificar al beneficiario	確認停止並通知受看護人	Հաստատեք դադարեցումը և տեղեկացրեք ստացողին
	Button	Keep Using Electronic Timesheets	Seguir usando las hojas de tiempo electrónicas	繼續使用電子時間表	Շարունակեք օգտագործել էլեկտրոնային ժամացուցակները
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ
Stop Electronic Timesheets (all providers)	Screen Title	**Stop Electronic Timesheets for all providers**	**para todos los proveedores**	**停止看護人使用電子工時單**	**Դադարեցնել էլեկտրոնային ժամացուցակները բոլոր մատակարարների համար**
	Static Text	**Important Notes:**	**Notas importantes:**	**重要事項:**	**Կարևոր նշումներ.**
	Static Text	If you stop use of electronic timesheets, paper timesheets will be generated for your provider(s).	Si usted detiene las hojas de tiempo electrónicas, las hojas de tiempo en papel serán creadas para su(s) proveedor(es).	如果停止使用電子工時單，系統將為您的看護人提供紙張工時單。	Եթե դադարեցնում եք էլեկտրոնային ժամացուցակները, Ձեր մատակարար(ներ)ի համար ստեղծվելու են թղթե ժամացուցակներ:
	Static Text	All of your providers will be required to use paper timesheets with you effective immediately. You will need to review and sign the paper timesheets.	Se requerirá inmediatamente que todos sus proveedores usen las hojas de tiempo en papel con usted. Usted tendrá que revisar y firmar las hojas de tiempo en papel.	所有您的看護人將被要求使用紙張工時單並立即生效。您將需要審核和簽署紙張工時單。	Սկսած այս պահից՝ Ձեր բոլոր մատակարարները պետք է Ձեզ հետ օգտվեն թղթե ժամացուցակներից: Դուք պետք է ստուգեք և ստորագրեք թղթե ժամացուցակները:
	Static Text	You can enroll in electronic timesheets again by logging in and confirming that you want to enroll in electronic timesheets or you can contact the county to enroll using the Telephonic Timesheet System.	Usted puede inscribirse para las hojas de tiempo electrónicas nuevamente al iniciar la sesión y confirmar que usted quiere inscribirse para las hojas de tiempo electrónicas, o puede comunicarse con el condado para inscribirse usando el Sistema telefónico de hojas de tiempo.	您可以透過登錄再次確認並註冊電子工時單，或者您可以聯繫郡當地辦事處註冊使用電話工時單系統。	Դուք կարող եք կրկին անդամագրվել էլեկտրոնային ժամացուցակների համար՝ մուտքագրվելով այստեղ և հաստատելով, որ ցանկանում եք անդամագրվել էլեկտրոնային ժամացուցակների համար, կամ անդամագրման համար կարող եք դիմել վարչաշրջան՝ օգտվելով Ժամացուցակի Հեռախոսային Համակարգից:
	Static Text	If you want to switch to using the Telephonic Timesheet System do not stop your enrollment. Contact the county to have your electronic timesheet option changed.	Si quiere cambiar al uso del Sistema telefónico de hojas de tiempo no detenga su inscripción. Comuníquese con el condado para que le cambien su opción de las hojas de tiempo electrónicas.	如果要切換到使用電話工時單系統，則不用停止電子工時單。請聯繫郡當地辦事處，以更改您的電子工時單選項。	Եթե ցանկանում եք օգտագործել Ժամացուցակի Հեռախոսային Համակարգը, մի դադարեցրեք Ձեր անդամագրումը: Դիմեք վարչաշրջան, որպեսզի փոխեք Ձեր էլեկտրոնային ժամացուցակի տարբերակը:
	Static Text	If you want to return to paper timesheet review, please select a reason and then click the “Confirm Stop & Notify Providers” button.	Si quiere regresar a revisar las hojas de tiempo en papel, por favor seleccione una razón y luego presione el botón “Confirmar la detención y notificar a los proveedores”.	如果要返回審核紙張工時單，請選擇一個原因，然後點擊“確認停止和通知看護人”按鈕。	Եթե ցանկանում եք վերադառնալ թղթե ժամացուցակի վերանայմանը, խնդրում ենք ընտրել պատճառը, ապա սեղմել “Հաստատել Դադարեցումը և Տեղեկացնել Մատակարարներին” կոճակը:
	Field	**Reason for Stopping Electronic Timesheets**	**Razón por la cual dejo de usar las hojas de tiempo electrónicas**	**停止電子時間表的理由**	**Էլեկտրոնային ժամացուցակի դադարեցման պատճառը**
StopETimesheetReason	Dropdown Value	Please Select One	Por favor seleccione uno	請選擇一項	Խնդրում ենք ընտրել մեկը.
	Code Value	Prefer Paper Timesheets	Prefiero hojas de tiempo en papel	比較喜歡紙質時間表	Գերադասելի է թղթե ժամացուցակը
	Code Value	Difficult to Use	Difícil de usar	難以使用	Դժվար է օգտագործել
	Code Value	Limited Access	Acceso limitado	有限的操作	Սահմանափակ հնարավորություն
	Code Value	Other	Otro	其他	Այլ
	Button	Confirm Stop & Notify Providers	Confirmar la suspensión y notificar a los proveedores	確認停用並通知看護人	Հաստատեք դադարեցումը և տեղեկացրեք մատակարարներին
	Button	Keep Upsing Electronic Timsheets	Seguir usando las hojas de tiempo electrónicas	繼續使用電子時間表	Շարունակեք օգտագործել էլեկտրոնային ժամացուցակները
	Pop-up Message	**Electronic timesheets have been stopped.**	**Las hojas de tiempo electrónicas han sido detenidas.**	**電子工時單已停止使用。**	**Էլեկտրոնային ժամացուցակները դադարեցվել են:**
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ

DSD Appendix D/Enroll in E-Timesheets

The Provider Enroll in Electronic Timesheets and Recipient Enroll in Electronic Timesheets screens were cancelled by CR115 - EVV Simplification

All translations on this page are obsolete and no longer valid to the system. They are maintained for historical purposes.

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Provider Enroll in Electronic Timesheets	Screen Title	**Enroll in Electronic Timesheets**	**Inscribirse en hojas de tiempo electrónicas**	**註冊電子時間表**	**Գրանցվել Էլեկտրոնային ժամացուցակի Ծառայությանը**
	Static Text	**Electronic Timesheet Enrollment for <first/last name>**	**Inscripción en hojas de tiempo electrónica para <first/last name>**	**電子時間表註冊為 <first/last name>**	**Էլեկտրոնային ժամացուցակի գրանցում <first/last name> -ի համար**
	Static Text	You should discuss the use of electronic timesheets with your recipient. You can use electronic timesheets if your recipient agrees to participate in electronic timesheet review.	Usted debe discutir el uso de hojas de tiempo electrónicas con su beneficiario. Puede usar hojas de tiempo electrónicas si su beneficiario acepta participar en la revisión de hojas de tiempo electrónicas.	您應該與您的受看護人討論使用電子時間表。如果您的受看護人同意參加電子時間表審閱, 您則可以使用電子時間表。	Դուք պետք է քննարկեք էլեկտրոնային ժամացուցակների օգտագործումը Ձեր ստացողի հետ: Դուք կարող եք օգտվել էլեկտրոնային ժամացուցակի ծառայությունից, եթե Ձեր ստացողը համաձայն է էլեկտրոնային եղանակով վերանայել Ձեր ժամացուցակը:
	Static Text	Once your recipient agrees to participate in electronic timesheet review, you will no longer receive paper timesheets. You can stop using electronic timesheets at any time, using the Stop Electronic Timesheets option in the Menu.	Una vez que su beneficiario acepte participar en la revisión de hojas de tiempo electrónicas, ya no recibirá hojas de papel. Puede dejar de utilizar hojas electrónicos en cualquier momento, utilizando el botón Detener las hojas de timpo electrónicas.	一旦您的受看護人同意參加電子時間表審閱,您將不再收到紙質時間表。您可以使用功能表中的"停止電子時間表"選項隨時停止使用電子時間表。	Եթե Ձեր ստացողը համաձայն է էլեկտրոնային եղանակով վերանայել ժամացուցակը, ապա Դուք այլևս չէք ստանա թղթե ժամացուցակ: Կարող եք ցանկացած պահի դադարեցնել էլեկտրոնային ժամացուցակի օգտագործումը՝ ընտրացանկից ընտրելով «Դադարեցնել էլեկտրոնային ժամացուցակը» տարբերակը:
	Static Text	By clicking the Enroll button you agree to the use of electronic timesheets. If your recipient is not already enrolled an email invitation will be sent to them at the email address below. If there is no email address shown an email will be sent to you that you can take to your recipient. If your recipient is already enrolled you will receive an email confirming your enrollment and you can begin using electronic timesheets immediately.	Al hacer clic en el botón Inscribir usted acepta el uso de hojas de tiempo electrónicas. Si su beneficiario no está ya inscrito, se le enviará una invitación por correo electrónico a el correo electrónico que aparece a continuación. Si no hay correo electrónico que se muestra un correo electrónico se le enviará que usted puede llevar a su beneficiario. Si su beneficiario ya está inscrito, recibirá un correo electrónico confirmando su inscripción y podrá comenzar a usar hojas de tiempo electrónicas inmediatamente.	通過點擊註冊按鈕,您同意使用電子時間表。如果您的受看護人尚未註冊,電子郵件邀請將發送到他們下面的電子郵件地址。如果沒有電子郵件地址顯示,電子郵件將被發送給您,您可以給您的受看護人。如果您的受看護人已經註冊, 您將收到一封電子郵件, 確認您的註冊,您可以立即開始使用電子時間表。	Սեղմելով Գրանցվել կոճակը, Դուք համաձայնվում եք օգտագործել Էլեկտրոնային ժամացուցակի ծառայությունը: Եթե Ձեր ստացողը դեռևս չի գրանցվել, ապա Էլ.նամակ հրավեր կուղարկվի նրան ստորև նշված Էլ.փոստի հասցեով: Եթե Էլ.փոստի հասցե չկա լրացված, ապա Ձեզ կուղարկվի Էլ. նամակ, և Դուք այն կներկայացնեք ստացողին: Եթե Ձեր ստացողն արդեն գրանցված է, ապա կստանաք Էլ.նամակ, որը կհաստատի Ձեր գրանցումը և կարող եք անմիջապես սկսել էլեկտրոնային ժամացուցակի օգտագործումը:
	Field	Recipient Email	Correo electrónico del beneficiario	受看護人電子郵件	Ստացողի էլ. փոստի հասցեն
	Button	Enroll	Inscribirse	註冊	Գրանցվել
	Button	Cancel Enroll	Cancelar inscripción	取消註冊	Չեղարկել գրանցումը
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ
	Pop-up	**You are now enrolled in electronic timesheets.**	**Ahora está inscrito en la hojas de tiempo electrónicas.**	**您現在已註冊了電子時間表**	**Դուք այժմ գրանցված եք էլեկտրոնային ժամացուցակի ծառայությանը:**
	Pop-up	Email invitation information has been sent to you. Please check your email.	Se le ha enviado una invitación por correo electrónico. Por favor revise su correo electrónico.	電子郵件邀請資訊已發送給您。請檢查您的電子郵件。	Էլ.նամակ հրավեր է Ձեզ ուղարկվել: Խնդրում ենք ստուգել Ձեր էլ.փոստը:
	Pop-up	Email invitation has been sent to this recipient.	Se ha enviado una invitación por correo electrónico a este beneficiario.	電子郵件邀請已發送給這受看護人	Էլ.նամակ հրավեր է ուղարկվել այս ստացողին:
Recipient Enroll in Electronic Timesheets	Screen Title	**Enroll in Electronic Timesheets**	**Inscribirse en hojas de tiempo electrónicas**	**註冊電子時間表**	**Գրանցվել Էլեկտրոնային ժամացուցակի Ծառայությանը**
	Static Text	**Electronic Timesheet Enrollment**	**Inscripción para las hojas de tiempo electrónicas**	**註冊電子工時單**	**Էլեկտրոնային ժամացուցակի գրանցում**
	Static Text	One or more of your providers has requested to use electronic timesheets. By enrolling you can review and electronically sign their timesheets using this website. After you approve a timesheet, the timesheet is immediately sent for processing.	Uno o más de sus proveedores han pedido usar las hojas de tiempo electrónicas. Al inscribirse, usted puede revisar y firmar las hojas de tiempo electrónicamente usando esta página web. Después de que usted apruebe una hoja de tiempo, se enviara inmediatamente para ser procesada.	您的一個或多個看護人要求使用電子工時單。通過註冊，您可以使用本網站審查和電子簽署他們的工時單。您批准工時單後，系統會立即將工時單發送作處理。	Ձեր մատակարարներից մեկը կամ ավելին խնդրել են, որ կիրառվեն էլեկտրոնային Ժամացուցակներ: Օգտվելով այս կայքէջից, Դուք կարող եք գրանցվել և էլեկտրոնային եղանակով վերանայել և ստորագրել նրանց ժամացուցակները: Երբ Դուք հաստատեք ժամացուցակը այն անմիջապես ուղարկվում է վճարման:
	Static Text	You only need to enroll one time. You will be notified if any more of your providers enroll in electronic timesheets	Usted solamente necesita inscribirse una vez. Se le avisará si uno o más de sus proveedores se inscriben para las hojas de tiempo electrónicas.	你只需要註冊一次。如果您有更多的看護人註冊電子工時單，您將收到通知。	Դուք պետք է միայն մեկ անգամ գրանցվեք: Ձեզ կտեղեկացնեն, եթե Ձեր մյուս մատակարարները գրանցվեն էլեկտրոնային ժամացուցակների համար:
	Button	Enroll for Electronic Timesheets	Inscribirse para las hojas de tiempo electrónicas	註冊電子工時單	Գրանցվել էլեկտրոնային ժամացուցակի համար

	Button	Maybe Later	Quizá más tarde	以後再說	Միգուցե հետո

DSD Appendix D/Account

CI
CI-822536 - DSD TRAN Account IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Account Information	Screen Title	**Account Information**	**Información de la cuenta**	**帳戶資訊**	**Հաշվի Տեղեկություններ**
	Field	**Full Name:**	**Nombre y apellido:**	**全名:**	**Անուն և ազգանուն.**
		Provider Number:	**Número de proveedor:**	**提供者號碼:**	**Մատակարարի համարը.**
		Registration Date:	**Fecha de registración:**	**註冊日期:**	**Գրանցման ամսաթիվը.**
		Email Address:	**Correo electrónico:**	**電子郵件地址:**	**Էլ.փոստի հասցե.**
		Change My Password	Cambiar mi contraseña	更改我的密碼	Փոխեք իմ գաղտնաբառը
		Reset My Security Questions	Restablecer mis preguntas de seguridad	重設我的安全問題	Վերականգնեք իմ անվտանգության հարցերը
		My Preferences	Mis preferencias	我喜好	Իմ նախընտրությունները

DSD Appendix D/My Preferences

CI
CI-822537 - DSD TRAN My Preferences IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
COMMON (Recipient & Provider)					
	Screen Title	**My Preferences**	**Mis preferencias**	**我喜好**	**Իմ նախընտրությունները**
	Static Text	**IHSS Electronic Services Portal Preferred Language**	**Idioma preferido para el sitio web IHSS Electronic Services Portal**	**IHSS Electronic Services Portal 首選語言**	**IHSS Electronic Services Portal -ի նախընտրելի լեզուն**
	Static Text	Choose your preferred language for the IHSS ESP. Your selection will take affect the next time you login and will not change the language for the emails you receive. Please contact your county if you would like to receive emails in a different language.	Seleccione su idioma preferido para el sitio web IHSS Electronic Services Portal. Su selección tomará efecto la próxima vez que inicie su sesión y no cambiara el idioma en el que recibe sus correos electrónicos. Por favor comuníquese con su condado si quiere recibir sus correos electrónicos en un idioma diferente.	為IHSS ESP選擇您的首選語言注意: 您的選擇將在下次登錄時生效，並且不會更改您收到的電子郵件的語言。如果您希望收到不同語言的電子郵件，請聯繫您的縣。	Ընտրեք Ձեր նախընտրած լեզուն, IHSS ESP- ի համար: Ձեր նախընտրությունը կպահպանվի: Երբ հաջորդ անգամ մուտք գործեք Ձեր լեզվի նախընտրությունը փոխված չի լինի, և Դուք կշարունակեք ստանալ էլ.նամակները Ձեր նախընտրած լեզվով: Խնդրում ենք դիմել Ձեր վարչաշրջանին, եթե ցանկանում եք ստանալ էլ. նամակները մեկ այլ լեզվով:
	Static Text	Select your preferred language	Seleccione su idioma preferido	選擇您的首選語言	Ընտրեք Ձեր նախընտրած լեզուն
Lang01	Radio Button Value	English	Español	中文	Հայերեն

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Static Text	You can set up your Notification Preference to Email, Text or Both.	Usted puede establecer su Preferencia de Notificación para Enviar por correo electrónico, Texto o Ambos.	您可以將通知的偏好設置為電子郵件、短信或兩者。	Դուք կարող եք նախընտրել և Ձեր ծանուցումը ստանալ էլ. փոստով, տեքստային հաղորդագրությամբ կամ երկու ձևով էլ:
	Static Text	You can opt-in to receive IHSS Program Notifications related to Payroll Processing and Message Center from CDSS-IHSS via text.	Puede optar por recibir notificaciones del programa IHSS relacionadas con el procesamiento de nómina y el centro de mensajes de CDSS-IHSS por mensaje de texto.	您可以選擇通過文本從 CDSS-IHSS 接收與 IHSS 計劃有關薪資處理和消息中心的通知。	Դուք կարող եք ընտրել և ստանալու IHSS ծրագրի ծանուցումներ՝ կապված CDSS-IHSS-ի Վճարման Գործընթացի և Հաղորդագրության Կենտրոնի հետ՝ տեքստային հաղորդագրության միջոցով:
	Static Text	Message and data rates may apply. Message frequency varies. Text HELP for help and STOP to opt-out.	Es posible que se apliquen tarifas de mensajes y datos. La frecuencia de los mensajes varía. Envíe un mensaje de texto con la palabra HELP para obtener ayuda y STOP para optar por no participar.	短信和流量可能收費。短信頻率不同。回復 幫助 以尋求幫助和 停止 選擇退出。	Հաղորդագրությունների և տվյալների փոխանցման սակագներ կարող են կիրառվել: Հաղորդագրության հաճախականությունը տատանվում է: Պատասխանեք HELP՝ օգնության համար և STOP՝ հրաժարվելու համար:
	Static Text	For more information please view our SMS Terms of Service and Privacy Policy.	Para obtener más información, consulte nuestros Términos de servicio de SMS y Política de privacidad.	有關更多信息，請查看我們的 SMS 服務條款和隱私政策。	Լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ խնդրում ենք դիտել մեր SMS Ծառայության Պայմանները և Գաղտնիության Քաղաքականությունը:
	Static Text	If you want to opt-in text messages, please verify your cell phone number by clicking on the "Verify" link below before making preference changes.	Si desea optar para los mensajes de texto, verifique su número de teléfono celular haciendo clic en el enlace 'Verify' a continuación antes de realizar cambios de preferencias.	如果您選擇接收短信，請在更改偏好之前單擊下面的"驗證"鏈接來驗證您的手機號碼。	Եթե ցանկանում եք միանալ տեքստային հաղորդագրություններին, ապա նախընտրության փոփոխություններ կատարելուց առաջ, խնդրում ենք հաստատեք Ձեր բջջային հեռախոսահամարը՝ սեղմելով ստորև նշված "Հաստատել" հղման վրա:
	Static Text	We don't have your cell phone on file, if you want to opt-in text messages, please set your cell phone number on the Contact Information screen.	No tenemos su teléfono celular en el archivo, si usted quiere optar en mensajes de texto, por favor ponga su número de teléfono celular en la pantalla de Información de Contacto.	我們沒有存檔您的手機號碼，如果您選擇接收短信，請在聯繫信息屏幕上設置您的手機號碼。	Մենք չունենք Ձեր բջջային հեռախոսահամարը ֆայլում: Եթե ցանկանում եք միանալ տեքստային հաղորդագրություններին, խնդրում ենք տեղադրել Ձեր բջջային հեռախոսահամարը Կոնտակտային Տվյալներ էկրանին:
	Static Text	**IHSS Program Notifications related to Payroll Processing and Message Center**	**Notificaciones del programa IHSS relacionadas con el procesamiento de nóminas y el centro de mensajes**	**IHSS 計劃有關薪酬處理和消息中心的通知**	**IHSS Ծրագրի ծանուցումներ՝ կապված Վճարման Գործընթացի և Հաղորդագրության Կենտրոնի հետ:**
	Radio Button Value	Email	Correo electrónico	電子郵件	Էլ. փոստ
	Radio Button Value	Text	Texto	Հաղորդագրություն	短信
	Radio Button Value	Both Email and Text	tanto el correo electrónico como el texto	Երկուսն էլ՝ էլ .փոստով և հաղորդագրությամբ	電子郵件和短信
	Button	Save	Guardar	保存	Պահպանել
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Pop-Up Message	**Your Preferences have been updated.**	**Sus preferencias se han actualizado.**	**您的首選項已更新**	**Ձեր նախընտրությունները թարմացվել են:**
	Button	**OK**	**De acuerdo**	**好**	**Համաձայն եմ**
	Static Text	Choose your preferred method of receiving communication regarding IHSS timesheets.	Elija su método preferido para recibir comunicación con respecto a las hojas de tiempo del IHSS.	請選擇您接收有關IHSS時間表信息的通訊偏好。	Ընտրեք Ձեր նախընտրելի եղանակը IHSS ժամացուցակների վերաբերյալ հաղորդակցություն ստանալու համար:
	Radio Button Value	Telephone	Teléfono	電話	Հեռախոս
	Notification	You must be registered on the TTS to change your communication preference to Telephone.	Usted debe estar registrado en el TTS para cambiar su preferencia de comunicación a teléfono.	您必須註冊TTS才能將您的通訊偏好更改為電話。	Դուք պետք է գրանցված լինեք TTS- ի համար՝ Ձեր հաղորդակցման նախընտրությունը Հեռախոսային ծառայության փոխելու համար:
	Error Message	Verification Code must be six digits.	El código de verificación debe ser de seis dígitos.	驗證碼必須是六位數。	Հաստատման կոդը պետք է բաղկացած լինի վեց նիշերից:
	Error Message	Verification Code must contain numbers only.	El código de verificación debe contener solo números.	驗證碼只能包含數字。	Հաստատման կոդը պետք է պարունակի միայն թվեր:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Error Message	Not a valid phone number. Please enter a valid phone number on Contact Information page and try again.	El número de teléfono celular que tenemos registrado no es un número de teléfono válido. Introduzca un número de teléfono celular válido en la pantalla Información de contacto.	我們存檔的手機號碼不是有效的電話號碼。 請在聯繫信息屏幕上輸入有效的手機號碼。	To Be Implemented.
	Button	Send Verification Code	Enviar código de verificación	Ուղարկեք հաստատման կոդը	發送驗證碼
	Static Text	To receive text message notifications, you'll need to verify your cell phone number.	Para recibir notificaciones de mensajes de texto, deberá verificar su número de teléfono celular.	Հաստատեք Ձեր բջջային հեռախոսահամարը՝ տեքստային հաղորդագրությունների ծանուցումներ ստանալու համար:	要接收短信通知，您需要驗證您的手機號碼。
	Static Text	Cell Phone Number:	Número de teléfono celular:	Բջջային հեռախոսահամարը.	手機號碼
	Button	Cancel	Cancelar	Չեղարկել	取消
	Static Text	Enter Verification Code	Ingrese el código de verificación	Մուտքագրեք հաստատման կոդը	輸入驗證碼
	Static Text	We sent a text message with your verification code to your cell phone number. Enter the code below. If you didn't receive a code or if it expired, select "Resend Code" to receive a new one.	Enviamos un mensaje de texto con su código de verificación a su número de teléfono celular. Introduzca el código siguiente. Si no recibió un código o si expiró, seleccione "Reenviar código" para recibir uno nuevo.	Մենք տեքստային հաղորդագրություն ենք ուղարկել Ձեր բջջային հեռախոսահամարին, որը պարունակում է Ձեր հաստատման կոդը: Մուտքագրեք ստորև նշված կոդը: Եթե Դուք չեք ստացել հաստատման կոդը կամ հաստատման կոդի ժամկետը լրացել է, ընտրեք "Կրկին ուղարկել կոդը"՝ նոր հաստատման կոդ ստանալու համար:	我們向您的手機號碼發送了一條包含您的驗證碼的短信。輸入下面的驗證碼。如果您沒有收到驗證碼或驗證碼已過期，選擇“重新發送驗證碼”以接收新的驗證碼。
	Static Text	Verification Code:	Código de verificación:	Հաստատման կոդ.	驗證碼：
	Button	Resend Code	Reenviar código	Կրկին ուղարկել կոդը	重新發送驗證碼
	Button	Verify	Verificar	Հաստատել	驗證
	Static Text	Verification code resent.	Código de verificación reenviado.	Հաստատման կոդը կրկին ուղարկվել է:	驗證碼已重發
	Error Message	Invalid verification code, please enter a valid verification code.	Código de verificación no válido, introduzca un código de verificación válido.	Հաստատման կոդն անվավեր է: Խնդրում ենք մուտքագրել ճշգրիտ հաստատման կոդը:	驗證碼無效，請輸入有效的驗證碼。
	Static Text	Enter a valid verification code	Introduzca un código de verificación válido	Մուտքագրեք ճշգրիտ հաստատման կոդը:	輸入有效的驗證碼
	Error Message	Verification code expired, please select "Resend Code" to receive a new one.	El código de verificación expiró, seleccione "Reenviar código" para recibir uno nuevo.	Հաստատման կոդի ժամկետը լրացել է, խնդրում ենք ընտրել "Կրկին ուղարկել կոդը"՝ նորը ստանալու համար:	驗證碼已過期，請選擇“重新發送驗證碼”以接收新的驗證碼。
	Static Text	Verification code expired	Código de verificación expiró	Հաստատման կոդի ժամկետը սպառվել է:	驗證碼已過期
	Error Message	The verification code is blocked since you've entered an incorrect verification code more than 5 times. Please select "Resend Code" to receive a new one.	El código de verificación está bloqueado porque has introducido un código de verificación incorrecto más de 5 veces. Seleccione "Reenviar código" para recibir uno nuevo.	Հաստատման կոդն արգելափակված է, քանի որ սխալ հաստատման կոդը մուտքագրել եք ավելի քան 5 անգամ: Խնդրում ենք ընտրել "Կրկին ուղարկել կոդը" ՝ նորը ստանալու համար:	由於您輸入錯誤的驗證碼超過 5 次，驗證碼被拒。請選擇“重新發送代碼”以接收新代碼。
	Static Text	Verification code blocked	Código de verificación bloqueado	Հաստատման կոդն արգելափակված է:	驗證碼被拒
	Static Text	Cell Phone Number Verified	Número de teléfono celular verificado	Բջջային հեռախոսի համարը հաստատված է:	驗證手機號碼
	Button	Done	Hecho	Կատարված է:	完成
	Static Text	We'll send the text message notifications that you've selected to this cell phone number.	Enviaremos las notificaciones por mensaje de texto que haya seleccionado a este número de teléfono celular.	Ձեր ընտրած տեքստային հաղորդագրության ծանուցումները կուղարկենք այս բջջային հեռախոսահամարին:	我們會將您選擇的短信通知發送到此手機號碼。
Recipient Only					
	Static Text	If you prefer to receive telephone calls related to IHSS Timesheets, please check the Telephone Timesheet System checkbox below. If you prefer to receive emails and/or texts related to IHSS Timesheets, please	Si prefiere recibir llamadas telefónicas relacionadas con las hojas de tiempo de IHSS, marque la casilla de verificación Sistema de Hojas de Tiempo Telefónicas a continuación. Si prefiere recibir correos electrónicos y /	如果您希望接聽與 IHSS 工時單相關的電話，請選中下面的電話工時單系統複選框。如果您希望接收與 IHSS 工時單相關的電子郵件和/或短信，請取消電話工時單系統複選框。	Եթե նախընտրում եք հեռախոսազանգեր ստանալ՝ կապված IHSS ժամացուցակների հետ, խնդրում ենք նշել ստորև նշված Հեռախոսային Ժամացուցակի Համակարգ վանդակը: Իսկ եթե նախընտրում եք ստանալ էլ. նամակներ և/կամ տեքստային հաղորդագրություններ, որոնք առնչվում են IHSS-ի ժամացուցակների հետ,

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		uncheck the Telephone Timesheet System checkbox.	o mensajes de texto relacionados con las hojas de tiempo de IHSS, desmarque la casilla de verificación Sistema de Hojas de Tiempo Telefónicas		ապա խնդրում ենք չնշել Հառախոսային Ժամացուցակի Համակարգ վանդակը:
	Radio Button Value	Telephone Timesheet System	Sistema de Hojas de Tiempo Telefónicas	電話工時單系統	Հեռախոսային Ժամացուցակի Համակարգ
Provider Only					
	Static Text	**Timesheet Entry Preference**	**Preferencias de hojas de tiempo**	**時間表輸入喜好**	**Ժամացուցակի մուտքի նախընտրություն**
	Static Text	**Choose how many Timesheets you would like to see, when on the Timesheet Entry Screen:**	**Seleccione cuantas hojas de tiempo quiere ver, cuando este en la pantalla de ingreso de hojas de tiempo:**	**在時間表輸入螢幕上，您選擇想查看多少個時間表:**	**Ընտրեք, թե որքան ժամացուցակներ եք ցանկանում տեսնել, երբ ժամացուցակի մուտքագրման էկրանի վրա եք:**
	Radio Button Value	All	Todas	全部	Ամբողջը
	Radio Button Value	Past 3 Months	Los últimos 3 meses	過去三個月	Վերջին 3 ամիսների ընթացքում

DSD Appendix D/Update Security Questions

CI
CI-822538 - DSD TRAN Update Security Questions IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**Update Security Questions**	**Actualizar las preguntas de seguridad**	**更新安全問題**	**Թարմացրեք Անվտանգության Հարցերը**
	Static Text	An asterisk (*) indicates a required field.	Un asterisco (*) indica una sección obligatoria.	星號 (*) 標示必填項.	Աստղանիշը (*) ցույց է տալիս, որ պարտադիր պետք է լրացվի
	Static Text	It is important that the questions and answers that you choose are hard for others to guess, but easy for you to remember. Your responses are not case sensitive and cannot have special characters. You are only allowed to enter letters (A-Z or a-z) or numbers (0-9).	Es importante que las preguntas y las respuestas que usted elija sean difícil de adivinar para otras personas, pero fácil de recordar para usted. La respuesta de seguridad no distinguen entre mayúsculas y minúsculas y no pueden tener caracteres especiales. Solo se le permite ingresar letras (A-Z o a-z) o números (0-9).	請注意您選擇的問題和答案應該是很難讓別人猜到，但很容易讓您記住。 安全答案不区分大小写，并且不能包含特殊字符。 您只能輸入字母（A-Z 或 a-z）或數字（0-9）。	Կարևոր է, որ ձեր ընտրած հարցերն ու պատասխանները դժվար գուշակելի լինեն ուրիշների համար, սակայն դուք դրանք հեշտ հիշեք: Հետևյալ համարի՝ անվտանգության հարցի պատասխանը չի զգայուն է տառերի ընտրության մեջ և չի կարող ունենալ հատուկ նշաններ: Ձեզ թույլատրվում է մուտքագրել միայն տառեր (A-Z կամ a-z) կամ թվեր (0-9):
	Static Text	Save Updates	Guardar actualizaciones	保存更新	Պահպանել թարմացումները
	Static Text	Cancel Updates	Cancelar actualizaciones	取消更新	Չեղյալ համարել թարմացումները
	Pop-Up Message	**Your account information has been successfully changed.**	**La información de su cuenta se ha cambiado con éxito.**	**您的帳戶信息已成功更改。**	**Ձեր հաշվի տեղեկությունը հաջողությամբ փոխվել է:**
	Button	**OK**	**De acuerdo**	**好**	**Համաձայն եմ**
	Error Message	Security Answer <Variable 1, 2, 3> cannot be blank.	La respuesta de seguridad <Variable 1, 2, 3> no puede estar en blanco.	安全答案 <Variable 1, 2, 3> 不能為空。	Հետևյալ համարի՝ <Variable 1, 2, 3> , անվտանգության հարցի պատասխանը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Security Question cannot be blank.	La pregunta de seguridad no puede estar en blanco.	安全問題不能為空。	Անվտանգության հարցը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Security Answer <Variable 1, 2, 3> cannot have special characters. You are only allowed to enter letters (A-Z or a-z) or numbers (0-9).	La respuesta de seguridad <Variable 1, 2, 3> no puede tener caracteres especiales. Solo se le permite ingresar letras (A-Z o a-z) o números (0-9).	安全答案 <Variable 1, 2, 3> 不能有特殊字符。您只能輸入字母（A-Z 或 a-z）或數字（0-9）。	Հետևյալ համարի՝ <Variable 1, 2, 3> անվտանգության հարցի պատասխանը չի կարող պարունակել հատուկ նշաններ: Ձեզ թույլատրվում է մուտքագրել միայն տառեր (A-Z կամ a-z) կամ թվեր (0-9):

DSD Appendix D/Payments - Recent Payments

CI
CI-822539 - DSD TRAN Payments Recent Payments IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Name	**Recent Payments**	**Pagos recientes**	**最近付款**	**Վերջին վճարումները**
	Screen Static Text	These payment requests have been submitted in the last 14 days.	Estas solicitudes de pago se han presentado en los últimos 14 días.	這些付款請求已在過去14天內提交。	Վճարման այս հայցերը ներկայացվել են վերջին 14 օրվա ընթացքում:
	Screen Static Text	You can find older payments by using the Payment Search	Puede encontrar pagos más antiguos utilizando el Búsqueda de pago	要查找舊的付款記錄您可以使用 付款查詢	Դուք կարող եք տեսնել Ձեր անցյալի վճարներն այստեղ. Վճարման որոնում
	Pop-up Text	You have no payment activity in the last 14 days to display. You can search for older payments by selecting the Payment Search button.	No tiene actividad del pago en los 14 días anteriores para mostrar. Puede buscar pagos más antiguos seleccionando el botón Búsqueda de pagos.	在過去的14天您沒有付款活動的顯示。您可以通過選擇"付款搜索"按鈕來搜索較早的付款。	Դուք վերջին 14 օրերի ընթացքում վճարման գործողություն չեք դրսևորել: Դուք կարող եք որոնել ավելի հին վճարներն՝ ընտրելով Վճարման որոնում կոճակը:
	Pop-up Button	Payment Search	Búsqueda de pago	付薪查詢	Վճարման որոնում
	Pop-up Button	Back to Home	Volver al inicio	返回主頁	Վերադառնալ հիմնական էջին:
	Screen Field Name	**Pay Period | Payment Type**	**Período de pago | tipo de pago**	**付款期 | 付款類型**	**Վճարման ժամկետը | Վճարման տեսակը**
	Field Message	This timesheet needs your attention.	Esta hoja de tiempo necesita su atención.	此工時單需要您注意。	Այս ժամացուցակը Ձեր ուշադրության կարիքն ունի:
	Timesheet Payment Type	IHSS	IHSS	IHSS	IHSS
		IHSS Advance Pay	Pago avanzado del IHSS	IHSS 預付工資	IHSS կանխավճար
		IHSS Advance Pay - Supplemental	Pago avanzado del IHSS - Suplemental	IHSS 預付工資 - 補充	IHSS կանխավճար - Լրացուցիչ
		IHSS - Supplemental	IHSS - Suplemental	IHSS - 補充	IHSS - Լրացուցիչ
		WPCS	WPCS	WPCS	WPCS
		WPCS - Supplemental	WPCS - Suplemental	WPCS - 補充	WPCS - Լրացուցիչ
	Field Name	Timesheet Number	Número de la hoja de tiempo	時間表編號	Ժամացուցակի համարը
	Travel Claim Payment Type	Travel Claim	Reclamación de viajes	交通申报	Ճամփորդության հայց
	Field Name	Travel Claim Number	Número de la reclamación de viaje	交通申报表号码:	Ճամփորդության հայցի համարը.
	Sick Leave Payment Type	Sick Leave	Tiempo de enfermedad	病假	Հիվանդության պատճառով բացակայություն
	Field Name	Sick Leave Claim Number	Número de reclamo de tiempo de enfermedad	病假報銷號碼	Հիվանդության բացակայության հայցի համարը
	Special Payment Type	COVID Sick Leave	Tiempo de Enfermedad COVID	COVID 病假	Հիվանդության բացակայություն COVID-ի դեպքում
		Care Economy Payment	Pago de Economía del Cuidado	護理經濟支付	Խնամքի Ծառայության Վճար
		COVID Medical Accompaniment	Acompañamiento Médico COVID	COVID 醫療陪伴	Բժշկական ուղեկցություն COVID-ի դեպքում
		Legislative Change as Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար
		Overpayment Recovery Refund as Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար
		Writ of Admin Mandamus as Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար
		Advance Pay - Back-Up Provider	Pago anticipado - Proveedor secudario	預付款 - 後備看护人	Կանխավճար – Պահուստային մատակարարի համար
		Advance Pay - Overtime	Pago anticipado- Horas extras	預付款-加班	Կանխավճար – արտաժամյա աշխատանքի համար
		Advance Pay - Travel	Pago anticipado- Horas de viaje	預付款-通勤	Կանխավճար – Ճամփորդություն համար
		Arrears Travel as Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար
		Provider Medi-Cal SOC Reimbursement	Reembolso del proveedor de Medi-Cal SOC	看護人 Medi-Cal SOC 報銷	Medi-Cal SOC-ի փոխհատուցում մատակարարի համար
		Overtime Exemption – Pay Over Limit Payment as	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		Special Payment			
		Sick Leave	Tiempo de enfermedad	病假	Հիվանդության պատճառով բացակայություն
		Sick Leave Emergency	Tiempo de enfermedad de emergencia	緊急病假	Հիվանդության պատճառով բացակայություն արտակարգ իրավիճակի համար
	Field Name	Special Payment Number	Número de pago especial	特殊支付編碼	Հատուկ վճարման համարը
	Career Pathways Payment Type	Training Time Claim	Reclamo de tiempo de entrenamiento	培訓時間申報詳情	Վերապատրաստման ժամերի հայց
		Training Incentive Claim	Reclamación de incentivos	培訓獎勵申報	Վերապատրաստման խրախուսանք հայցը
		One-Month Assignment Incentive Claim	Reclamación de Incentivo de asignación de un mes	一個月的任務獎勵申報	Մեկամսյա առաջադրանքի խրախուսանք հայցը
		Six-Month Assignment Incentive Claim	Reclamación de Incentivo de asignación de seis meses	六個月的任務獎勵申報	Վեցամսյա առաջադրանքի խրախուսանք հայցը
	Field Name	Claim Number	Número de reclamación	申報編號	Հայցի համարը

DSD Appendix D/Payments - Payment History

CI
CI-822540 - DSD TRAN Payments Payment History CANCELLED

The Payment History screen has been cancelled by ASR Sprint 56 Team 1&2. The translations are maintained for historical purposes only.

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Payment History (Recipient Selection)	Screen Title	**Payment History**	**Historial de pagos**	**付款歷史記錄**	**Վճարման Պատմությունը**
	Static Text	**There is no timesheet history available for the prior 3 months.**	**El historial de hojas de tiempo no está disponible para los últimos 3 meses.**	**前3個月沒有時間表歷史記錄**	**Նախորդ 3 ամիսների համար ժամացուցակի պատմությունը հասանելի չէ:**
	Field	**Claimed**	Reclamada (for 1 hour claimed) Reclamadas (for 2 or more hours claimed)	**報銷**	**Հայցված**
	Button	Email Copy	Copia de correo electrónico	電郵副本	Էլ.փոստով ուղարկել պատճենը
ETimesheetTypeDesc	Code Value	IHSS	not translated	not translated	not translated
	Code Value	IHSS Advance Pay	not translated	not translated	not translated
	Code Value	WPCS	not translated	not translated	not translated
	Code Value	IHSS – Supplemental	not translated	not translated	not translated
	Code Value	IHSS Advance Pay – Supplemental	not translated	not translated	not translated
	Code Value	WPCS – Supplemental	not translated	not translated	not translated
Payment History (For a recipient)	Screen Title	**Payment History: <Recipient Name>**	**Historial de pagos: <Recipient Name>**	**付款歷史記錄: <受看護人名字>**	**Վճարման Պատմությունը. <Ստացողի անունը>**
	Title	**Overview**	**Resumen**	**概論**	**Ամփոփում**
	Field	**Pay Period – Timesheet Type:**	**Período de pago - tipo de hoja de tiempo:**	**付款期 - 時間表類型:**	**Վճարման ժամկետը - Ժամացուցակի Տեսակը.**
	Field	**Status:**	**Estado:**	**狀態:**	**Կարգավիճակը.**
	Field	**Issue Date:**	**Fecha de emisión**	**發行日期**	**Թողարկման օրը.**
	Field	**Deposit Date:**	**Fecha de depósito:**	**存款日期:**	**Ավանդի ստացման օրը.**
	Field	**Net Amount:**	**Importe neto:**	**淨工資:**	**Զուտ գումարը.**
	Title	**Payment Details**	**Detalles de pago**	**付款細節**	**Վճարման մանրամասները.**

	Field	**Timesheet Number:**	**Número de la hoja de tiempo:**	**時間表編號:**	**Ժամացուցակի համարը.**
	Field	**Entry Type:**	**Tipo de ingreso:**	**輸入類型:**	**Մուտքագրման տեսակը.**
	Field	**Warrant Number:**	**Número de autorización:**	**支票號碼:**	**Անդորրագրի համարը.**
	Field	**Hours Submitted:**	**Horas enviadas:**	**小時提交:**	**Ներկայացված ժամերը.**
	Field	**Total Hours Paid:**	**Total de horas pagadas:**	**支付小時總數:**	**Ընդհանուր վճարված ժամերը.**
	Field	**Overtime Hours:**	**Horas de tiempo extra:**	**加班小時:**	**Արտաժամյա ժամերը.**
	Field	**Hours Not Paid:**	**Horas no pagadas:**	**未支付小時:**	**Չվճարված ժամերը.**
	Title	**Earnings Statement**	**Declaración de ganancias**	**收益聲明**	**Եկամուտի հաշվետվություն**
	Column Title	**Current**	**Actual**	**目前**	**Ընթացիկ**
	Column Title	**Year-to-Date**	**Año-a-fecha**	**從年直到現在**	**Տարեկան եկամուտը**
	Field	**Regular**	**Regular**	**定期**	**Կանոնավոր**
	Field	**Overtime**	**Horas extras**	**加班**	**Արտաժամյա**
	Field	**Total Gross**	**Total en bruto**	**總額**	**Ընդհանուր գումարը**
	Field	**Total Deductions**	**Deducciones totales**	**總扣除額**	**Ընդհանուր պահումները**
	Field	**Net Pay**	**Pago neto**	**淨工資**	**Զուտ վճարը**
	Title	**Timesheet Details**	**Detalles de la hoja de tiempo**	**時間表細節:**	**Ժամացուցակի մանրամասներ**
	Field	**Provider Signed:**	**Firmado por el proveedor:**	**提供者簽名:**	**Մատակարարը ստորագրել է.**
	Field	**Recipient Signed:**	**Firmado por el beneficiario:**	**受看護人簽名:**	**Ստացողը ստորագրել է.**
	Field	**Workweek <#>**	**Semana laborable <#>**	**工作週**	**Աշխատաշաբաթ <# >**
		START TIME	**HORA DE COMIENZO**	**開始時間**	**ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ՍԿՍԵԼՈՒ ԺԱՄԸ**
		END TIME	**HORA DE FINALIZACIÓN**	**結束時間**	**ԱՇԽԱՏԱՆՔԸ ԱՎԱՐՏԵԼՈՒ ԺԱՄԸ**
		LOCATION	**LUGAR**	**位置**	**ԳՏՆՎԵԼՈՒ ՎԱՅՐԸ**
		HOURS WORKED	**HORAS TRABAJADAS**	**工作小時**	**ԱՇԽԱՏԱԾ ԺԱՄԵՐԸ**
		WORKWEEK TOTAL	**TOTAL DE LA SEMANA LABORAL**	**每週工作總數**	**ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՇԱԲԱԹՎԱ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԺԱՄԵՐԸ**
	Field	**Messages**	**Mensajes**	**信息**	**Հաղորդագրություններ**

DSD Appendix D/Payments - Payment Search

F

CI
CI-823050 - DSD TRAN Payments - Payment Search IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Name	**Payment Search**	**Búsqueda de pago**	**付款查詢**	**Վճարման որոնում**
	Static Text	An asterisk (*) indicates a required field.	Un asterisco (*) indica una sección obligatoria.	星號 (*) 標示必填項.	Աստղանիշը (*) ցույց է տալիս, որ պարտադիր պետք է լրացվի
	Field Name	Enter the first day of a pay period or use the calendar icon to select a date:	Introduzca el primer día de un período de pago o utilice el icono del calendario para seleccionar una fecha:	輸入付款期的第一天或使用日曆圖標選擇日期:	Մուտքագրեք վճարման ժամանակահատվածի առաջին օրը կամ օգտագործեք օրացույցի պատկերը՝ ամսաթիվ ընտրելու համար:
	Static Text	Search results for pay period <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY>:	Resultados de búsqueda para el período de pago <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY>:	付款期<MM/DD/ YYYY-MM/DD/YYYY>的搜索結果:	Որոնման արդյունքները <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY> վճարման ժամանակահատվածի համար.
	Field Name	**Recipient ID**	**Identificación del beneficiario**	**受看護人ID**	**Ստացողի գործի համարը**
	Field Name	**Timesheet Number**	**Número de la hoja de tiempo**	**時間表編號**	**Ժամացուցակի համարը**
	Field Name	**Travel Claim Number**	**Número de la reclamación de viaje**	**交通申報表号码**	**Ճամփորդության հայցի համարը**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Field Name	**Sick Leave Claim Number**	**Número de reclamo de tiempo de enfermedad**	**病假報銷號碼**	**Հիվանդության բացակայություն հայցի համարը**
	Field Name	**Special Payment Number**	**Número de pago especial**	**特殊支付編碼**	**Հատուկ վճարման համարը**
	Field Name	**Claim Number**	**Número de reclamación**	**申報編號**	**Հայցի համարը**
	Field Name	**Claimed**	**Reclamado**	**聲稱**	**Հայցված**
	Field Name	<00>h	<00>h	<00>小時	<00>ժամ
	Field Name	<00>m	<00>m	<00>分鐘	<00>րոպե
	Field Name	**Payment Type**	**Tipo de pago**	**付款類型**	**Վճարման տեսակը**
Timesheet	Payment Type	IHSS	IHSS	IHSS	IHSS
	Payment Type	IHSS Advance Pay	Pago avanzado del IHSS	IHSS 預付工資	IHSS կանխավճար
	Payment Type	IHSS Advance Pay - Supplemental	Pago avanzado del IHSS - Suplemental	IHSS 預付工資 - 補充	IHSS կանխավճար - Լրացուցիչ
	Payment Type	IHSS - Supplemental	IHSS - Suplemental	IHSS - 補充	IHSS - Լրացուցիչ
	Payment Type	WPCS	WPCS	WPCS	WPCS
	Payment Type	WPCS - Supplemental	WPCS - Suplemental	WPCS - 補充	WPCS - Լրացուցիչ
Travel Claim	Payment Type	IHSS Travel Claim	Reclamación de viaje de IHSS	IHSS 交通申報	IHSS ճամփորդության հայց
	Payment Type	WPCS Travel Claim	Reclamación de viaje de WPCS	WPCS 交通申報	WPCS ճամփորդության հայց
	Payment Type	Supplemental – IHSS Travel Claim	Suplementario – Reclamo de viaje de IHSS	補充 - IHSS 交通申報	Լրացուցիչ-IHSS ճամփորդության հայց
	Payment Type	Supplemental – WPCS Travel Claim	Suplementario – Reclamo de viaje de WPCS	補充 - WPCS 交通申報	Լրացուցիչ-WPCS ճամփորդության հայց
Sick Leave	Payment Type	Sick Leave	Tiempo de enfermedad	病假	Հիվանդության պատճառով բացակայություն
Special Transaction	Payment Type	Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար
	Payment Type	COVID Sick Leave	Tiempo de Enfermedad COVID	COVID 病假	Հիվանդության բացակայություն COVID-ի դեպքում
	Payment Type	Care Economy Payment	Pago de Economía del Cuidado	護理經濟支付	Խնամքի Ծառայության Վճար
	Payment Type	COVID Medical Accompaniment	Acompañamiento Médico COVID	COVID 醫療陪伴	Բժշկական ուղեկցություն COVID-ի դեպքում
	Payment Type	Legislative Change as Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար
	Payment Type	Overpayment Recovery Refund as Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար
	Payment Type	Writ of Admin Mandamus as Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար
	Payment Type	Advance Pay - Back-Up Provider	Pago anticipado - Proveedor secudario	預付款 - 後備看护人	Կանխավճար – Պահուստային մատակարարի համար
	Payment Type	Advance Pay - Overtime	Pago anticipado- Horas extras	預付款-加班	Կանխավճար – արտաժամյա աշխատանքի համար
	Payment Type	Advance Pay - Travel	Pago anticipado- Horas de viaje	預付款-通勤	Կանխավճար – Ճամփորդություն համար
	Payment Type	Arrears Travel as Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար
	Payment Type	Provider Medi-Cal SOC Reimbursement	Reembolso del proveedor de Medi-Cal SOC	看護人 Medi-Cal SOC 報銷	Medi-Cal SOC-ի փոխհատուցում մատակարարի համար
	Payment Type	Retroactive Overtime Pay	Pago retroactivo de horas extras	追溯加班費	Հետադարձ աշխատանքի համար արտաժամյա վճար
	Payment Type	Overtime Exemption – Pay Over Limit Payment as Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Payment Type	Funding Source Hours Payment as Special Payment	Pago especial	特殊支付	Հատուկ վճար
	Payment Type	Sick Leave	Tiempo de enfermedad	病假	Հիվանդության պատճառով բացակայություն
	Payment Type	Sick Leave Emergency	Tiempo de enfermedad de emergencia	緊急病假	Հիվանդության պատճառով բացակայություն արտակարգ իրավիճակի համար
Career Pathways	Payment Type	Training Time Claim	Reclamación de tiempo de entrenamiento	培訓時間申報	Վերապատրաստման ժամերի հայց
	Payment Type	Training Incentive Claim	Reclamación de incentivos	培訓獎勵申報	Վերապատրաստման խրախուսանք հայցը
	Payment Type	One-Month Assignment Incentive Claim	Reclamación de Incentivo de asignación de un mes	一個月的任務獎勵申報	Մեկամսյա առաջադրանքի խրախուսանք հայցը
	Payment Type	Six-Month Assignment Incentive Claim	Reclamación de Incentivo de asignación de seis meses	六個月的任務獎勵申報	Վեցամսյա առաջադրանքի խրախուսանք հայցը
	Field Name	**Status**	**Estado**	**狀態**	**Կարգավիճակը**
Timesheet	Payment Status	Time Entry in Progress	Ingreso de tiempo en progreso	時間進入進度	Ժամաքանակի մուտքագրումը ընթացքի մեջ է
	Payment Status	Waiting Recipient Review	Esperando la revisión del beneficiario	等待受看護人審閱	Սպասեք ստացողի վերանայմանը:
	Payment Status	Approved by Recipient	Aprobado por el beneficiario	受看護人己批准	Հաստատված է ստացողի կողմից:
	Payment Status	Rejected by Recipient	Rechazado por el beneficiario	被受看護人拒絕	Մեժված է ստացողի կողմից:
	Payment Status	Rejected by County	Rechazado por el condado	被縣拒絕	Մեժված է վարչաշրջանի կողմից:
	Payment Status	Processing	En proceso	處理中	Ընթացքի մեջ է
	Payment Status	Submitted Early	Enviada temprano	早提交	Ներկայացվել է վաղ
	Payment Status	Waiting Recipient Telephone Review	Esperando la revisión telefónica del beneficiario	等待受看護人電話審閱	Սպասվում է ստացողի հեռախոսային վերանայմանը
	Payment Status	*Not Used*	*Not Used*	*Not Used*	*Not Used*
	Payment Status	Waiting for Payment	Esperando el pago	等待付款	Սպասել վճարման
	Payment Status	Payment Issued	Pago emitido	付款發出	Վճարը թողարկվել է
	Payment Status	Waiting for Payment Replacement	El remplazo de pago está pendiente	等待付款替換	Սպասում է լրացուցիչ վճարին
	Payment Status	Payment Cashed	El pago fue cobrado	付款兌現	Վճարված է
	Payment Status	Payment Voided	El pago fue cancelado	付款無效	Վճարը չեղարկվել է
	Payment Status	Advance Pay	Pago avanzado	預付工資	կանխավճար
	Payment Status	Timesheet Rejected	Hoja de tiempo rechazada	工時單拒绝	ժամացուցակը մերժված է
	Payment Status	Processing	En proceso	處理中	Ընթացքի մեջ է
	Payment Status	Payment Deposited	El pago ha sido depositado	付款已存入	Վճարը բանկի հաշվեհամարում է
Travel Claim	Payment Status	Time Entry in Progress	Ingreso de tiempo en progreso	時間輸入正在進行中	Ժամաքանակի մուտքագրումը ընթացքի մեջ է
	Payment Status	Received	Aceptado	收到	Ստացվել է
	Payment Status	Awaiting Timesheet	Esperando la hoja de tiempo	等待工时单	Սպասել ժամացուցակին
	Payment Status	Processing	En proceso	處理中	Ընթացքի մեջ է

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Payment Status	Waiting for Payment	Esperando el pago	等待付款	Սպասել վճարման
	Payment Status	Payment Issued	Pago emitido	付款發出	Վճարը թողարկվել է
	Payment Status	Payment Cashed	El pago fue cobrado	付款兌現	Վճարված է
	Payment Status	Payment Deposited	El pago ha sido depositado	付款已存入	Վճարը բանկի հաշվեհամարում է
	Payment Status	Payment Voided	El pago fue cancelado	付款無效	Վճարը չեղարկվել է
	Payment Status	Waiting for Payment Replacement	El remplazo de pago está pendiente	等待付款替換	Սպասում է լրացուցիչ վճարին
Sick Leave	Payment Status	Submitted	Presentado	提交	Ներկայացված
	Payment Status	Processed	Procesado	處理	Թողարկված
	Payment Status	Rejected	Rechazada	拒絕	Մերժված
Career Pathways (Training Time and Incentive Claims)	Payment Status	Submitted	Presentado	提交	Ներկայացված
	Payment Status	Processing	En proceso	處理中	Ընթացքի մեջ է
	Payment Status	Payment Issued	Pago emitido	付款發出	Վճարը թողարկվել է
	Payment Status	Payment Cashed	El pago fue cobrado	付款兌現	Վճարված է
	Payment Status	Payment Deposited	El pago ha sido depositado	付款已存入	Վճարը բանկի հաշվեհամարում է
	Payment Status	Payment Voided	El pago fue cancelado	付款無效	Վճարը չեղարկվել է
	Payment Status	Waiting for Payment	Esperando el pago	等待付款	Սպասել վճարման
	Payment Status	Rejected			
Other	Payment Status	Waiting for Payment	Esperando el pago	等待付款	Սպասել վճարման
	Payment Status	Advance Pay Processed	Pago avanzado procesado	預付工資處理	Կանխիկ վճարը ընթացքի մեջ է
	Payment Status	Payment Issued	Pago emitido	付款發出	Վճարը թողարկվել է
	Payment Status	Exception	Excepción	例外	Բացառություն
	Payment Status	Cancelled	Cancelado	已取消	Չեղարկված է
	Payment Status	Awaiting Timesheet	Esperando la hoja de tiempo	等待工时单	Սպասել ժամացուցակին
	Payment Status	Rejected by Recipient using IHSS Website	Rechazado por el beneficiario utilizando el sitio web del IHSS	被受看護人拒絕使用IHSS網站	Մերժված է IHSS-ի էլ.ծառայությունների կայքից օգտվող ստացողի կողմից
	Field Name	**Status Date**	**Fecha de estado**	**狀態日期**	**Կարգավիճակը ամսաթիվը**
	Button	View Payment Details	Ver detalles de pago	查看付款詳情	Դիտեք վճարման մանրամասները
	Static Text	No Payments found for pay period <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY>, please try another pay period.	No se han encontrado pagos para el período de pago <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY> por favor, intente otro período de pago.	找不到支付期<MM/DD/YYYY-MM/DD/YYYY>的付款，請嘗試其他支付期。	Վճարումներ չեն գտնվել հետևյալ վճարման ժամանակաշրջանի համար՝ <MM/DD/ YYYY - MM/DD/YYYY>: Խնդրում ենք փորձեք մեկ այլ վճարման ժամանակահատված:
Payment Search	Error Message	Incorrect Date Format	El formato de la fecha es incorrecto	日期格式不正確	Ամսաթվի սխալ ֆորմատ
	Error Message	Date cannot be in the future.	La fecha no puede ser en el futuro.	未來日期不可用。	Ամսաթիվը չի կարող լինել ապագայի համար:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Error Message	Date field cannot be blank.	La sección de fecha no puede estar en blanco.	日期不能為空。	Ամսաթվի սյունակը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Date cannot be earlier than 01/01/2000.	La fecha no puede ser anterior al 01/01/2000.	日期不能早於 2000 年 1 月 1 日。	Ամսաթիվը չի կարող ավելի շուտ լինել քան 01/01/2000:
Travel Claim	Error Message	This travel claim cannot be processed until the timesheet for this pay period and recipient has been processed.	Esta reclamación de viaje no se puede procesar hasta que se haya procesado la hoja de tiempo de este período de pago para el beneficiario.	在该付款期的工时单處理完毕之后，才能處理此交通申报。	Այս ճամփորդության հայցը չի կարող վճարվել այնքան ժամանակ, քանի դեռ չի վճարվել այս վճարման ժամանակահատվածի ժամացուցակը ստացողի համար:
	Error Message	The travel hours claimed for workweek <X> exceeds the travel time maximum of 07:00. This can cause a violation.	Las horas de viaje reclamadas para la semana laboral <X> supera el tiempo de viaje máximo de 07:00. Esto puede causar una infracción.	工作週<X>申报的交通時間超過了每周交通時間的限制07:00。這會導致違規。	Աշխատանքային շաբաթ <X>-ի համար ներկայացված ճամփորդության ժամերը գերազանցում են ճամփորդության համար նախատեսված առավելագույն 07:00 ժամը: Դա կարող է հանգեցնել խախտման::
	Error Message	No service hours were paid for this recipient so travel time claimed in workweek <X> will not be paid.	No se pagaron horas de servicio para este beneficiario, por lo que el tiempo de viaje reclamado en la semana laboral <X> no se pagará.	該受看护人在工作週<X>没有支付的服務酬劳，因此也不会支付其交通時間。	Այս ստացողի համար ոչ մի ծառայության ժամ չի վճարվել, ուստի <X-րդ> աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում պահանջված ճամփորդության ժամերը չեն վճարվի:
	Error Message	Hours are entered for dates no longer eligible for payment. These hours will not be paid.	Las horas son ingresadas para fechas que ya no son elegibles para pago. Estas horas no serán pagadas.	輸入不再符合付款條件的日期。這些小時將不會付款。	Այս օրերի համար մուտքագրված ժամերն այլևս իրավասու չեն վճարման: Հավելյալ ժամերը չեն վճարվի:
	Error Message	Date field cannot be blank.	La sección de fecha no puede estar en blanco.	日期不能為空。	Ամսաթվի սյունակը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Date cannot be in the future.	La fecha no puede ser en el futuro.	未來日期不可用。	Ամսաթիվը չի կարող լինել ապագայի համար:
	Screen Title	**Payment Details**	**Detalles de pago**	**付款細節**	**Վճարման մանրամասները**
Payment Overview Cluster	Cluster Title	**Payment Overview**	**Resumen de pagos**	**付款總覽**	**Վճարման ամփոփագիր**
	Field Name	**Recipient Name**	**Nombre del beneficiario**	**受看護人名字**	**Ստացողի անունը**
	Field Name	**Recipient ID**	**Identificación del beneficiario**	**受看護人ID**	**Ստացողի գործի համարը**
	Field Name	**Payment Type**	**Tipo de pago**	**付款類型**	**Վճարման տեսակը**
	Field Name	**Claimed**	**Reclamado**	**聲稱**	**Հայցված**
	Field Name	**Pay Period**	**Período de pago**	**付款期**	**Վճարման ժամկետը**
	Field Name	**Submit Date**	**Fecha de envío**	**提交日期**	**Ներկայացնելու ամսաթիվը**
	Field Name	**Status**	**Estado**	**狀態**	**Կարգավիճակ**
	Field Name	**Status Date**	**Fecha de estado**	**狀態日期**	**Կարգավիճակի ամսաթիվը**
	Field Name	**Net Amount**	**Importe neto**	**淨額**	**Զուտ վճարը**
	Button	Download Timesheet	Descargar hoja de tiempo	工時單下載	Ներբեռնեք ժամացուցակը
	Button	Download Pay Stub	Descargar talón de pago	下載工資單	Ներբեռնել աշխատավարձի անդորրագիրը:
Payment Details Cluster	Cluster Title	**Payment Details**	**Detalles de pago**	**付款細節**	**Վճարման մանրամասները**
	Field	**Warrant Number**	**Número de autorización**	**支票號碼**	**Անդորրագրի համարը**
	Field Name	**Issue Date**	**Fecha de emisión**	**發行日期**	**Թողարկման օրը**
	Field Name	**Deposit Date**	**Fecha de depósito**	**存款日期**	**Ավանդի ստացման օրը**
	Field Name	**Hours Submitted**	**Horas enviadas**	**小時提交**	**Ներկայացված ժամերը**
	Field Name	**Total Hours Paid**	**Total de horas pagadas**	**支付小時總數**	**Ընդհանուր վճարված ժամերը**
	Field Name	**Overtime Hours**	**Horas de tiempo extra**	**加班小時**	**Արտաժամյա ժամերը**
	Field Name	**Hours Not Paid**	**Horas no pagadas**	**未支付小時**	**Չվճարված ժամերը**
	Section Title	**Earnings Statement**	**Declaración de ganancias**	**收益聲明**	**Եկամուտի հաշվետվություն**
	Column Title	**Earnings**	**Ingresos**	**收益**	**Վաստակած գումարը**
	Column Title	**Current**	**Actual**	**目前**	**Ընթացիկ**
	Column Title	**Year-to-Date**	**Año-a-fecha**	**從年直到現在**	**Տարեկան եկամուտը**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Field Name	**Regular**	**Regular**	**定期**	**Կանոնավոր**
	Field Name	**Overtime**	**Horas extras**	**加班**	**Արտաժամյա**
	Field Name	**Total Gross**	**Total en bruto**	**總額**	**Ընդհանուր գումարը**
	Field Name	**Net Pay**	**Pago neto**	**淨工資**	**Զուտ վճարը**
	Column Title	**Deductions**	**Deducciones**	**扣除額**	**Պահումներ**
	Column Title	**Current**	**Actual**	**目前**	**Ընթացիկ**
	Column Title	**Year-to-Date**	**Año-a-fecha**	**從年直到現在**	**Տարեկան եկամուտը**
	Field Name	**Federal**	Not Translated	Not Translated	Not Translated
	Field Name	**State**	Not Translated	Not Translated	Not Translated
	Field Name	**FICA**	Not Translated	Not Translated	Not Translated
	Field Name	**Medicare**	Not Translated	Not Translated	Not Translated
	Field Name	**SDI/DIEC**	Not Translated	Not Translated	Not Translated
	Field Name	**Total Deductions**	**Deducciones totales**	**總扣除額**	**Ընդհանուր պահումները**
Timesheet Details Cluster	Cluster Title	**Timesheet Details**	**Detalles de la hoja de tiempo**	**時間表細節**	**Ժամացուցակի մանրամասներ**
	Field Name	**Timesheet Number**	**Número de la hoja de tiempo**	**時間表編號**	**Ժամացուցակի համարը**
	Field Name	**Provider Signed**	**Firmado por el proveedor**	**看護人簽名**	**Մատակարարը ստորագրել է**
	Field Name	**Recipient Signed**	**Firmado por el beneficiario**	**受看護人簽名**	**Ստացողը ստորագրել է**
	Field Name	**Messages**	**Mensajes**	**信息**	**Հաղորդագրություններ**
	Message	The hours claimed on this timesheet exceed the available hours. The excess hours will not be paid.	Las horas reclamadas en esta hoja de tiempo exceden las horas disponibles. El exceso de horas no se pagará.	這時間表上報銷的小時超過了可用的小時。這多餘的小時將不會付款。	Այս ժամացուցակում ներկայացված ժամերը գերազանցում են հասանելի ժամերը: Ավելորդ ժամերը չեն վճարվի:
	Message	The hours claimed on this timesheet are more than 70% of the Recipient's monthly authorized hours.	Las horas reclamadas en esta hoja de tiempo son más del 70% de las horas autorizadas mensuales del beneficiario.	這時間表上報銷的小時多過受看護人每個月受權小時的70% 。	Այս ժամացուցակում ներկայացված ժամերը 70%-ով ավելի են քան ստացողի ամսական լիազորված ժամերը:
	Message	This timesheet was submitted before the end of the pay period.	Esta hoja de tiempo se envió antes del final del período de pago.	這個工時單是在付款期结束之前提交。	Այս ժամացուցակը ներկայացվել էր մինչև վճարման ժամկետի ավարտը:
	Message	The hours claimed have exceeded the amount of overtime allowed for this case.	Las horas reclamadas han excedido la cantidad de horas extras permitidas para este caso.	所申報的工時已超過此個案允許的加班時間。	Պահանջվող ժամերի քանակը գերազանցել է այս գործի համար թույլատրված արտաժամյա ժամերի քանակը:
	Message	Recipient telephone review required.	Se requiere revisión telefónica del beneficiario.	需要受看護人電話審閱。	Պահանջվում է հեռախոսային վերանայում ստացողի կողմից:
	Message	The hours claimed for Workweek <variable: workweek #> exceeded the weekly maximum of <variable: Weekly Maximum>.	Las horas reclamadas para la semana laboral <variable: workweek #> excedió el máximo semanal de <variable: Weekly Maximum>.	該工作周 <variable: workweek #>申报的工時數超過每周最大工时数的 <HH：MM>小时。	Աշխատանքային շաբաթ <variable: workweek #>-ի համար ներկայացված ժամերը գերազանցել են <variable: Weekly Maximum> շաբաթական առավելագույն ժամերի քանակը:
	Message	The hours on this timesheet exceeded the overtime exemption limit. The excess hours were not paid.	Las horas de esta hoja de tiempo excedieron el límite de exención de horas extra. El exceso de horas no fueron pagadas.	此工時單上的工時數超出了加班豁免上限。超出的時間將不被支付。	Այս ժամացուցակի ժամերը գերազանցել են արտաժամյա ժամերի քանակին: Ավելորդ ժամերը չեն վճարվել:
	Message	Hours were entered for dates not eligible for payment. These hours were not paid.	Se ingresaron horas para fechas no elegibles para el pago. Estas horas no fueron pagadas.	輸入了不符合付款條件的小時數。這些時間將不被支付。	Այս օրերի համար մուտքագրվել են Ժամեր, որ այլևս իրավասու չեն վճարման: Հավելյալ ժամերը չեն վճարվել:
	Message	You are unable to claim more than 24 hours worked in one day across multiple recipients. Ineligible hours will not be paid.	No puede reclamar más de 24 horas trabajadas en un día entre varios beneficiarios. Las horas no elegibles no serán pagadas.	您不可以在一天內為多位受看護人工作超過 24 小時。不符合資格的時間將不支付。	Դուք չեք կարող օրվա ընթացքում 24 ժամից ավելի աշխատել բազմաթիվ ստացողների մոտ: Ավել հայցված ժամերը չեն վճարվի:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Message	The hours claimed have exceeded the amount of overtime allowed for this case.	Las horas reclamadas han excedido la cantidad de horas extras permitidas para este caso.	所申報的工時已超過此個案允許的加班時間。	Պահանջվող ժամերի քանակը գերազանցել է այս գործի համար թույլատրված արտաժամյա ժամերի քանակը:
	Section Title	**Workweek <#>**	**Semana laborable <#>**	**工作週 <#>**	**Աշխատաշաբաթ <#>**
	Column Title	**Date**	**Fecha**	**日期**	**Ամսաթիվ**
	Column Title	**Hours Worked**	**Horas Trabajadas**	**工作小時**	**Աշխատած ժամերը**
	Column Title	**Start Time**	**Hora de Comienzo**	**開始時間**	**Աշխատանքը Սկսելու Ժամը**
	Column Title	**End Time**	**Hora de Salida**	**結束時間**	**Աշխատանքը Ավարտելու Ժամը**
	Column Title	**Location**	**Lugar de Trabajo**	**位置**	**Գտնվելու վայրը**
	Field	Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday	Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado	星期日 星期一 星期二 星期三 星期四 星期五 星期六	Կիրակի Երկուշաբթի Երեքշաբթի Չորեքշաբթի Հինգշաբթի Ուրբաթ Շաբաթ
	Field	Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec	Ene. Feb. Mar. Abr. May. Jun. Jul. Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.	一月 二月 三月 四月 五月 六月 七月 八月 九月 十月 十一月 十二月	Հունվ Փետ Մրտ Ապր Մայ Հուն Հուլ Օգոս Սեպ Հոկ Նոյ Դեկ
	Field	AM PM	AM PM	上午 下午	AM PM
	Code Value	Home	Casa	家	Տուն
	Code Value	Community	Comunidad	社區	Համայնք
	Code Value	Both	Las dos	兩者	Երկուսն էլ
	Field Name	**Workweek Total**	**Total de la Semana Laboral**	**工作周總數**	**Աշխատանքային Շաբաթվա Ընդհանուր Ժամերը**
	Field Name	**Timesheet Total**	**TOTAL EN LA HOJA DE TIEMPO**	**時間表總計**	**ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԺԱՄԱՔԱՆԱԿԸ**
Travel Time Claim Details Cluster	Title	**Travel Time Claim Details**	**Detalles de reclamos de tiempo de viaje**	**交通時間詳情**	**Ճանապարհի վրա ծախսված ժամանակի հայցի մանրամասները**
	Field Name	**Travel Claim Number**	**Número de la reclamación de viaje**	**交通申报表号码**	**Ճամփորդության հայցի համարը**
	Field Name	**Signature Method**	**Método de firma**	**簽名方法**	**Ստորագրության ձևը**
	Field Name	**Messages**	**Mensajes**	**信息**	**Հաղորդագրություններ**
	Message	This travel claim cannot be processed until the timesheet for this pay period and recipient has been processed.	Esta reclamación de viaje no se puede procesar hasta que se haya procesado la hoja de tiempo de este período de pago para el beneficiario.	在该付款期的工时单處理完毕之后，才能處理此交通申报。	Այս ճամփորդության հայցը չի կարող վճարվել այնքան ժամանակ, քանի դեռ չի վճարվել այս վճարման ժամանակահատվածի ժամացուցակը ստացողի համար:
	Message	No service hours were paid for this recipient so travel time claimed in workweek <X> were not paid.	No se pagaron horas de servicio para este destinatario, por lo que el tiempo de viaje reclamado en semana laboral <X> no se pagó.	該受看护人在工作周<X>没有申報的服務時數，因此其交通時間將不被支付。	Այս ստացողի համար ոչ մի ծառայության ժամ չի վճարվել, ուստի <X> աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում պահանջված ճամփորդության ժամերը չեն վճարվել:
	Message	Hours were entered for dates not eligible for payment. These hours were not paid.	Se ingresaron horas para fechas no elegibles para el pago. Estas horas no fueron pagadas.	輸入了不符合付款條件的小時數。這些時間將不被支付。	Այս օրերի համար մուտքագրվել են Ժամեր, որ այլևս իրավասու չեն վճարման: Հավելյալ ժամերը չեն վճարվել:
	Message	The travel hours claimed for workweek <X> exceeded the travel time maximum of 07:00.	Las horas de viaje reclamadas para la semana laboral < X > excedieron el tiempo máximo de viaje de 07:00.	工作周<X> 申报的交通時間超過了每周交通時間的限制 07:00。	Աշխատանքային շաբաթ <X>-ի համար ներկայացված ճամփորդության ժամերը գերազանցել են ճամփորդության համար նախատեսված առավելագույն 07:00 ժամը:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Section Title	**Travel Week <#>**	**Semana de viaje <#>**	**交通周 <#>**	**Ճամփորդության շաբաթ <#>**
	Column Title	**Date**	**Fecha**	**日期**	**Ամսաթիվ**
	Column Title	**Hours Claimed**	**Horas reclamadas**	**報銷小時**	**Հայցված ժամերը**
	Field	Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday	Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado	星期日 星期一 星期二 星期三 星期四 星期五 星期六	Կիրակի Երկուշաբթի Երեքշաբթի Չորեքշաբթի Հինգշաբթի Ուրբաթ Շաբաթ
	Field	Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec	Ene. Feb. Mar. Abr. May. Jun. Jul. Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.	一月 二月 三月 四月 五月 六月 七月 八月 九月 十月 十一月 十二月	Հունվ. Փետ. Մրտ. Ապր. Մայ. Հուն. Հուլ. Օգոս. Սեպ. Հոկ. Նոյ. Դեկ.
	Field Name	**Workweek Total**	**Total de la Semana Laboral**	**工作周總數**	**Աշխատանքային Շաբաթվա Ընդհանուր ժամերը**
	Field Name	**Timesheet Total**	**TOTAL EN LA HOJA DE TIEMPO**	**時間表總計**	**ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԺԱՄԱՔԱՆԱԿԸ**
Sick Leave Claim Details Cluster	Cluster Title	**Sick Leave Claim Details**	**Detalles de reclamo de tiempo de enfermedad**	**病假付款詳情**	**Հիվանդության պատճառով բացակայության հայցի մանրամասները**
	Field Name	**Sick Leave Claim Number**	**Número de reclamo de tiempo de enfermedad**	**病假報銷號碼**	**Հիվանդության բացակայություն հայցի համարը**
	Field Name	**Signature Method**	**Método de firma**	**簽名方法**	**Ստորագրության ձևը**
	Column Title	**Absence Date**	**Fecha de ausencia**	**缺席日期**	**Բացակայության ամսաթիվը**
	Column Title	**Hours Claimed**	**Horas reclamadas**	**報銷小時**	**Հայցված ժամերը**
Training Time Claim Details Cluster	Cluster title	**Training Time Claim Details**	**Detalles de la reclamación de tiempo de entrenamiento**	**培訓時間申報詳情**	**Վերապատրաստման ժամերի հայցի մանրամասները**
	Field Name	**Claim Number**	**Número de reclamación**	**申報編號**	**Հայցի համարը**
	Subcluster title	**Training Time <#>**	**Tiempo de entrenamiento <#>**	**培訓時間 <#>**	**Վարապատրաստման ժամերը՝ <#>**
	Field Name	**Career Pathway**	**Carrera profesional**	**職業培訓**	**Կարիերայի Ուղի**
	Field Name	**Class Number**	**Número de clase**	**課程編號**	**Դասի համարը**
	Field Name	**Class Name**	**Nombre de clase**	**課程名稱**	**Դասի անունը**
	Field Name	**Training Date**	**Fecha de entrenamiento**	**培訓日期**	**Վերապատրաստման օրը**
	Field Name	**Hours Claimed**	**Horas reclamadas**	**報銷小時**	**Հայցված ժամերը**
	Field Name	**Rejected**	**Rechazada**	**拒絕**	**Մերժված**
Incentive Claim Details Cluster	Cluster Title	**Incentive Claim Details**	**Detalles de la reclamación de incentivos**	**獎勵申報詳情**	**Խրախուսական հայցի մանրամասները**
	Field Name	**Claim Number:**	**Número de reclamación**	**申報編號**	**Հայցի համարը**
	Field Name	**Career Pathway:**	**Carrera profesional**	**職業培訓**	**Կարիերայի Ուղի**

DSD Appendix D/Sick Leave Claim

CI
CI-822541 - DSD TRAN Sick Leave Claim IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**Sick Leave Claim**	**Reclamo de tiempo de enfermedad**	**病假報銷**	**Հիվանդության պատճառով բացակայության հայց**
	Static Text	An asterisk (*) indicates a required field.	Un asterisco (*) indica una sección obligatoria.	星號 (*) 標示必填項.	Աստղանիշը (*) ցույց է տալիս, որ պարտադիր պետք է լրացվի
	Static Text	To begin your Sick Leave claim, use the dropdown menu to select a pay period, then select a Recipient. After selecting a Pay Period, a drop-down menu will be displayed to allow you to select a Recipient.	Para comenzar su reclamo de tiempo de enfermedad, use el menú desplegable para seleccionar un período de pago. Después de seleccionar un Período de pago, se mostrará un menú desplegable para permitirle seleccionar un Beneficiario.	開始您的病假申報，請使用下拉菜單選擇一個付款期。選擇付薪期後，將顯示一個下拉菜單，讓您選擇受看护人。	Հիվանդության պատճառով բացակայության հայցը սկսելու համար օգտագործեք բացվող ընտրացանկը՝ վճարման ժամանակահատվածն ընտրելու համար: Վճարման ժամանակահատվածն ընտրելուց հետո՝ կտեսնեք բացվող ընտրացանկ, որը թույլ կտա Ձեզ ընտրել Ստացողին:
	Static Text	To learn more about Sick Leave Claim, visit Sick Leave Claim FAQ.	Para obtener más información sobre el reclamo de tiempo de enfermedad, visite Preguntas frecuentes sobre el reclamo de tiempo de enfermedad.	要了解有關病假申報的更多信息，請訪問 病假申報常見問題解答.	Հիվանդության Պատճառով Բացակայության Հայցի մասին ավելին իմանալու համար այցելեք՝ Հաճախակի Տրվող Հարցեր (FAQ) Հիվանդության Պատճառով Բացակայության վերաբերյալ:
	Cluster Heading	Sick Leave Time	Tiempo de enfermedad	病假時間	Հիվանդության բացակայության ժամանակաշրջանը
	Banner Message	You have no available sick hours to claim.	No tienes horas de enfermedad disponibles para reclamar.	您沒有可用的病假來報銷。	Դուք չունեք հասանելի հիվանդության ժամեր:
	Banner Message	You are not eligible to claim Sick Leave at this time.	Usted no es elegible para reclamar tiempo de enfermedad en este momento.	現時您沒有資格要求病假。	Դուք իրավասու չեք պահանջել հիվանդության բացակայության ժամեր այս պահին:
	Banner Message	You must be actively working for a recipient to claim Sick Leave hours.	Usted debe estar trabajando activamente para un beneficiario para reclamar horas de tiempo de enfermedad.	你必須活躍為受看護人工作以得報銷病假。	Դուք պետք է աշխատանքի մեջ լինեք, որպեսզի կարողանաք պահանջել հիվանդության բացակայության ժամեր:
	Sub-Cluster Heading	**Prior Fiscal Year**	**Año fiscal anterior**	**前財政年度**	**Նախորդ ֆինանսական տարին**
	Sub-Cluster Heading	**Current Fiscal Year**	Este año fiscal	目前財政年度	Ընթացիկ ֆինանսական տարի
	Field Name	Available Hours:	Horas disponibles:	可用時間:	Հասանելի ժամեր.
	Field Name	Previously Claimed Hours:	Horas reclamadas anteriormente:	先前報銷的小時:	Նախկինում հայցված ժամերը.
(do not translate <00>, only the 'H' needs to be translated)		<00>H	<00>H	<00>小時	<00>Ժ
(do not translate <00>, only the 'M' needs to be translated)		<00>M	<00>M	<00>分鐘	<00>Ր
	Field Name	**Pay Period**	**Período de pago**	**付款期**	**Վճարման ժամանակահատվածը**
	Field Name	**Recipient**	**Beneficiario**	**受看護人**	**Ստացող**
	Error Message	You must select a Pay Period.	Debe seleccionar un período de pago.	您必須選擇一個付款周期。	Դուք պետք է ընտրեք վճարման ժամանակահատվածը:
	Error Message	You must select a Recipient.	Debe seleccionar un beneficario.	您必須選擇一個受看護人。	Դուք պետք է ընտրեք Ստացողին:

	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Screen Title	**Sick Leave Claim Time Entry**	**Ingreso de reclamo de tiempo de enfermedad**	**病假申請輸入**	**Հիվանդության պատճառով բացակայության ժամերի մուտքագրում**
	Static Text	Enter the date and time of your absence. Select the Add button to save your Absence Date. You can remove a Claimed Absence by selecting the Delete button. Select the Submit Claim button to finalize your Sick Leave Claim. • You must complete the existing Absence Date before adding a new Absence Date. • Each Absence Date must have a minimum of 1 hour claimed with additional time claimed in 30 minute increments. • If you only have 30 minutes available, then you can claim less than 1 hour. • You must include all claimed hours for an Absence Date in a single row. • You cannot claim more than your Available Hours. • You can delete additional Absence Dates by selecting the Delete button.	Introduzca la fecha y hora de su ausencia. Seleccione el botón Agregar para guardar su Fecha de ausencia. Puede eliminar una ausencia reclamada seleccionando el botón Eliminar. Seleccione el botón Enviar reclamo para finalizar su reclamo de tiempo de enfermedad. • Debe completar la Fecha de ausencia existente antes de agregar una nueva Fecha de ausencia. • Cada Fecha de ausencia debe tener un mínimo de 1 hora reclamada con tiempo adicional reclamado en incrementos de 30 minutos. • Si solo tiene 30 minutos disponibles, puede reclamar menos de 1 hora. • Debe incluir todas las horas reclamadas para una Fecha de ausencia en una sola fila. • No puede reclamar más de sus horas disponibles. • Puede eliminar Fechas de ausencia adicionales seleccionando el botón Eliminar.	輸入您缺勤的日期和時間。点击“添加”按鈕以保存您的缺勤日期。您可以通過点击“删除”按鈕來删除“缺勤申报”。点击“提交申报”按鈕以完成您的病假申报。 • 在添加新的缺勤日期之前，您必須完成現有的缺勤日期。 • 每個缺勤日期必須至少申請 1 小時，並以 30 分鐘為增量申請額外時間。 • 如果您只有 30 分鐘可用，则您可以申报少於 1 小時。 • 您必須在一行中包括一個缺勤日期的所有申报小時數。 • 您不能申报超過您的可用小時數。 • 您可以通過選擇“删除”按鈕來删除其他缺勤日期。	Մուտքագրեք Ձեր բացակայության ամսաթիվը և ժամը: Ընտրեք «Ավելացնել» կոճակը՝ Ձեր բացակայության ամսաթիվը պահպանելու համար: Դուք կարող եք ջնջել հայցվող բացակայությունը՝ ընտրելով «Ջնջել» կոճակը: Ընտրեք «Ներկայացնել հայցը» կոճակը՝ Ձեր հիվանդության պատճառով բացակայության հայցը ներկայացնելու համար: • Դուք պետք է լրացնեք գոյություն ունեցող բացակայության օրը, նախքան նոր Բացակայության ամսաթիվ ավելացնելը: • Յուրաքանչյուր բացակայության օրվա համար պետք է պահանջվի առնվազն 1 ժամ, իսկ լրացուցիչ ժամանակը՝ 30 րոպեի չափով: • Եթե Դուք ունեք ընդամենը 30 րոպե հասանելի, ապա միայն այդ դեպքում կարող եք պահանջել 1 ժամից պակաս ժամանակ: • Դուք պետք է մեկ տողում ներառեք բացակայության օրվա համար պահանջված բոլոր ժամերը: • Դուք չեք կարող պահանջել ավելին, քան Ձեր հասանելի ժամերն են: • Դուք կարող եք ջնջել լրացուցիչ բացակայության օրերը՝ ընտրելով Ջնջել կոճակը:
	Field Name	**Pay Period**	**Período de pago:**	**付款期:**	**Վճարման ժամանակահատվածը.**
	Field Name	**Available Hours:**	**Horas disponibles:**	**可用時間:**	**Հասանելի ժամեր.**
	Field Name	**Previously Claimed Hours:**	**Horas reclamadas anteriormente:**	**先前報銷的小時:**	**Նախկինում հայցված ժամերը.**
	Field Name	**Status:**	**Estado:**	**狀態:**	**Կարգավիճակը.**
	Field Name	**Status Date:**	**Fecha de estado:**	**狀態日期:**	**Կարգավիճակի ամսաթիվը.**
	Code Value	New	Nuevo	新	Նոր
	Cluster Heading	**Sick Leave Claims**	Reclamos de tiempo de enfermedad	病假申报	Հիվանդության պատճառով բացակայության հայցեր
	Sub-Cluster Heading	**Sick Leave Claim <#>**	**Tiempo de enfermedad <#>**	**病假 <#>**	**Հիվանդության պատճառով բացակայություն <#>**
	Field Name	**Absence Date**	**Fecha de ausencia**	**缺席日期**	**Բացակայության ամսաթիվը**

	Field Name	**Hours**	**Horas**	**小時**	**Ժամեր**
	Field Name	**Minutes**	**Minutos**	**分鐘**	**Րոպե**
	Button	**Delete**	**Eliminar**	**刪除**	**Ջնջել**
	Field Name	**Claimed Hours:**	**Horas reclamadas:**	**報銷時間:**	**Հայցված ժամեր.**
	Button	**Add New**	**Agregar nuevo**	**添加新建**	**Ավելացնել Նորը**
	Button	Submit Claim	Enviar reclamación	提交報銷	Ներկայացնել Հայցը
	Button	**Back**	**Atrás**	**返回**	**Նախորդ**
	Error Message	Absence Date cannot be blank.	La fecha de ausencia no puede estar en blanco.	缺勤日期不能為空。	Բացակայության ամսաթիվը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Incorrect Date Format.	El formato de la fecha es incorrecto.	日期格式不正確。	Ամսաթվի սխալ ֆորմատ:
	Error Message	The absence date must be within the pay period selected.	La fecha de ausencia debe estar dentro del período de pago seleccionado.	缺席日期必須在所選的付款期間內。	Բացակայության ամսաթիվը պետք է լինի վճարման ժամանակահատվածում:
	Error Message	Sick Leave may not be claimed for a future date.	El tiempo de enfermedad no se puede reclamar para una fecha futura.	未來日期可能不能報銷病假。	Հիվանդության բացակայության ժամերը չեն կարող պահանջվել ապագա ամսաթվով:
	Error Message	You cannot claim Sick Leave for this date because you were not eligible to work for the selected Recipient on this day.	Usted no puede reclamar horas de tiempo de enfermedad porque no era elegible para trabajar para el beneficiario que selecciono este día.	您不能在此日期要求病假, 因為這一天您沒有資格為所選的受看護人工作。	Դուք չեք կարող պահանջել հիվադության բացակայության ժամեր այս օրվա համար, քանի որ իրավասու չեք աշխատել ընտրված ստացողի համար այդ օրը:
	Error Message	Hours or Minutes cannot be blank.	Las horas o los minutos no pueden estar en blanco.	小時或分鐘不能為空。	Ժամերը կամ Րոպեները չեն կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Minutes or Hours cannot be blank.	Los minutos u horas no pueden estar en blanco.	分鐘或小時不能為空。	Րոպեները կամ ժամերը չեն կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Hours entered must be a number.	Las horas ingresadas deben ser un número.	輸入的小時必須為數字。	Մուտքագրված ժամերը պետք է բաղկացած լինեն թվերից:
	Error Message	Minutes entered must be a number.	Minutes entered must be a number.	輸入的分鐘必須是數字。	Մուտքագրված Րոպեները պետք է լինեն թվերով:
	Error Message	Minutes must be 0 or 30 only.	Los minutos solamente deben ser 0 o 30.	分鐘必須只是0或30。	Պետք է մուտքագրեք միայն 0 կամ 30 Րոպե:
	Error Message	Sick leave hours may not exceed 24 hours per day.	Las horas de enfermedad no pueden ser más que 24 horas por día.	病假時間不得超過每天24小時。	Հիվանդության բացակայության ժամերը չեն կարող գերազանցել օրական 24 ժամից:
	Error Message	You have already entered time for this day.	Usted ya ingresó tiempo para este día.	您已經輸入了這一天的時間。	Դուք արդեն լրացրել եք ժամաքանակ այս օրվա համար:
	Error Message Banner	You must claim a minimum of 1 hour of Sick Leave for each Absence Date when you have at least 1 hour available.	Debe reclamar un mínimo de 1 hora de tiempo de enfermedad por cada fecha de ausencia cuando tenga al menos 1 hora disponible.	當您有 1 小時或以上的可用時间，您必須為缺勤日期申报最低限度1 小時的病假。	Դուք պետք է պահանջեք առնվազն հիվանդության բացակայության 1 ժամ յուրաքանչյուր բացակայության օրվա համար, երբ Դուք ունեք առնվազն 1 ժամ հասանելի:
	Error Message Banner	The total time entered exceeds the available hours for Sick Leave.	El tiempo total ingresado excede las horas disponibles para el tiempo de enfermedad.	輸入的總時間超過病假的可用小時數。	Մուտքագրված ընդհանուր ժամերը գերազանցում են հիվանդության պատճառով բացակայության հասանելի ժամաքանակին:
	Informational Banner	Sick Leave entry is disabled for days you are unable to claim time. Please contact your county if you need assistance.	El ingreso de tiempo de enfermedad está deshabilitada por los días que no puede reclamar tiempo. Por favor comuníquese con su condado si necesita ayuda.	在您無法申报工时的日期，病假被禁用。如果您需要幫助，請聯繫您所在的郡。	Հիվանդության պատճառով բացակայության Ժամերի մուտքագրումը չի աշխատի այն օրերի համար, որոնց համար Դուք չեք կարող ժամեր

					պահանջել: Խնդրում ենք դիմել Ձեր վարչաշրջանին, եթե օգնության կարիք ունեք:
	Screen Title	**Sick Leave Electronic Signature**	**Firma electrónica de tiempo de enfermedad**	**病假電子簽名**	**Հիվանդության պատճառով բացակայության էլեկտրոնային ստորագրություն**
	Static Text	**Please electronically sign your Sick Leave Claim for <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY>.**	**Por favor firma electrónicamente su reclamación de tiempo de enfermedad para <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY>.**	**請電子簽署您的病假報銷 <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY>**	**Խնդրում ենք էլեկտրոնային եղանակով ստորագրել Ձեր հիվանդության բացակայության հայցը <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY>-ի համար:**
	Static Text	I hereby acknowledge that the information provided is true and correct. I have spoken to my recipient(s), and he/she/they know that I will be taking sick leave on the dates and for the amount of time indicated on this sick leave claim.	Reconozco que la información proporcionada es verdadera y correcta. He hablado con mi beneficiario(s), y él/ella/ellos saben que voy a tomar tiempo de enfermedad en las fechas y la cantidad de tiempo que se indican en esta reclamación de tiempo de enfermedad.	我特此承認, 所提供的資訊是真實和正確的。我已經和我的受看護人談論過, 他/她/他們知道我將請病假的日期和病假報銷上指明的時間內請假。	Ես երաշխավորում եմ, որ որ տրամադրված տեղեկատվությունը ստույգ է և ճշմարիտ: Ես խոսել եմ իմ ստացողի(ների) հետ, և նրանք գիտեն, որ ես հիվանդության բացակայություն եմ վերցնելու այն ժամաքանակի և օրերի համար, որ նշված է բացակայության հայցում:
	Static Text	**Once you sign this claim it will be submitted for payment and you will not be able to make changes.**	**Una vez que usted firme este reclamo, será enviado para el pago y usted no podrá hacer cambios.**	**一旦您簽署這報銷, 它將提交付款和 您將無法進行更改。**	**Այս հայցը ստորագրելուց հետո այն կուղարկվի վճարման, և Դուք այլևս փոփոխություններ կատարելու հնարավորություն չեք ունենա:**
(do not translate '<Provider Name>)	Static Text	I, <Provider Name>, agree to the statement above.	Yo, <Provider Name>, estoy de acuerdo con los términos anteriores.	本人, <Provider Name>, 同意上述條款	Ես՝ <Provider Name>, համաձայն եմ վերոնշյալ պայմաններին:
	Button	Sign and Submit	Firme y envíe	簽名並提交	Ստորագրեք և Ներկայացրեք
	Button	Cancel	Cancelar	**取消**	**ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ**
	Static Text	Something went wrong! Please logout and try again. If this problem continues, please contact the Help Desk between 8:00 A.M. and 6:00 P.M., Monday through Friday, excluding major holidays, at 1-866-376-7066. Select option 4 from the phone menu for assistance.	¡Algo salió mal! Por favor cierre la sesión y vuelva a intentarlo. Si este problema continúa por favor comuníquese con la línea de asistencia de hojas de tiempo electrónicas entre las 8:00 A.M. y 6:00 P.M., de lunes a viernes, excluyendo los días festivos, al 1-866-376-7066. Seleccione la opción 4 del menú del teléfono para obtener asistencia.	出了些問題!請登出並重試。如果此問題繼續, 請與服務台聯繫, 上午8時至下午6時, 星期一至星期五, 不包括主要假期, 1-866-376-7066。從 "電話" 功能表中選擇 "選項 4" 幫助。	Ինչ որ բան սխալ է! Խնդրում ենք դուրս գալ համակարգից և կրկին փորձել: Եթե այս խնդիրը շարունակվի, կարող եք զանգահարել աջակցության բաժին աշխատանքային ժամերի ընթացքում՝ Երկուշաբթիից - Ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 6-ը, 1-866-376-7066 հեռախոսահամարով: Ընտրեք տարբերակ 4-ը հեռախոսային ընտրացանկից՝ օգնության համար:
	Static Text	Another Sick Leave claim has been processed since you started this claim. This claim is no longer valid. Press Cancel on this screen and try again with a new claim. If you are not able to start a new claim please contact the Help Desk between 8:00 AM and 5:00 PM, Monday through Friday, excluding major holidays, at 1-866-376-7066.	Otra reclamación de tiempo de enfermedad ha sido procesada desde que usted inició esta reclamación. Esta reclamación ya no es válida. Presione Cancelar en esta pantalla y vuelva a intentarlo con una nueva reclamación. Si usted no es capaz de iniciar una nueva reclamación, por favor comuníquese con la línea de asistencia de hojas de tiempo electrónicas entre las 8:00 AM y 5:00 PM, de lunes a viernes, excluyendo los días festivos principales, al 1-866-376-7066.	在您提交此新病假申請的同時,另一份病假申請已提交處理。因此，此申請不再有效。在此屏幕上按取消，然後開始新的申請。如果您無法開始新的申請，請聯繫服務台。上午8時至下午6時, 星期一至星期五, 不包括主要假期, 1-866-376-7066。	Մինչ Դուք սկսել եք այս հայցը, մեկ այլ հիվանդության բացակայության հայց է հաստատվել: Ձեր սկսած հայցն այլևս ուժի մեջ չէ: Սեղմեք «Չեղարկել» կոճակը այս էկրանի վրա և կրկին փորձեք նոր հայցով: Եթե Դուք չեք կարող նոր հայց սկսել, խնդրում ենք զանգահարել աջակցության բաժին աշխատանքային ժամերի ընթացքում՝ Երկուշաբթիից - Ուրբաթ,

					առավոտյան ժամը 8-ից մինչև
	Static Text	Your eligibility or your recipient's eligibility has changed since you started this claim. This Claim is no longer valid. Please try again with a new claim. If you are not able to start a new claim please contact your county.	Su elegibilidad o elegibilidad de su beneficiario ha cambiado desde que usted inició este reclamo. Esta reclamación ya no es válida. Por favor, inténtelo de nuevo con una nueva reclamación. Si usted no puede comenzar una nueva reclamación por favor comuníquese con su condado.	自您開始這個報銷,您的資格或您的受看護人的資格已經改變,此報銷不再有效。請再試新的報銷。如果您無法開始新的報銷, 請聯繫您的縣。	Այս հայցը սկսելուց հետո, Ձեր կամ Ձեր ստացողի կարգավիճակը փոխվել է: Այս հայցն անվավեր է: Խնդրում ենք փորձել կրկին մի նոր հայցով: Խնդրում ենք դիմել Ձեր վարչաշրջանին, եթե չեք կարողանում սկսել նոր հայցը:
	Static Text	Your Sick Leave eligibility has changed since you started this Sick Leave Claim. This claim is no longer valid. Please try again with a new claim. If you are not able to start a new claim please contact your county.	Su elegibilidad para tiempo de enfermedad ha cambiado desde que usted inició este reclamo. Esta reclamación ya no es válida. Por favor, inténtelo de nuevo con una nueva reclamación. Si usted no puede comenzar una nueva reclamación por favor comuníquese con su condado.	此病假申报後，您的病假資格發生了變化。請再試新的報銷。如果您無法開始新的報銷, 請聯繫您的縣。	Ձեր հիվանդության բացակայության իրավունքը փոխվել է այն պահից, երբ Դուք սկսել եք այս հիվանդության պատճառով բացակայության հայցը: Այս հայցն անվավեր է: Խնդրում ենք փորձել կրկին մի նոր հայցով: Խնդրում ենք դիմել Ձեր վարչաշրջանին, եթե չեք կարողանում սկսել նոր հայցը:
	Static Text	Something went wrong! Please logout and try again. If this problem continues, please contact the Help Desk between 8:00 AM and 5:00 PM, Monday through Friday, excluding major holidays, at 1-866-376-7066.	¡Algo salió mal! Por favor cierre la sesión y vuelva a intentarlo. Si este problema continúa por favor comuníquese con la línea de asistencia de hojas de tiempo electrónicas entre las 8:00 AM y 5:00 PM, de lunes a viernes, excluyendo los días festivos, al 1-866-376-7066.	出了些問題!請登出並重試。如果此問題繼續, 請與服務台聯繫, 上午8時至下午5時, 星期一至星期五, 不包括主要假期, 1-866-376-7066。	Ինչ որ բան սխալ է! Խնդրում ենք դուրս գալ համակարգից և կրկին փորձել: Եթե այս խնդիրը շարունակվի, կարող եք զանգահարել աջակցության բաժին աշխատանքային ժամերի ընթացքում՝ Երկուշաբթիից - Ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը, 1-866-376-7066 հեռախոսահամարով:
Sick Leave Claim Electronic Signature Confirmation	Static Text	Are you sure you want to submit this claim now? Once you submit this claim you cannot change it. Press OK to finish or Cancel to go back to the claim.	¿Está seguro de que desea enviar este reclamo ahora? Una vez que usted envía este reclamo no podrá cambiarlo. Presione OK para finalizar o Cancelar para volver al reclamo.	您是否確實要立即提交此報銷？您一旦提交此報銷,您將無法更改。按可以完成或取消以返回報銷。	Արդյո՞ք վստահ եք, որ ցանկանում եք ներկայացնել այս հայցը: Հայցը ներկայացնելուց հետո Դուք չեք կարող փոխել այն: Ավարտելու համար սեղմեք «Համաձայն եմ» կոճակը, կամ «Չեղարկել» կոճակը՝ հայցին ետ վերադառնալու համար:
	Button	OK	De acuerdo	可以	Համաձայն եմ
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Static Text	**Your Sick Leave claim for <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY> has been submitted for payment.**	**Su reclamo de tiempo de enfermedad para <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY> ha sido presentado para el pago.**	**您的病假報銷 <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY> 已提交付款**	**Ձեր հիվանդության բացակայության հայցը <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY> -ի համար ներկայացվել է վճարման**
	Button	OK	De acuerdo	可以	Համաձայն եմ

DSD Appendix D/Direct Deposit

CI
CI-822543 - DSD TRAN Direct Deposit IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Direct Deposit Entry	Screen Title	**Direct Deposit**	**Depósito directo**	**直接存款**	**Ուղղակի Ավանդ**
	Static Text	**Select Your Direct Deposit Option**	**Seleccione su opción de depósito directo**	**選擇您的直接存款選項**	**Ընտրեք Ձեր Ուղղակի Ավանդի տարբերակը**

	Static Text	Please select one of the options below to begin. Select NEW to enroll in Direct Deposit, CHANGE to change your Direct Deposit Account, or CANCEL to stop receiving Direct Deposit. You will need your Account Number and Routing Number to request a new or change an existing Direct Deposit. After selecting a Direct Deposit Option, an authorization checkbox will be displayed. Select the authorization checkbox to confirm your option and select Next to continue. To learn more about Direct Deposit, visit Direct Deposit FAQ. (PDF)	Seleccione una de las siguientes opciones para comenzar. Seleccione NUEVO para inscribirse en el Depósito directo, CAMBIAR para cambiar su cuenta de Depósito directo o CANCELAR para dejar de recibir el Depósito directo. Necesitará su número de cuenta y número de ruta para solicitar un depósito directo nuevo o cambiar uno existente. Después de seleccionar una opción de Depósito directo, se mostrará una casilla de verificación de autorización. Seleccione la casilla de verificación de autorización para confirmar su opción y seleccione Siguiente para continuar. Para obtener más información sobre el Depósito directo, visite preguntas frecuentes sobre el Depósito directo. (PDF)	請選擇以下一項開始。選擇 新建 註冊直接存款，選擇 更改 修改您的直接存款賬戶，或 取消 停止接收直接存款。您將需要您的賬戶號碼和路由號碼來申請新建或更改現有的直接存款。選擇"直接存款"選項後，將顯示一個授權複選框。選擇授權複選框以確認您的選項，然後選擇"下一步"繼續。要了解有關直接存款的更多信息，請訪問 直接存款常見問題。(PDF)	Խնդրում ենք ընտրել ստորև ներկայացված տարբերակներից մեկը՝ սկսելու համար: Ընտրեք ՆՈՐ՝ Ուղղակի Ավանդին գրանցվելու համար, ՓՈԽԵԼ՝ Ձեր Ուղղակի Ավանդի հաշիվը փոխելու համար կամ ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ՝ Ուղղակի Ավանդ չստանալու համար: Ձեզ անհրաժեշտ կլինի Ձեր բանկի հաշվեհամարը և բանկի ինքնությունը հաստատող համարը՝ նոր ուղղակի ավանդ պահանջելու համար կամ արդեն գոյություն ունեցող ուղղակի ավանդը փոխելու համար: Ուղղակի Ավանդի տարբերակն ընտրելուց հետո կցուցադրվի թույլտվության վանդակը: Ընտրեք թույլտվության վանդակը՝ Ձեր տարբերակը հաստատելու համար և ընտրեք «Հաջորդ»՝ շարունակելու համար: Ուղղակի Ավանդի մասին ավելին իմանալու համար այցելեք՝ Հաճախակի Տրվող Հարցեր (FAQ) Ուղղակի Ավանդի վերաբերյալ: (PDF)
	Static Text	To learn more about Direct Deposit, visit Direct Deposit FAQ.	Para obtener más información sobre el Depósito directo, visite preguntas frecuentes sobre el Depósito directo.	要了解有關直接存款的更多信息，請訪問 直接存款常見問題。	Ուղղակի Ավանդի մասին ավելին իմանալու համար այցելեք՝ Հաճախակի Տրվող Հարցեր (FAQ) Ուղղակի Ավանդի վերաբերյալ:
	Radio button	**NEW** - Enroll in Direct Deposit	**NUEVO** - Inscríbase en Depósito directo	**新建**- 註冊直接存款	**ՆՈՐ** – Գրանցվել Ուղղակի Ավանդի համար
	Radio button	**CHANGE** - Change Direct Deposit Account	**CAMBIAR** - Cambiar cuenta de Depósito directo	**更改** - 修改直接存款賬戶	**ՓՈԽԵԼ** – Փոխել Ուղղակի Ավանդի հաշիվը
	Radio button	**CANCEL** - Cancel Direct Deposit	**CANCELAR** - Cancelar Depósito directo	**取消** - 取消直接存款	**ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ** - Ուղղակի Ավանդը չեղյալ համարել
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Check Box	I, <Provider Name>, hereby authorize the State Controller's Office to directly deposit my pay warrants to my personal bank account.	Yo, <provider name>, autorizo a la Oficina del Contralor Estatal (SCO) que deposite mis pagos directamente a mi cuenta bancaria personal.	我, <provider name>, 特此授權州財政總管的辦公室直接將我的付款支票存入我的個人銀行帳戶。	ես, <provider name>, իրավունք եմ տալիս Նահանգի Վերահսկիչ Գրասենյակին, ինձ տրամադրվող վճարը ուղիղ փոխանցել իմ անձնական բանկային հաշվին:
	Check Box	I, <Provider Name>, hereby authorize the State Controller's Office to change my direct deposit to my new personal bank account.	Yo, <provider name>, autorizo a la Oficina del Contralor Estatal (SCO) que cambie mi depósito directo a mi nueva cuenta bancaria.	我, <provider name>, 特此授權州財政總管的辦公室更改我的直接存款去我新的個人銀行帳戶。	ես, <provider name>, իրավունք եմ տալիս Նահանգի Վերահսկիչ Գրասենյակին, տեղափոխել իմ Ուղղակի Ավանդը իմ նոր անձնական բանկային հաշվին:
	Check Box	I, <Provider Name>, hereby cancel my Direct Deposit authorization.	Yo, <provider name>, cancelo mi autorización de depósito directo.	我, <provider name>, 特此取消我的直接存款授權。	ես, <provider name>, դրանով իսկ չեղյալ եմ համարում իմ Ուղղակի Ավանդի թույլտվությունը:
	Screen Title	**Direct Deposit Recipient Selection**	**Selección del beneficiario del depósito directo**	**直接存款受看護人選擇**	**Ուղղակի Ավանդի Ստացողի ընտրություն**
	Static Text	Select one or more Recipients for your direct deposit request. Your direct deposit request will only apply to the Recipient(s) you select.	Seleccione uno o más beneficiarios para su solicitud de depósito directo. Su depósito directo solo se aplicará para los beneficiarios que ha seleccionado.	為您的直接存款申請選擇一個或多個受看護人。您的直接存款請求,將只適用於您選擇的受看護人。	Ընտրեք մեկ կամ մի քանի Ստացողների՝ Ձեր ուղղակի ավանդի խնդրանքի համար: Ձեր Ուղղակի Ավանդի պահանջը կվերաբերվի միայն Ձեր ընտրած ստացող(ներ)ին:
	Static Text	Select Recipients	Seleccione beneficiarios	選擇受看護人	Ընտրեք Ստացողներին
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ
	Button	Back	Atrás	返回	Նախորդ
	Static Text	You are currently not working for any recipients.	Actualmente no está trabajando para ningún beneficiario.	您目前沒有為任何受看護人工作。	Դուք ներկայումս չեք աշխատում որևէ ստացողի համար:
	Static Text	You are currently not working for any recipients. If you are cancelling an existing Direct Deposit for a recipient you no longer work for, please complete and	Actualmente no está trabajando para ningún beneficiario. Si está cancelando un Depósito Directo existente para un beneficiario para el que ya no trabaja,	您目前沒有為任何受看護人工作。如果您要取消您不再為之工	Դուք ներկայումս չեք աշխատում որևէ ստացողի համար: Եթե Դուք չեղարկում եք գոյություն ունեցող Ուղղակի Ավանդը ստացողի համար, ում համար այլևս չեք

		submit a paper request form. This form can be found at the following link: IHSS Provider Direct Deposit Enrollment/Change/Cancellation Form.	complete y envíe un formulario de solicitud en papel. Este formulario se puede encontrar en el siguiente enlace: Formulario de Inscripción/Cambio/Cancelación del Proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar.	作的受看護人的現有直接存款，請填寫並提交紙質申請表。此表格可在以下鏈接中找到：居家援助服務看護人直接存款注冊 / 更改 / 取消表格。	աշխատում, ապա խնդրում ենք լրացնել և ներկայացնել թղթային հարցման ձևը: Այս ձևը կարելի է գտնել հետևյալ հղումով՝ In-Home Supportive Services Provider Direct Deposit Enrollment/Change/Cancellation Form.
	Link Text	IHSS Provider Direct Deposit Enrollment/Change/Cancellation Form	Formulario de Inscripción de Depósito Directo/Cambio/Cancelación del Proveedor de IHSS	IHSS看護人直接轉賬登記/更改/取消表格	IHSS մատակարարի Ուղղակի Ավանդի գրանցման/փոփոխման/չեղարկման ձևը
	Button	Return to Direct Deposit Screen	Volver a la pantalla Depósito directo	返回“直接存款”屏幕	Վերադառնալ Ուղղակի Ավանդի էկրանին
	Screen Title	**Direct Deposit Bank Details**	**Detalles bancarios del depósito directo**	**直接存款銀行細節**	**Ուղղակի Ավանդի բանկային տվյալները**
	Header	Direct Deposit Instructions	Instrucciones de Depósito directo	直接存款說明	Ուղղակի Ավանդի Հրահանգներ
	Static Text	Begin by selecting the Type of Account then enter your routing number and account number found on your personal check.	Comience seleccionando el Tipo de cuenta y luego ingrese su número de ruta y número de cuenta que se encuentran en su cheque personal.	首先選擇帳戶類型，然後輸入您的個人支票上的路由號碼和帳號。	Սկսեք ընտրելով Հաշվի տեսակը, այնուհետև մուտքագրեք Ձեր չեկի վրա գտնվող բանկի ինքնությունը հաստատող համարը և Ձեր անձնական չեկում գտնված հաշվեհամարը:
	Static Text	The Bank Name will display based on the Routing Number you enter.	El nombre del banco se mostrará en función del número de ruta que introduzca.	銀行名稱將根據您輸入的路由號碼顯示。	Բանկի անունը կցուցադրվի Ձեր մուտքագրած բանկի ինքնությունը հաստատող համարի հիման վրա:
	Static Text	Entering an incorrect routing number or account number will cause your Direct Deposit to be rejected.	Al ingresar un número de ruta o un número de cuenta incorrecto causara que su depósito directo sea rechazado.	輸入不正確的銀行代號或帳號將導致您的直接存款被拒絕。	որ Ձեր Ուղղակի Ավանդը կմերժվի, եթե մուտքագրեք բանկի կամ հաշվի սխալ համարներ:
	Static Text	The routing number is 9 digits long and starts with 0, 1, 2 or 3.	El número de ruta tiene que ser de 9 dígitos y tiene que comenzar con un 0, 1, 2, o 3.	銀行代號必須長達9個數字,並且以0、1、2或3開始。	Բանկի ինքնությունը հաստատող համարը բաղկացած է 9 նիշից և սկսվում է 0, 1, 2 կամ 3 թվանշանով:
	Static Text	The account number must be between 4 and 17 digits.	El número de cuenta tiene que ser de 4 a 17 dígitos.	帳號必須是4至17個數字。	Հաշվեհամարը պետք է լինի 4-ից 17 թվեր:
	Static Text	Do not use a deposit slip to provide this information because the numbers can be different than your account and cause your Direct Deposit request to be rejected.	No use un recibo de depósito bancario ya que los números pueden ser diferentes a los de su cuenta bancaria y puede causar que su depósito directo sea rechazado.	不要使用存款單提供此資訊,因為這數字可能與您的帳號不同,這會導致您的直接存款請求被拒絕。	Մի օգտագործեք Ձեր ավանդի թերթիկը, այս տեղեկատվությունը տրամադրելու համար, քանի որ թվերը կարող են տարբեր լինել և այդ կարող է պատճառ հանդիսանալ, որպեսզի Ձեր Ուղղակի Ավանդի պահանջը մերժվի:
	Static Text	If you need help finding your routing number and account number, please contact your bank.	Si necesita ayuda encontrando su número de ruta o número de cuenta, por favor comuníquese con su banco.	如果您需要幫助查找您的銀行代號和帳號, 請與您的銀行聯繫。	Դիմեք Ձեր բանկին, եթե օգնության կարիք ունեք գտնելու Ձեր բանկի ինքնության և հաշվի համարները, :
	Static Text	Your routing number and account number may be different if you choose to use your savings account for Direct Deposit.	Su número de ruta o número de cuenta pueden ser diferentes si usted elije usar su cuenta de ahorros para el depósito directo.	如果您選擇使用您的儲蓄帳戶進行直接存款, 您的銀行代號和帳號可能會不同。	Ձեր բանկի ինքնությունը հաստատող համարը և հաշվեհամարը կարող են տարբեր լինել, եթե Դուք ընտրում եք օգտագործել Ձեր խնայողական հաշիվը Ուղղակի Ավանդի համար:
	Static Text	Below is an example of a check that shows where you can find this information.	Aquí abajo está un ejemplo de un cheque que le muestra donde encontrar estos datos.	下面是一個支票的示例, 它顯示在哪裡可以找到這資訊。	Ստորև ներկայացված է չեկի նմուշը, որը ցույց է տալիս, թե որտեղ կարող եք գտնել այդ տեղեկությունները:
	Image alt text	Check example showing location of routing number and account number.	Compruebe el ejemplo que muestra la ubicación del número de ruta y el número de cuenta.	查看示例中顯示路由號碼和帳號的位置。	Դիտարկեք օրինակը, որը ցույց է տալիս, թե որտեղ է գտնվում բանկի ինքնությունը հաստատող համարը (routing number) և հաշվեհամարը (account number):
	Static Text	**Enter Your Bank Information**	**Ingresese sus datos bancarios**	**輸入您的銀行資訊**	**Մուտքագրեք Ձեր բանկի տվյալները**
	Static Text	**Type of Account:**	**Tipo de cuenta:**	**帳戶類型:**	**Բանկային հաշվի տեսակը.**
	Field Name	**Checking**	**Cheques**	**支票**	**Ընթացիկ**
	Field Name	**Savings**	**Ahorros**	**儲蓄**	**Խնայողական**
	Field Name	**Routing Number**	**Número de ruta**	**銀行代號**	**Բանկի ինքնությունը հաստատող համարը**

	Field Name	**Account Number**	**Número de cuenta**	**帳戶號碼**	**Հաշվեհամարը**
	Field Name	Confirm Account Number	Confirme el número de cuenta	確認帳戶號碼	Հաստատել Հաշվեհամարը
	Field Name	**Bank Name**	**Nombre bancario**	**銀行名稱**	**Բանկի Անունը**
	Button	**Next**	**Siguiente**	**下一步**	**Հաջորդ**
	Button	**Back**	**Atrás**	**返回**	**Նախորդ**
	Popup	Privacy Notice	Aviso de privacidad	隱私聲明	Գաղտնիության մասին ծանուցում
	Popup	To prevent fraudulent transactions this system captures and tracks system information about the users who add or make changes to their Direct Deposit accounts. If you do not want your information to be recorded, please complete and mail the IHSS Provider Direct Deposit Enrollment/Change/Cancellation Form (SOC 829)."	Para evitar transacciones fraudulentas, este sistema captura y realiza un seguimiento de la información del sistema sobre los usuarios que agregan o realizan cambios en sus cuentas de depósito directo. Si no desea que su información sea registrada, complete y envíe por correo el Formulario de Inscripción de Depósito Directo/Cambio/Cancelación del Proveedor de IHSS (SOC 829)."	爲了防止欺詐交易，系統將獲取並跟蹤有關添加或更改直接轉賬賬戶使用者的信息。如果您不希望您的信息被記錄，請填寫並郵寄IHSS看護人直接轉賬登記/更改/取消表格（SOC 829）。"	Կեղծ գործարքները կանխելու համար՝ այս համակարգը գրառում և պահպանում է համակարգի տեղեկատվությունն այն օգտատերերի մասին, ովքեր իրենց Ուղղակի Ավանդի հաշվի մեջ լրացումներ կամ փոփոխություններ են կատարում: Եթե Դուք չեք ցանկանում, որ Ձեր տեղեկատվությունն արձանագրվի, ապա խնդրում ենք լրացրեք և փոստով ուղարկեք IHSS մատակարարի Ուղղակի Ավանդի գրանցման/փոփոխման/չեղարկման ձևը (SOC 829):"
	Error Message	Routing Number must be 9 numbers and must start with 0, 1, 2 or 3. For help locating your routing number please contact your bank	El número de ruta tiene que ser de 9 dígitos y tiene que comenzar con un 0, 1, 2, o 3. Si necesita ayuda encontrando su número de ruta por favor comuníquese con su banco.	銀行代號必須9個數字,並且以0、1、2或3開始。有關查找您的銀行代號,請與您的銀行聯繫。	Բանկի ինքնությունը հաստատող համարի միավորների քանակը պետք է լինի 9 և պետք է սկսվի 0, 1, 2 կամ 3 թվանշանով: Եթե օգնության կարիք ունեք իմանալու, թե որտեղ է գտնվում այդ համարը , խնդրում ենք դիմել Ձեր բանկին:
	Error Message	Account Number must be 4 to 17 numbers.	El número de cuenta tiene que ser de 4 a 17 dígitos.	帳號必須是4至17個數字。	Հաշվեհամարը պետք է լինի 4-ից 17 թվեր:
	Error Message	Account Numbers do not match	Los números de cuenta no coinciden	帳號不配合	Հաշվի համարները չեն համապատասխանում:
	Screen Title	**Direct Deposit Electronic Signature**	**Firma electrónica de depósito directo**	**直接存款電子簽名**	**Ուղղակի Ավանդի Էլեկտրոնային Ստորագրություն**
	Static Text	Please review your bank information and Recipient(s). If this information is correct, confirm by electronically signing your request to <start OR change> direct deposit with the Recipient(s) listed below.	Revise su información bancaria y el (los) beneficiario(s). Si esta información es correcta, confirme firmando electrónicamente su solicitud para <iniciar O cambiar> depósito directo con el (los) beneficiario (s) que se enumeran a continuación.	請查看您的銀行信息和受看護人。如果此信息正確，請以電子方式簽署您的<start OR change> 直接存款請求以確認下列受看護人。	Խնդրում ենք վերանայել Ձեր բանկային տվյալները և ստացող(ներ)ին: Եթե այս տեղեկատվությունը ճշգրիտ է, ապա էլեկտրոնային եղանակով ստորագրեք՝ հաստատելով Ձեր հայցը՝ <սկսելու ԿԱՄ փոխելու> ուղղակի ավանդը ստորև նշված ստացող(ներ)ի համար:
	Static Text	Please review the Recipient(s) below. Confirm your request to cancel your direct deposit authorization for the Recipient(s) listed below by electronically signing your request.	Por favor, revise el(los) beneficiario(s) a continuación. Confirme su solicitud para cancelar su autorización de depósito directo para el(los) beneficiario(s) que se enumeran a continuación firmando electrónicamente su solicitud.	請核實以下受看護人。通過電子簽名，確認您取消對下列受看護人的直接存款授權的請求。	Խնդրում ենք վերանայել Ստացող(ներ)ին ստորև: Հաստատեք ստորև նշված Ստացող(ներ)ի համար ուղղակի ավանդի թույլտվությունը չեղյալ համարելու Ձեր խնդրանքը՝ էլեկտրոնային եղանակով ստորագրելով Ձեր հարցումը:
	Field	Recipients	Beneficiario	受看護人	Ստացողներ
	Field	Bank Information	Información bancaria	銀行信息	Բանկի Տվյալները
	Field Name	Type of Account:	Tipo de cuenta:	帳戶類型:	Բանկային հաշվի տեսակը.
	Field Name	Routing Number:	Número de ruta:	銀行代號	Բանկի ինքնությունը հաստատող համարը
	Field Name	Account Number:	Número de cuenta:	帳號	Հաշվեհամարը.
	Field Name	Bank Name:	Nombre bancario:	銀行名稱:	Բանկի անունը.
	Button	Sign and Submit	Firme y envíe	簽名並提交	Ստորագրեք և Ներկայացրեք
	Button	Cancel Submit	Cancelar	取消提交	Չեղարկել ծանուցումը
	Static Text	You will continue to receive paper checks by mail until your Direct Deposit account has been established. Please note, it can take up to 30 calendar days after the date of your request to start Direct Deposit with your bank. You will receive an email with more information.	Usted continuara a recibir sus cheques de pagos en papel hasta que su depósito directo sea establecido. Tenga en cuento, se puede tomar hasta 30 días hábiles después de su petición para comenzar el depósito directo con su banco. Usted recibirá un correo electrónico con más información acerca de esto.	您將繼續收到郵寄的紙張支票,直至您的直接存款帳戶建立。請注意, 從您請求的日期計,可能需要最多30個日曆天,才開始直接存	Դուք կշարունակեք ստանալ թղթե չեկեր փոստով, մինչև Ձեր Ուղղակի Ավանդի հաշվի ստեղծումը: Խնդրում ենք հաշվի առնել, որ այն կարող է տևել մինչև 30 օրացուցային օր՝ սկսած Ձեր դիմած օրվանից: Դուք կստանաք էլ. նամակ լրացուցիչ տեղեկություններով:

				款入您的銀行。您會收到更多資訊在電子郵件。	
	Static Text	Your current account will be canceled within 5 business days after the date of your request. It may take up to 30 calendar days after the date of your request to start Direct Deposit with your new account. You will receive paper checks by mail until your new Direct Deposit account has been established. You will receive an email with more information.	Su cuenta actual se cancelará en 5 días hábiles después de que usted envíe su petición de cambio. Se puede tomar hasta 30 días hábiles después de su petición para cambiar el depósito directo con su banco a su cuenta nueva. Usted continuara a recibir sus cheques de pagos en papel hasta que su depósito directo sea establecido. Usted recibirá un correo electrónico con más información acerca de esto.	您目前的帳戶將在您要求的日期後5個工作日內取消。 從您請求的日期開始計，可能需要最多30個日曆天才開始直接存款入您的新帳戶。您將收到郵寄的紙張支票,直至您的直接存款帳戶建立。您會收到更多資訊在電子郵件。	Ձեր ընթացիկ հաշիվը կդադարեցվի 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում սկսած Ձեր դիմած օրվանից հետո: Նոր հաշվով Ուղղակի Ավանդ սկսելը կարող է տևել մինևչև 30 օրացուցային օր, սկսած Ձեր հայցի օրվանից հետո: Դուք կստանաք թղթե չեկեր փոստով, մինչև Ձեր նոր Ուղղակի Ավանդի հաշիվը ստեղծվի: Դուք նաև կստանաք էլ. նամակ լրացուցիչ տեղեկություններով:
		By signing you acknowledge that you will not send 100% of funds deposited to your bank to another bank outside the US.	Al firmar, usted reconoce que no enviara el 100% de los fondos depositados a otro banco fuera de los EEUU.	通過簽署您的確認，您不會將100%的資金存入您的銀行到美國境外的另一家銀行。	Ստորագրելով, Դուք հաստատում եք, որ Ձեր բանկում գտնվող գումարի 100% -ը չեք ուղարկի ԱՄՆ-ից դուրս գտնվող այլ բանկ:
	Static Text	Click the Sign and Submit button to electronically sign your request and submit it for processing.	Haga clic en el botón Firmar y enviar para firmar electrónicamente su solicitud y enviarla para su procesamiento.	單擊“簽名並提交”按鈕以電子方式簽署您的申請，並提交處理。	Սեղմեք Ստորագրել և Ներկայացնել կոճակը՝ Ձեր հարցումը էլեկտրոնային եղանակով ստորագրելու և վճարման ներկայացնելու համար:
	Static Text	Your request will be processed within 5 business days after the date of your request. Once canceled you will begin to receive paper checks by mail for these recipients.	Su petición será procesada en 5 días hábiles después de la fecha de su petición. Al cancelar su depósito directo usted recibirá sus cheques de pago en papel por correo para estos beneficiarios.	您的請求將在您要求的日期後5個工作日內處理。一旦取消,您將開始接收這些受看護人的郵寄的支票。	Ձեր հայցի պահանջը կլուծվի 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում՝ սկսած Ձեր դիմած օրվանից հետո: Դադարեցնելուց հետո Դուք փոստով կստանաք թղթե չեկեր այդ ստացողների համար:
	Static Text	By signing you are confirming your desire to cancel Direct Deposit	Al firmar usted confirma que si desea cancelar su depósito directo.	通過簽署確認您要取消直接存款	Ստորագրելով, Դուք հաստատում եք, որ ցանկանում եք դադարեցնել Ձեր Ուղղակի Ավանդը:
	Field Name	I <Recipient Name>, agree to the terms above.	Yo <Recipient Name>, estoy de acuerdo a los términos nombrados arriba.	我 <Recipient Name> 同意上述條款。	Ես <Recipient Name>, համաձայն եմ վերոնշյալ պայմաններին:
	Pop-up Static Text	Your Direct Deposit request has been submitted for further processing. No additional action is required by you.	Su petición para el depósito directo ha sido enviado para ser procesado. En este momento no se requiere ninguna acción adicional de usted.	您的直接存款請求已提交進一步處理。您不需要額外行動。	Ձեր Ուղղակի Ավանդի պահանջարկը ընթացքի մեջ է: Ձեր կողմից լրացուցիչ գործողություններ չեն պահանջվում:
		OK	**De acuerdo**	**可以**	**Համաձայն եմ**

DSD Appendix D/Direct Deposit Request

CI
CI-822544 - DSD TRAN Direct Deposit Request IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**Direct Deposit Enrollment History**	**Historial de inscripción de depósitos directos**	**直接存款註冊歷史**	**Ուղղակի Ավանդի գրանցման պատմություն**
	Static Text	The date you submitted your request(s) will display under the request types below. Please note, it can take up to 30 calendar days after the date of your request to process NEW and CHANGE requests and up to 5 business days after the date of your request to process CANCEL requests.	La fecha cuando usted envió su petición será mostrada en el tipo de peticiones abajo. Por favor tenga en cuenta, puede tomar hasta 30 días hábiles después de su petición para procesar las peticiones de un NUEVO o CAMBIAR y hasta 5 días hábiles después de su petición para CANCELAR.	您申請提交的日期將顯示在申請類型下面。請注意，處理 新建 和 更改 將需要自申請之日起三十天的時間，處理 取消 最多需要 五個工作日。	Ձեր ներկայացրած հայց(եր)ի ամսաթիվը կարող եք տեսնել ստորև նշված հայցի տեսակների ներքո: Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ Ձեր ՆՈՐ և ՓՈԽԵԼ հայցերի ընթացքը կարող է տևել մինչև 30 օրացուցային օր, իսկ ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ հայցը՝ 5 աշխատանքային օր՝ սկսած Ձեր դիմած օրվանից հետո :
	Field	**NEW:** Direct Deposit	Depósito directo NUEVO	新建直接存款	**ՆՈՐ Ուղղակի Ավանդ**
	Field	**CHANGE**: Direct Deposit	**CAMBIAR** el depósito directo	更改直接存款	**ՓՈԽԵԼ Ուղղակի Ավանդը**
	Field	**CANCEL:** Direct Deposit	**CANCELAR** el depósito directo	取消直接存款	**ԴԱԴԱՐԵՑՆԵԼ Ուղղակի Ավանդը**
	Static Text	Request Submitted on	Petición enviada el	提交請求日期	Հայցը ներկայացվել է

	Dynamic Text	There are no details to display.	No hay detalles que mostrar.	沒有可顯示的詳細信息。	Ցուցադրելու մանրամասներ չկան:
	Button	Back to Home	Volver al inicio	返回主頁	Վերադառնալ հիմնական էջին:
Direct Deposit FAQs	Hyperlink to PDF on CDSS Site external to the IHSS ESP	http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/IHSS/E-Timesheets/Online-Direct-Deposit_Frequently_Asked_Questions.pdf	Translations will be done via a MS Word doucument and converted to PDF	Translations will be done via a MS Word doucument and converted to PDF	Translations will be done via a MS Word doucument and converted to PDF

DSD Appendix D/What's New

CI
CI-822545 - DSD TRAN Whats New IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
COMMON (PROVIDER & RECIPIENT)					
What's New	Screen Title	**What's New**	**Qué hay de nuevo**	**什麼是新的**	**Նորություններ**
ESP Electronic Forms	Static Text	**02/23/2024: ESP Electronic Forms** Your county can now send you IHSS program forms for electronic completion through the ESP Message Center as an electronic form. An email notification and/or text message will be sent to you when you receive an electronic form in your Message Center. You can access your electronic forms by selecting the Message Center link or the mail icon on the top right of your screen. The Message Center mail icon will display a count of how many unread messages you have. On the Electronic Forms tab, you can view your electronic forms by selecting the message subject then selecting the link within the message. After selecting the link, your electronic form will be displayed in a new browser window. You will receive a new message allowing you to download a PDF of your completed form once it has been accepted by your county. Your newest electronic forms are displayed on top and will be shown in bold until viewed. High priority electronic forms will be labeled with a red exclamation mark (!).	**02/23/2024: Formularios electrónicos de ESP** Su condado ahora puede enviarle formularios del programa IHSS para completar electrónicamente a través del Centro de mensajes ESP como un formulario electrónico. Se le enviará una notificación por correo electrónico y/o un mensaje de texto cuando reciba un formulario electrónico en su Centro de mensajes. Puede acceder a sus formularios electrónicos seleccionando el enlace Centro de mensajes o el icono de correo en la parte superior derecha de la pantalla. El icono de correo del Centro de mensajes mostrará un recuento de cuántos mensajes no leídos tiene. En la pantalla Formularios electrónicos, puede ver sus formularios electrónicos seleccionando el asunto del mensaje y seleccionando el enlace dentro del mensaje. Después de seleccionar el enlace, su formulario electrónico se mostrará en una nueva ventana del navegador. Recibirá un nuevo mensaje que le permitirá descargar un PDF de su formulario completado una vez que haya sido aceptado por su condado. Sus formularios electrónicos más recientes se muestran en la parte superior y se mostrarán en negrita hasta que se vean. Los formularios electrónicos de alta prioridad se etiquetarán con un signo de exclamación rojo(!)..	**02/23/2024: ESP 電子表格** 您所在的郡現在可以通過 ESP 消息中心，以電子形式向您發送 IHSS 計劃表格，供您電子填寫。當消息中心收到電子表格時，將向您發送電子郵件通知和/或短信。您可以通過消息中心鏈接或屏幕右上角的郵件圖標來訪問電子表格。通知中心郵件圖標將顯示您有多少未讀通知的計數。 選擇“電子表單”，您可以通過消息主題然後点击消息中的鏈接來查看電子表單。点击鏈接，您的電子表格將顯示在新的瀏覽器窗口中。一旦您所在的郡接受了已填妥的表格，您將收到一條新消息下載 PDF 格式的表格。您最新的電子表格顯示在頂部，在查看之前將以粗體顯示。高優先級電子表格將標有紅色感嘆號(!). 。	**02/23/2024: ESP Էլեկտրոնային Ձևեր** Ձեր վարչաշրջանն այժմ կարող է ուղարկել Ձեզ IHSS ծրագրի ձևերը՝ էլեկտրոնային եղանակով լրացնելու համար ESP Հաղորդագրությունների կենտրոնի միջոցով՝ որպես էլեկտրոնային ձև: Ձեր Հաղորդագրությունների կենտրոնում էլեկտրոնային ձև ստանալու դեպքում՝ Դուք կտեղեկացվեք Էլ.փոստով և/կամ տեքստային հաղորդագրությամբ: Դուք կարող եք մուտք գործել Ձեր էլեկտրոնային ձևը՝ ընտրելով Հաղորդագրությունների կենտրոնի հղումը կամ էլ. փոստի պատկերակը Ձեր էկրանի վերևի աջ մասում: Հաղորդագրությունների կենտրոնի փոստի պատկերակը կցուցադրի Ձեր չընթերցած հաղորդագրությունների քանակը: Էլեկտրոնային ձևեր ներդիրում կարող եք դիտել Ձեր էլեկտրոնային ձևերը՝ ընտրելով հաղորդագրության թեման, այնուհետև ընտրելով հաղորդագրության մեջ եղած հղումը: Հղումը ընտրելուց հետո Ձեր էլեկտրոնային ձևը կցուցադրվի դիտարկիչի նոր պատուհանում: Դուք կստանաք նոր հաղորդագրություն, որը թույլ է տալիս ներբեռնել լրացված ձևի PDF-ը, երբ այն ընդունվի Ձեր վարչաշրջանի կողմից: Ձեր ամենավերջին էլեկտրոնային ձևերը ցուցադրվում են վերևում և կլինեն թավատառ մինչև չդիտվեն: Բարձր առաջնահերթության էլեկտրոնային ձևերը կնշվեն կարմիր բացականչական նշանով(!).:
	Hyperlink	If you would like to learn more, please visit the Electronic Forms Training screen.	Si desea obtener más información, visite la pantalla de Entrenamiento de formularios electrónicos.	如果您想了解更多信息，請訪問電子表格培訓屏幕。	Եթե ցանկանում եք ավելին իմանալ, խնդրում ենք այցելել՝ Էլեկտրոնային Ձևեր վերապատրաստման էջը:
ESP Password Reset	Static Text	**12/22/2023: New ESP Password Reset Option** You now have a new option when resetting your IHSS ESP	**12/22/2023: Nueva opción de restablecimiento de contraseña ESP** Ahora tiene una nueva opción al restablecer su contraseña de IHSS	**12/22/2023：新的 ESP 密碼重置選項** 重置 `IHSS ESP` 密碼時，您現在有一個新選	**12/22/2023. ESP Գաղտնաբառի վերակայման նոր տարբերակ** Այժմ Դուք ունեք նոր տարբերակ Ձեր IHSS ESP գաղտնաբառը վերականգնելու համար: Եթե մոռացել եք Ձեր ESP գաղտնաբառը, ապա «Մոռացել եք

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		Password. If you forget your ESP password, the “Forgot your User Name or Password” screen will allow you to securely reset your password using a one-time verification code sent via email, text message, or phone call. This option can be used if you have forgotten the answers to your Security Questions but does not change how you reset your password using the Security Questions that you setup while registering for ESP.	ESP. Si olvida su contraseña ESP, la pantalla "Olvidó su nombre de usuario o contraseña" le permitirá restablecer su contraseña de forma segura utilizando un código de verificación de un solo uso enviado por correo electrónico, mensaje de texto o llamada telefónica. Esta opción se puede utilizar si ha olvidado las respuestas a sus preguntas de seguridad, pero no cambia la forma en que restablece su contraseña utilizando las preguntas de seguridad que configuró al registrarse en ESP.	項。如果您忘記了 ESP 密碼，忘記用戶名或密碼 屏幕將允許您使用通過電子郵件、短信或電話接收的一次性驗證碼来安全地重置密碼。 此選項适用于您忘記了安全問題的答案，而不更改您使用註冊 ESP 時設置重設密碼的安全問題。	Օգտանունը կամ Գաղտնաբառը» էկրանը թույլ կտա ապահով կերպով վերականգնել Ձեր գաղտնաբառը՝ օգտագործելով էլեկտրոնային փոստի, տեքստային հաղորդագրության կամ հեռախոսազանգի միջոցով ուղարկված մեկանգամյա հաստատման կոդը: Այս տարբերակը կարող է օգտագործվել, եթե մոռացել եք Ձեր անվտանգության հարցերի պատասխանները, բայց այն չի փոխում, թե ինչպես եք վերականգնել Ձեր գաղտնաբառը՝ օգտագործելով անվտանգության հարցերը, որոնք Դուք ստեղծել եք ESP-ում գրանցվելիս:
	Hyperlink	To learn more, visit the IHSS Electronic Services Portal Password Reset Guide (PDF)	Para obtener más información, visite la Guía de restablecimiento de contraseñas del Portal de Servicios Electrónicos de IHSS (PDF)	要了解更多信息，請訪問 IHSS Electronic Services Portal Password Reset Guide (PDF)	Լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ այցելեք հետևյալ կայքէջը IHSS Electronic Services Portal Password Reset Guide (PDF)
One-Time Verification Code	Static Text	**08/25/2023: New One-Time Verification Code** To better protect your privacy and account security, ESP users will now be required to complete a one-time verification code process, via email, text message, or a phone call to make changes through the IHSS Service Desk or ESP.	**08/25/2023: Nuevo código de verificación de un solo uso** Para proteger mejor su privacidad y la seguridad de su cuenta, los usuarios de ESP ahora deberán completar un proceso de código de verificación único, por correo electrónico, mensaje de texto o una llamada telefónica para realizar cambios a través del Servicio de asistencia de IHSS o ESP.	**08/25/2023: 新的一次性驗證碼** 為了更好地保護您的隱私和帳戶安全，ESP 用戶現在需要通過電子郵件、短信或電話完成一次性驗證碼流程，以便通過 IHSS 服務台或 ESP 進行更改。	***08/25/2023. Նոր մեկանգամյա հաստատման կոդ*** Ձեր գաղտնիությունն ու հաշվի անվտանգությունն ավելի լավ պաշտպանելու համար ESP-ի օգտատերերից այժմ կպահանջվի կատարել մեկանգամյա հաստատման կոդի գործընթաց՝ էլեկտրոնային փոստի, տեքստային հաղորդագրության կամ հեռախոսազանգի միջոցով՝ փոփոխություններ կատարելու համար IHSS Աջակցության Բաժնի կամ ESP-ի միջոցով:
Electronic Visit Verification (EVV) Information	Static Text	**07/01/2023: Electronic Visit Verification (EVV) Information** Starting July 1, 2023, IHSS/WPCS providers who do not live with their recipients will be required to check in and out from their recipient’s home at the start and the end of each day they work as well as identify if services are starting or ending in the home or the community. Enhancements have been made to the Electronic Services Portal (ESP) and Telephone Timesheet System (TTS) to allow non-live-in providers to easily check-in and out at the beginning and end of their workday. There are NO changes for recipients. Recipients will still review and approve or reject their provider’s electronic timesheets using the Electronic Services Portal (ESP) or Telephone Timesheet System (TTS), just like they do today.	**07/01/2023: Información de verificación electrónica de visitas (EVV)** A partir del 1 de julio de 2023, Los proveedores de IHSS/WPC que no viven con sus beneficiarios deberán verificar su entrada y salida de la casa de su beneficiario al inicio y al final de cada día que trabajen, así como identificar si los servicios están comenzando o terminando en el hogar o la comunidad. Se han realizado mejoras en el Portal de servicios electrónicos (ESP) y el Sistema de hojas de tiempo telefónicas (TTS) para permitir que los proveedores que no viven en el país puedan registrarse y salir fácilmente al comienzo y al final de su jornada laboral. NO hay cambios para los beneficiarios. Los beneficiarios seguirán revisando y aprobarán o rechazarán las hojas de tiempo electrónicas de su proveedor utilizando el Portal de servicios electrónicos (ESP) o el Sistema de hojas de tiempo telefónicas (TTS), tal como lo hacen hoy.	**07/01/2023: 電子訪問驗證 (EVV) 信息** 從2023年7月1日開始，不與受看護人同住的 IHSS/WPCS 看護人將被要求他們每天工作的開始和結束時從受看護人家中簽到和簽退，並確定服務開始和結束是在家里或社區。 已經對電子服務網站 (ESP) 和電話工時單系統 (TTS) 進行了改進，允許非同住看護人員在工作日的開始和結束時輕鬆簽到和簽退。 不會影響受看護人。受看護人仍將像今天一樣使用電子服務網站 (ESP) 或電話工時單一系統 (TTS) 來檢查和批准或拒絕其看護人的電子工時單。	**07/01/2023: Էլեկտրոնային Այցի Հաստատման (EVV) տեղեկատվություն:** 2023 թվականի հուլիսի 1-ից IHSS/WPCS մատակարարներից, ովքեր չեն ապրում իրենց ստացողների հետ, կպահանջվի մուտք գործել և ելք կատարել իրենց ստացողի տնից յուրաքանչյուր աշխատանքային օրվա սկզբում և վերջում, ինչպես նաև նշել, թե արդյոք ծառայությունները սկսվել կամ ավարտվել են տանը թե համայնքում: Բարելավումներ են կատարվել Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալում (ESP) և Հեռախոսային Ժամանակացույցի Համակարգում (TTS)՝ ոչ համատեղ բնակվող մատակարարներին թույլ տալու հեշտությամբ մուտք գործել և ելք կատարել իրենց աշխատանքային օրվա սկզբին և վերջում: Ստացողների համար փոփոխություններ ՉԿԱՆ: Ստացողները կշարունակեն վերանայել և հաստատել կամ մերժել իրենց մատակարարի էլեկտրոնային ժամացուցակներն՝ օգտագործելով Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալը (ESP) կամ Հեռախոսային Ժամացուցակի Համակարգը (TTS), ինչպես որ անում են ներկայումս:
	Hyperlink	If you would like to learn more, please visit the CDSS Electronic Visit Verification (EVV) information page.	Si desea obtener más información, visite la página de información Verificación electrónica de visitas (EVV) de CDSS.	如果您想了解更多信息，請訪問 CDSS 電子訪問驗證 (EVV) 信息頁面 。	Եթե ցանկանում եք ավելին իմանալ, խնդրում ենք այցելեք՝ CDSS Electronic Visit Verification (EVV) տեղեկատվության էջը:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
What's New Notifications	Static Text	**04/11/2022: What's New Notifications** You will now be notified on the ESP Landing page when What's New messages are added to ESP. You can access What's New messages by selecting the What's New card from the ESP Home screen or by selecting the Resources in the top menu then selecting What's New. Newest messages are displayed on top and are shown in **bold** until viewed.	**04/11/2022: Qué hay de nuevo notificaciones** Ahora se le notificará en la página de inicio de ESP cuando se agreguen nuevos mensajes de Qué hay de nuevo en el ESP. Puede acceder a los mensajes Qué hay de nuevo seleccionando la tarjeta Qué hay de nuevo en la pantalla de inicio de ESP o seleccionando los recursos en el menú superior y, a continuación, seleccionando Qué hay de nuevo. Los mensajes más recientes se muestran en la parte superior y se muestran en **negrita** hasta que se ven.	**04/11/2022: 最新消息通知** 當有最新消息添加到ESP時，您將在ESP 登录 頁面上收到通知。您可以通過從ESP 主頁中選擇 最新消息，或在頂部菜單中選擇 資源 然後選擇 最新信息 來訪問。最新消息將顯示在頂部，並以**粗體** 顯示，直到被您查看。	**04/11/2022: Ծանուցումներ նորությունների վերաբերյալ** Այժմ Դուք կտեղեկացվեք ESP- ի գլխավոր էջում, երբ նոր հաղորդագրություններ ավելացվեն ESP- ում: Դուք կարող եք մուտք գործել նոր հաղորդագրություններին՝ ընտրելով Նորություններ, ESP- ի հիմնական էկրանից, կամ վերևի ընտրացանկից ընտրել Ռեսուրսներ, այնուհետև Նորություններ: Ամենավերջին հաղորդագրությունները ցուցադրվում են վերևում և **թավ տառերով,** մինչև դիտվեն:
When No Messages Display	Static Text	You have no messages to display.	No tiene mensajes que mostrar.	無消息顯示。	Դուք հաղորդագրություններ չունեք ցուցադրելու համար:
ESP Message Center	Static Text	**01/27/2023: ESP Message Center** Your county can now send you important IHSS messages electronically through the ESP Message Center. An email notification will be sent to you when you receive a message in your Message Center. You can access the Message Center by selecting the Message Center link or the mail icon on the top right of your screen. The Message Center mail icon will display a count of how many unread messages you have. On the Message Center screen, you can view your messages by expanding or collapsing each message by selecting the message subject. Your newest messages are displayed on top and will be shown in bold until viewed. High priority messages will be labeled with a red exclamation mark (!).	**01/27/2023: Centro de mensajes ESP** Su condado ahora puede enviarle mensajes importantes de IHSS electrónicamente a través del Centro de mensajes de ESP. Se le enviará una notificación por correo electrónico cuando reciba un mensaje en su Centro de mensajes. Puede acceder al Centro de mensajes seleccionando el enlace Centro de mensajes o el icono de correo en la parte superior derecha de la pantalla. El icono de correo del Centro de mensajes mostrará un recuento de cuántos mensajes no leídos tiene. En la pantalla Centro de mensajes, puede ver los mensajes expandiendo o contrayendo cada mensaje seleccionando el asunto del mensaje. Los mensajes más recientes se muestran en la parte superior y se mostrarán en negrita hasta que se vean. Los mensajes de alta prioridad se mostrarán con un signo de exclamación rojo (!).	**01/27/2023: ESP 通知中心** 您所在的郡現在可以通過 ESP 通知中心以電子方式向您發送重要的 IHSS 通知。當通知中心收到通知時，將向您發送電子郵件。您可以通過選擇通知中心鏈接或屏幕右上角的郵件圖標來訪問通知中心。 通知中心郵件圖標將顯示您有多少未讀通知的計數。在通知中心屏幕上，您可以通過選擇通知主題展開或折疊每條通知來查看。您的最新通知顯示在頂部，並以粗體顯示，直到被查看。高優先級通知將標有紅色感嘆號 (!)。	**01/27/2023: ESP Հաղորդագրությունների Կենտրոն** Ձեր վարչաշրջանն այժմ կարող է Ձեզ ուղարկել կարևոր IHSS հաղորդագրություններ էլեկտրոնային եղանակով՝ ESP Հաղորդագրությունների կենտրոնի միջոցով: Էլ.փոստով ծանուցում կուղարկվի Ձեզ, երբ հաղորդագրություն ստանաք Ձեր Հաղորդագրությունների կենտրոնում: Դուք կարող եք մուտք գործել Հաղորդագրությունների կենտրոն՝ ընտրելով Հաղորդագրությունների կենտրոնի հղումը կամ էլ.փոստի պատկերակը Ձեր էկրանի վերևի աջ մասում: Հաղորդագրությունների կենտրոնի փոստի պատկերակը կցուցադրի Ձեր չընթերցած հաղորդագրությունների քանակը: Հաղորդագրությունների կենտրոնի էկրանին կարող եք դիտել Ձեր հաղորդագրությունները՝ ընդլայնելով կամ փոքրացնելով յուրաքանչյուր հաղորդագրություն՝ ընտրելով հաղորդագրության թեման: Ձեր ամենավերջին ստացած հաղորդագրությունները հայտնվում են վերևում և կլինեն թավատառ, մինչև դրանք չդիտվեն: Առաջնահերթ հաղորդագրությունները կնշվեն կարմիր բացականչական նշանով (!):
	Hyperlink	If you would like to learn more, please visit the Message Center Training screen.	Si desea obtener más información, visite la pantalla Entrenamiento del Centro de mensajes.	如果您想了解更多信息，請訪問通知中心培訓屏幕。	Եթե ցանկանում եք ավելին իմանալ, այցելեք Հաղորդագրությունների կենտրոնի վերապատրաստման էջը:
ESP Notifications available via Text Message	Static Text	**03/25/2022: ESP Notifications available via Text Message** You now have the ability to receive certain timesheet notifications via a text message to your cell phone.	**03/25/2022: Notificaciones ESP disponibles a través de mensajes de texto** Usted ahora tiene la capacidad de recibir ciertas notificaciones de la hoja de tiempo a través de un mensaje de texto a su teléfono celular.	**03/25/2022: ESP 通知可通過短信發送** 您現在可以通過手機短信接收工時單的通知。	**03/25/2022: ESP ծանուցումները հասանելի են տեքստային հաղորդագրության միջոցով** Այժմ Դուք կարող եք Ձեր բջջային հեռախոսի տեքստային հաղորդագրության միջոցով ստանալ ծանուցումներ ժամացուցակի վերաբերյալ:
	Hyperlink	To learn more, visit Text Messaging.	Para obtener más información, visite Mensajes de Texto.	要了解更多信息，請訪問短信通知。	Ավելին իմանալու համար՝ այցելեք Տեքստային Հաղորդագրություններ:
Update your Contact Information	Static Text	**11/19/2021: Update your Contact Information** You have the ability to update your contact information on the ESP. This can be done by accessing the **Contact Information** screen under the account menu item.	**11/19/2021: Actualice su Información de contacto** Usted tiene la capacidad de actualizar su información de contacto en el ESP. Esto se puede hacer accediendo a la pantalla **Información de contacto** en el elemento de menú de la cuenta. Visite la página de Entrenamiento para obtener información sobre	**11/19/2021：更新您的聯繫信息** 您可以在 ESP 上更新您的聯繫信息。這可以通過訪問菜單下的**聯繫信息**來完成。訪問培訓頁面以了解	**11/19/2021. Թարմացրեք Ձեր Կոնտակտային Տվյալները** Դուք հնարավորություն ունեք թարմացնելու Ձեր կոնտակտային տվյալները ESP-ում: Դա կարելի է անել՝ մուտք գործելով **Կոնտակտային Տվյալներ** էկրանին՝ հաշվի ընտրացանկի տակ: Այցելեք Ուսուցման էջը՝ իմանալու, թե

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		Visit the Training page to learn			
	Hyperlink	how to update your contact information.	cómo actualizar su información de contacto.	如何更新您的聯繫信息。	ինչպես թարմացնել Ձեր կոնտակտային տվյալները:
Email a copy of EVV Timesheets	Static Text	**09/25/2020: Email a copy of EVV Timesheets** You now have the ability to request a copy of paid EVV timesheets directly through the Electronic Services Portal (ESP).	**09/25/2020: Envíe por correo electrónico una copia de su EVV hoja de tiempo** Ahora tiene la capacidad de solicitar una copia de su EVV hoja de tiempo pagada directamente a través del Portal de Servicios Electrónicos (ESP).	**09/25/2020: 通過電子郵件發送EVV工时单副本** 您現在可以直接通過電子服務网站（ESP）索取已付工資的EVV工时单副本。	**09/25/2020. Էլ. փոստին ուղարկել EVV ժամացուցակի պատճեն** Դուք այժմ հնարավորություն ունեք պահանջելու Ձեզ արդեն վճարված EVV ժամացուցակի պատճեն Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալի միջոցով (ESP):
	Hyperlink	Click here for more information	Haga clic aquí para más información	點擊這裡查看更多信息	Լրացուցիչ տեղեկությունների համար սեղմեք այստեղ
PROVIDER					
CalSavers Payroll Deductions	Static Text	**12/22/2023: CalSavers Payroll Deductions** The CalSavers Retirement Savings Program is a voluntary program for employees who do not have an available retirement savings plan through their employers. As of January 2024, In-Home Supportive Services (IHSS) and Waiver Personal Care Services (WPCS) providers over 18 years of age can now participate in CalSavers by contributing to an individual retirement savings account through payroll deductions. Providers interested in participating must first enroll at CalSavers, then submit the In-Home Supportive Services (IHSS) / Waiver Personal Care Services (WPCS) Provider CalSavers Payroll Deduction Authorization / Change / Cancellation Form (SOC 600). Once payroll deductions are set up, providers will be able to view their contribution amounts on their paystubs or payment details in the Electronic Services Portal.	**12/22/2023**: **Deducciones de nómina de CalSavers** El Programa de ahorros para la jubilación de CalSavers es un programa voluntario para los empleados que no tienen un plan de ahorros para la jubilación disponible a través de sus empleadores. A partir de enero de 2024, los proveedores de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) y Servicios de cuidado personal de exención (WPCS) mayores de 18 años ahora pueden participar en CalSavers contribuyendo a una cuenta individual de ahorros para la jubilación a través de deducciones de nómina. Los proveedores interesados en participar primero deben inscribirse en CalSavers y luego presentar el Formulario de Autorización/Cambio/Cancelación de Deducción de Nómina de CalSavers (SOC 600) para proveedores de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) / Exención de Servicios de Cuidado Personal (WPCS). Una vez que se establezcan las deducciones de nómina, los proveedores podrán ver los montos de sus contribuciones en sus talones de pago o detalles de pago en el Portal de servicios electrónicos.	**12/22/2023: CalSavers 薪資扣除** CalSavers 退休計劃是一項自願性計劃，供那些沒有雇主提供退休計劃的員工參與。 自 2024 年 1 月起，年滿 18 歲的居家援助服務 (IHSS) 和豁免個人護理服務 (WPCS) 看护人現在可以透過薪資扣除向個人退休儲蓄帳戶存款，從而參與 CalSavers。 有興趣參與的看护人必須先在 CalSavers 註冊，然後提交《居家援助服務 (IHSS)/豁免個人護理服務 (WPCS) 看护人 CalSavers 工資扣除授權/更改/取消表》(SOC 600)。 設定工資扣除後，看护人將能夠在其工資單或在電子服務網站上查看其繳款金額資訊。	**12/22/2023: CalSavers պահումներ աշխատավարձից** CalSavers-ի կենսաթոշակային խնայողությունների ծրագիրը կամավոր ծրագիր է այն աշխատողների համար, ովքեր չունեն կենսաթոշակային խնայողությունների պլան, որը հասանելի է իրենց գործատուի միջոցով: 2024 թվականի հունվարից սկսած՝ 18 տարեկան և ավելի բարձր տարիք ունեցող Տնային Աջակցության Ծառայությունների (IHSS) և Այլընտրանքային Անձնական Խնամքի Ծառայությունների (WPCS) մատակարարներն այժմ կարող են մասնակցել CalSavers-ին՝ ներդրում ունենալով անհատական կենսաթոշակային խնայողական հաշվին՝ աշխատավարձից պահումներ կատարելու միջոց: Մասնակցությամբ հետաքրքրված մատակարարները նախ պետք է գրանցվեն CalSavers-ում, այնուհետև ներկայացնեն Տնային Աջակցության Ծառայությունների (IHSS) /Այլընտրանքային Անձնական Խնամքի Ծառայությունների (WPCS) Մատակարարի աշխատավարձից CalSavers պահումների թույլտվության / փոփոխության / չեղարկման ձև (SOC 600) ձևը: Աշխատավարձի պահումները սահմանվելուց հետո, մատակարարները կկարողանան դիտարկել իրենց ներդրման գումարներն իրենց աշխատավարձի անդորրագրում կամ ստուգել վճարման մանրամասները Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալում:
	Hyperlink	For more information, please visit CalSavers or IHSS Provider Resources.	Para obtener más información, visite CalSavers o Recursos para proveedores de IHSS.	如需了解更多信息，請訪問 CalSavers 或 IHSS 看护人資源。	Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք CalSavers կամ IHSS Մատակարարի ռեսուրսներ:
Career Pathways Training Report	Static Text	**02/23/2023 Career Pathways Training Report** You now have the ability to view a report of Career Pathways classes from approved claims you have submitted.	Ahora tiene la capacidad de ver un informe de las clases de carreras profesionales de las reclamaciones aprobadas que ha enviado.	您現在可以查看已提交的批准申报中的 “职业培训” 課程報告。	Դուք այժմ հնարավորություն ունեք դիտելու ձեր ներկայացրած հաստատված հայցերից Կարիերայի Ուղիներ դասընթացների հաշվետվությունը:
	Hyperlink	To learn more, visit Career Pathways Training Report.	Para obtener más información, visite el reporte de entrenamiento de carrera profesionales.	要了解更多信息，請訪問 “职业培训报告”。	Ավելին իմանալու համար՝ այցելեք Կարիերայի Ուղիներ Հաշվետվություն:
View Special Payments on ESP Payment Screens	Static Text	**10/21/2022: View Special Payments on ESP Payment Screens** Your IHSS/WPCS special payments are now displayed on the Recent	**10/21/2022: Ver pagos especiales en las pantallas de pagos de ESP** Sus pagos especiales de IHSS/WPCS ahora se muestran en las pantallas Pagos recientes y Búsqueda de pagos. Esto incluye	**10/21/2022: 在 ESP "付款" 屏幕上查看 "特殊付款"。** 您的 IHSS/WPCS 特殊付款現在顯示在 "最近付款" 和 "付款搜索" 屏	**10/21/2022: Կարող եք դիտարկել Հատուկ Վճարումները՝ ESP վճարման էկրանների վրա:** Ձեր IHSS/WPCS հատուկ վճարումները այժմ ցուցադրվում են Վերջին վճարումների և Վճարումների որոնման էկրաններում: Սա ներառում է COVID-19-ի հետ կապված հատուկ վճարումներ, ինչպիսիք են՝

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		Payments and Payment Search screens. This includes COVID-19 related special payments such as COVID Supplemental Paid Sick Leave, COVID Medical Accompaniment, and Care Economy Payments. The Recent Payments screen will display special payments for 14 days after processing. You can also find past special payments from the Payment Search screen by searching for any day in the pay period the special payment was issued	pagos especiales relacionados con COVID-19, como el tiempod de enfermedad pagada suplementaria COVID, el acompañamiento médico COVID y los pagos de la economía de atención. La pantalla Pagos recientes mostrará los pagos especiales durante 14 días después del procesamiento. También puede encontrar pagos especiales anteriores en la pantalla Búsqueda de pago buscando cualquier período de pago en que se emitió el pago especial.	幕上。這包括與 COVID-19 相關的特殊付款，例如 COVID 補充帶薪病假、COVID 醫療陪伴和護理經濟付款。"最近付款" 屏幕將顯示14 天內已處理的特殊付款 。 您還可以通過在支付特殊付款的支付期中搜索任何一天，從"付款搜索"屏幕中查找過去的特殊付款。	COVID-ի լրացուցիչ վճարովի հիվանդության բացակայությունը, COVID-ի համար բժշկական ուղեկցության և խնամքի տնտեսության վճարումները: Վերջին վճարումներ էկրանի վրա կցուցադրվեն հատուկ վճարները՝ վճարումից հետո 14 օրվա ընթացքում: Դուք կարող եք նաև գտնել նախկինում կատարած հատուկ վճարումները Վճարման Որոնում էկրանից՝ փնտրելով հատուկ վճարման ժամանակահատվածի ցանկացած օր:
IHSS Career Pathways	Static Text	**09/23/2022: IHSS Career Pathways** Providers who participate in the IHSS Career Pathways program can now submit claims for Pathways Training and Incentive payments on the ESP. This can be done by selecting the Career Pathways option from the Time Entry menu.	**09/23/2022: Carrera profesionales del IHSS** Los proveedores que participan en el programa de carrera profesionales del IHSS ahora pueden presentar reclamos para pagos de entrenamiento e incentivos de Carrera profesionales en el ESP. Esto se puede hacer seleccionando la opción Carrera profesionales en el menú Ingreso de tiempo.	**09/23/2022: IHSS 職業培訓** 參與 IHSS 職業培訓計劃的看護人現在可以在 ESP 上提交職業培訓和獎勵金的申報。這可以通過從工時輸入菜單中選擇職業培訓選項來完成。	**09/23/2022: IHSS Կարիերայի Ուղիներ** IHSS Կարիերայի Ուղիներ ծրագրին մասնակցող մատակարարներն այժմ իրավասու են հայց ներկայացնել Կարիերայի Ուղիների վերապատրաստման և խրախուսական վճարումների համար ESP-ի միջոցով: Դա կարելի է անել՝ ընտրելով Կարիերայի Ուղիներ տարբերակը Ժամերի Մուտքագրում ընտրացանկից:
	Hyperlink	To learn more, visit IHSS Career Pathways.	Para obtener más información, visite Carrera profesionales del IHSS.	要了解更多信息，請訪問 IHSS 職業培訓。	Ավելին իմանալու համար այցելեք՝ IHSS Կարիերայի Ուղիներ:
View W-2 Tax Forms on ESP	Static Text	**03/05/2022: View W-2 Tax Forms on ESP** You now have the ability to view copies of your W-2 forms directly through IHSS ESP on the W-2 Forms screen. This does not change how you receive original W-2 forms. You will continue to be mailed paper copies of your W-2 form if you earned taxable income.	**03/05/2022: Ver formularios de impuestos W-2 en ESP** Ahora tiene la posibilidad de ver copias de sus formularios W-2 directamente a través del IHSS ESP en la pantalla Formularios W-2. Esto no cambia la forma en que recibe los formularios W-2 originales. Se le seguirán enviando por correo copias impresas de su formulario W-2 si obtuvo ingresos imponibles.	**03/05/2022: 在 ESP 上查看 W-2 稅表** 您現在可以直接通過 IHSS ESP在 W-2 表格屏幕上查看您的 W-2 表格副本。這不會改變您接收 正本W-2 表格的方式。如果您獲得應稅收入，您將繼續收到郵寄 W-2 表格副本。	**03/05/2022: Դիտարկեք W-2 հարկային ձևերը ESP-ում:** Դուք այժմ հնարավորություն ունեք վերանայելու Ձեր W-2 ձևերի պատճեններն անմիջապես IHSS ESP-ի միջոցով W-2 Ձևերը էկրանի վրա: Այս չի փոխի բնօրինակ W-2 ձևերը ստանալու եղանակը: Ձեզ կշարունակեն փոստով ուղարկել Ձեր W-2 ձևի թղթե պատճենները, եթե վաստակել եք հարկային եկամուտ:
	Hyperlink	Visit the Training page to learn how to view your W-2 form.	Visite la página de Formación para aprender a ver su forma de W-2.	訪問培訓頁面了解如何查看您的 W-2 表格。	Այցելեք Ուսուցման էջը՝ իմանալու համար, թե ինչպես վերանայել Ձեր W-2 ձևը:
Download duplicate copies of Pay Stubs	Static Text	**07/23/2021: Download duplicate copies of Pay Stubs** You now have the ability to download duplicate copies of your Pay Stubs directly through IHSS ESP on the Recent Payments and Payment Search screens. This does not change how you receive original pay stubs. You will continue to be mailed paper copies of your pay stubs after your timesheet has been successfully processed.	**07/23/2021: Descargar copias duplicadas de Talones de pago** Ahora tiene la capacidad de descargar copias duplicadas de sus talones de pago directamente a través de IHSS ESP en las pantallas de Pagos recientes y Búsqueda de pagos. Esto no cambia la forma en que recibe los talones de pago originales. Seguirá recibiendo copias impresas por correo de sus talones de pago después de que su hoja de tiempo haya sido procesada con éxito.	**07/23/2021: 下載工資單的重複副本** 您現在可以直接通過 IHSS ESP 在 最近付款和 付款搜索 屏幕上下載工資單的重複副本。這不會改變您收到原始工資單的方式。工時單成功處理後，您將繼續收到工資單的紙質副本。	**07/23/2021: Ներբեռնեք աշխատավարձի անդորրագրի պատճենները** Դուք այժմ հնարավորություն ունեք ներբեռնելու Ձեր աշխատավարձի անդորրագրի կրկնօրինակ պատճեններն անմիջապես IHSS ESP- ի միջոցով՝ օգտվելով Վերջին Վճարումներ և Վճարման Որոնում էկրաններից: Սա չի փոխում, թե Դուք ինչպես եք ստանում Ձեր աշխատավարձի բնօրինակ անդորրագրերը: Դուք կշարունակեք փոստով ստանալ Ձեր աշխատավարձի անդորրագրի պատճենները, երբ Ձեր ժամացուցակը վճարվի:
	Hyperlink	How to Download duplicate copies of Pay Stubs.	Cómo descargar copias duplicadas de los talones de pago.	如何下載工資單的重複副本。	Ինչպես ներբեռնել աշխատավարձի անդորրագրի պատճենները:
Changes to ESP Payment screens	Static Text	**07/23/2021: Changes to ESP Payment screens** Your Travel Claim and Sick Leave payments are now displayed on the Recent Payment and Payment Search screens.	**07/23/2021: Cambios en las pantallas de pago de ESP** Sus pagos de reclamo de viaje y tiempo por enfermedad ahora se muestran en las pantallas Pago reciente y Búsqueda de pago. Estas pantallas también han tenido	**07/23/2021:對ESP付款螢幕的更改** 您的交通和病假申報付款現在顯示在最近付款和付款查詢螢幕上。這些螢幕也有輕微的變化，以提供更好的用戶	**07/23/2021: Փոփոխություններ ESP վճարման էկրաններին** Ձեր Ճամպորդության ժամերի և Հիվանդության պատճառով բացակայության հայցերի վճարումներն այժմ տեղադրված են Վերջին Վճարներ և Վճարի Որոնում էկրանների վրա: Այս էկրանները փոքր ինչ փոփոխություններերի են ենթարկվել՝ ավելի

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		These screens have also had minor changes to provide a better user experience. There has been no change to how you access or use these screens. The Payment History screen has been removed; however, all prior payments, including Travel Time and Sick Leave, can be found using the Payment Search screen.	cambios menores para proporcionar una mejor experiencia de usuario. No ha habido ningún cambio en la forma en que accede o utiliza estas pantallas. La pantalla Historial de pagos se ha eliminado; sin embargo, todos los pagos anteriores, incluidos el Tiempo de viaje y el Tiempo por enfermedad, se pueden encontrar mediante la pantalla Búsqueda de pagos.	體驗。訪問或使用這些螢幕時沒有更改。 付款歷史記錄螢幕已被刪除；但是，所有之前的付款，包括交通和病假申報，都可以使用付款查詢螢幕找到。	հարմարավետ լինելու համար: Այս էկրաններ մուտք գործելու և օգտագործելու հետ կապված փոփոխություն չի կատարվել: Վճարման Պատմություն էկրանը հանվել է. սակայն բոլոր նախնական վճարումները, այդ թվում՝ Ճամփորդության ժամերի և Հիվանդության բացակայության նախկին վճարումները, կարելի է գտնել օգտվելով Վճարների Որոնում էկրանից:
Electronic Travel Claims	Static Text	**01/06/2021: Electronic Travel Claims** You can now enter and submit Travel Claims through ESP. Providers who work for two or more recipients living in separate households and have submitted their travel time workweek agreement to their county office may submit their travel claims online instead of by submitting a paper travel claim form.	**01/06/2021: Reclamaciones de viajes electrónicas** Ahora puede introducir y enviar reclamaciones de viaje a través de ESP. Los proveedores que trabajan para dos o más beneficiarios que viven en hogares separados y han presentado su contrato de semana laboral en tiempo de viaje a su oficina del condado pueden presentar sus reclamos de viaje en línea en lugar de enviar un formulario de reclamo de viaje en papel.	**01/06/2021: 電子交通申報表** 您現在可以通過ESP輸入並提交交通申報表。分別為兩個或以上受看護人家庭工作，並已向當地辦公室提交其工作週交通時間協議的看護人，可以在線申報其交通時間，無需再提交紙質申報表。	**01/06/2021. Էլեկտրոնային Ճամփորդության Հայցեր** Դուք այժմ կարող եք մուտք գործել և ներկայացնել Ճամփորդության Հայցերը ESP- ի միջոցով: Այն մատակարարները, ովքեր աշխատում են երկու կամ ավելի ստացողների համար, բնակվում են առանձին տնային տնտեսություններում և աշխատանքային շաբաթվա ճամփորդության ժամերի պայմանագիրը ներկայացնում են իրենց վարչաշրջանի գրասենյակին, ապա այժմ թղթե ճամփորդության հայց ներկայացնելու փոխարեն, նրանք կարող են իրենց ճամփորդության հայցերը ներկայացնել առցանց:
	Hyperlink	To learn more about Travel Claims, visit Travel Claims FAQ PDF.	Para obtener más información sobre las reclamaciones de viaje, visite Preguntas frecuentes sobre reclamaciones de viaje PDF.	要了解有關交通申報的更多信息，請訪問 交通申報常見問題解答 PDF。	Ճամփորդության Հայցերի մասին ավելին իմանալու համար այցելեք՝ Հաճախակի տրվող հարցեր (FAQ) PDF ձևը Ճամփորդության Հայցերի վերաբերյալ:
Live-In Provider Self-Certification and Exlusion of EVV	Static Text	**01/06/2021: Live-In Provider Self-Certification and Exclusion from EVV** IHSS and WPCS providers who live in the same home as the recipient for whom they provide services can now self-certify on the Electronic Services Portal (ESP) using the new Live-In Provider Self-Certification Screen found under the Financial menu tab. On March 1, 2016, CDSS received a ruling from the Internal Revenue Service (IRS) that IHSS/WPCS wages received by providers who live in the same home as the recipient of those services are excluded from gross income for purposes of Federal and State Income Tax. You can find out more at the CDSS Live-In Provider Self-Certification Information page. In addition, Live-In Providers with a Self-Certification on file will no longer be required to enter EVV data fields, which include *Start Time*, *End Time* and *Location*, in their timesheets, and these fields will no longer be displayed. For providers who do not have a Live-In Provider Self-Certification on file for a recipient, a new pop-up message will appear before time entry asking if	**01/06/2021: Auto certificación y exclusiones de proveedores de entrada en vivo de EVV** Proveedores de IHSS y WPCS que viven en el mismo hogar que el beneficiario para el que prestan servicios ahora pueden auto certificarse en el **Portal de Servicios Electrónicos (ESP)** utilizando la nueva **pantalla de auto certificación del proveedor** de entrada en vivo que esta encontrado bajo del menú **Finanzas**. El 1 de marzo de 2016, CDSS recibió una decisión del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de que los salarios de IHSS/WPCS recibidos por proveedores que viven en el mismo hogar que el beneficiario de esos servicios están excluidos de los ingresos brutos a efectos del Impuesto Federal y Estatal sobre la renta. Puede obtener más información en la página de información de auto certificación del proveedor de entrada en vivo de CDSS. Además, los proveedores de inicio en vivo con una autocertificación en el archivo ya no tendrán que ingresar información de EVV, que incluye la hora de comienzo, la hora de salida y la ubicación, en sus hojas de tiempo, y estos campos ya no se mostrarán. Para los proveedores que no tienen una autocertificación de proveedores de entrada en vivo en el archivo para un beneficiario, aparecerá un nuevo mensaje emergente antes del ingreso de tiempo preguntando si viven con el beneficiario.	**01/06/2021: 住家看護人自我認證及無須電子訪問驗證EVV** 與受看護人同住一處的IHSS和WPCS看護人，現可在**電子服務網站（ESP）**上財務菜單選項下的看護人自我認證屏幕中進行自我認證。2016年3月1日，CDSS收到國稅局（IRS）的一項決議，將與受看護人同住的看護人的IHSS / WPCS工資，從聯邦和州所得稅的總收入中扣除。您可以在 CDSS住家看護人自我認證信息頁面上找到更多信息。 此外，自我認證的住家看護人將無需在其工時單中輸入EVV數據字段，包括開始時間，結束時間和位置，這些字段將不再顯示。 對於沒有住家看護人的自我認證存檔的受看護人，其看護人在工時輸入前會出現一條新的彈出消息，詢問是否與受看護人同住。	**01/06/2021. Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագիրը և բացառումը EVV- ից** IHSS և WPCS մատակարարները, ովքեր ստացողի հետ բնակվում են նույն տանը՝ ում համար ծառայություններ են մատուցում, այժմ կարող են ինքնավավերագրվել **Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալում (ESP)**՝ օգտվելով **Ֆինանսներ** ընտրացանկի ներքո գտնվող նոր **Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագիր էջից:** 2016 թվականի Մարտի 1-ին CDSS-ը Ներքին Եկամուտների Ծառայությունից (IRS) որոշում էր ստացել այն մասին, որ IHSS/WPCS մատակարարները, ովքեր ստացողի հետ նույն տանն են բնակվում և ծառայություններ մատուցում, իրենց աշխատավարձի ընդհանուր եկամուտի մեջ չեն ընդգրկված դաշնային և պետական եկամտահարկերը: Ավելին կարող եք տեղեկանալ CDSS- ի Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագրի տեղեկատվության էջում: Բացի այդ, Ձեր հետ բնակվող մատակարարները, ովքեր ունեն ստացողի հետ համատեղ բնակության վկայագիրն իրենց գործերի մեջ, ապա նրանցից չի պահանջվի իրենց ժամացուցակներում լրացնել EVV տվյալները, որոնք ներառում են՝ աշխատանքը սկսելու ժամը, ավարտելու ժամը և գտնվելու վայրը: Այս տվյալներն այլևս չեն լինի Ձեր ժամացուցակում: Այն մատակարարները, ովքեր չունեն ստացողի հետ համատեղ բնակության վկայագիրն իրենց գործերի մեջ, ապա ժամերի քանակը լրացնելուց առաջ, էկրանի վրա հաղորդագրություն կհայտնվի՝ հարցնելով, թե արդյոք նրանք ապրում են ստացողի հետ:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		they live with the recipient.			
	Hyperlink	IHSS and WPCS providers who live in the same home as the recipient for whom they provide services can now self-certify on the **Electronic Services Portal (ESP)** using the new Live-In Provider Self-Certification Screen found under the Financial menu tab.	Proveedores de IHSS y WPCS que viven en el mismo hogar que el beneficiario para el que prestan servicios ahora pueden auto certificarse en el **Portal de Servicios Electrónicos (ESP)** utilizando la nueva pantalla de auto certificación del proveedor de entrada en vivo que esta encontrado bajo del menú Finanzas.	與受看護人同住一處的IHSS和WPCS看護人，現可在**電子服務網站（ESP）**上財務菜單選項下的看護人自我認證屏幕中進行自我認證。	IHSS և WPCS մատակարարները, ովքեր ստացողի հետ բնակվում են նույն տանը՝ ում համար ծառայություններ են մատուցում, այժմ կարող են ինքնավավերագրվել **Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալում (ESP)՝** օգտվելով **Ֆինանսներ** ընտրացանկի ներքո գտնվող նոր Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագիր էջից:
	Hyperlink	You can find out more at the CDSS Live-In Provider Self-Certification Information page.	Puede obtener más información en la página de información de auto certificación del proveedor de entrada en vivo de CDSS.	您可以在CDSS 住家看護人自我認證信息頁面上找到更多信息。	Ավելին կարող եք տեղեկանալ CDSS- ի Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագրի տեղեկատվության էջում:
Sick Leave	Static Text	**07/01/2020: Sick Leave** You will get 16 hours of paid sick leave on July 1, 2020. Any earned sick leave hours you currently have will expire on June 30, 2020. The number of paid sick leave hours has been increased from 8 to 16 due to the rise in the State minimum wage to $13 per hour as of January 1, 2020.	**07/01/2020: Tiempo de enfermedad pagada (Sick Leave)** El 1 de julio de 2020, usted recibirá 16 horas de ausencia pagada por enfermedad. Las horas de ausencia por enfermedad que haya acumulado caducarán el 30 de junio de 2020. El 1 de enero de 2020, el salario mínimo en California subió a $13 por hora. Por lo tanto, la cantidad de horas de ausencia pagada por enfermedad ha subido de 8 a 16 horas.	**07/01/2020: 病假** 在2020年7月1日，您將獲得16個小時的帶薪病假。您目前擁有的任何病假時數將在 2020年6月30日到期。截至2020年1月1日，由於加州最低工資提高到每小時13美元，帶薪病假時數已從8小時 增加到16小時。	**07/01/2020: 2020թ. Հիվանդության Պատճառով Բացակայություն** հուլիսի 1-ին դուք կստանաք 16 ժամ հիվանդության վճարովի արձակուրդ: Ներկայումս վաստակած հիվանդության արձակուրդի ժամերն ուժը կկորցնեն 2020թ. հունիսի 30-ին: Հիվանդության վճարովի արձակուրդի ժամերը 8-ից ավելացել են մինչև 16՝ 2020թ. հունվարի 1-ի դրությամբ նահանգային նվազագույն աշխատավարձի մինչև ժամը $13 աճով պայմանավորված:
	Hyperlink	Visit IHSS Provider Resources for more information on sick leave.	Visite recursos del proveedor de IHSS para obtener más información sobre el tiempo de enfermedad.	有關病假的更多信息，請訪問IHSS看護人資源。	Հիվանդության պատճառով բացակայության վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար՝ այցելեք IHSS Մատակարարի Ռեսուրսներ:
W-2's for Tax Year 2019	Static Text	**04/01/2020: W-2s for Tax Year 2019** **What you need to know** Your wages reported on your 2019 W-2 form will only reflect wages from **payments with an issue date** from January 1, 2019 to December 31, 2019. Payments issued to providers after January 1, 2020 are not reported on your 2019 W-2 form. **What you need to know if you live with your recipient** If you live with your recipient, and you filed the Live-In Self Certification Form (SOC 2298), your W-2 will reflect the exemption of wages paid to you as a live-in provider. Any wages paid to you after you filed your form will not be reported as wages (box 1) or state wages (box 16) on the W-2, as they are not considered to be taxable based on the IRS rule. If you were paid wages during the tax year 2019 prior to filing the SOC 2298, those wages will be reported in boxes 1 & 16. If you filed an SOC 2298 you must continue to pay FICA and Medicare taxes. Your full wages for the year will be reported in box 3 (Social Security Wages) and box 5	**04/01/2020: La forma W-2 para el año fiscal 2019** **Lo que usted tiene que saber** El salario reportado en su forma W-2 **solo reflejara pagos con fecha** del 1ero de enero del 2019 al 31 de diciembre del 2019. Pagos a los proveedores con fechas después del 1ero de enero del 2020 no serán reportados en su forma W-2 del 2019. **Lo que usted tiene que saber si vive con su beneficiario** Si usted vive con su beneficiario y usted lleno la forma Live-In Self Certification Form (SOC 2298), esta forma reflejará la exención de salarios en su forma W-2 que fueron pagados al proveedor que vive en el mismo hogar que el beneficiario. Todos los pagos que se le dieron a usted después de que lleno su forma no serán reportados como salario (en la caja número 1) o el salario estatal (en la caja número 16) de la forma W-2, ya que no son considerados salarios taxables según las reglas del departamento de Servicios de ingresos internos (IRS). Si se le dieron pagos antes de llenar la forma SOC 2298 durante el año fiscal 2019, esos ingresos serán reportados en las cajas 1 y 16. Si usted lleno la forma SOC 2298 usted continuara a pagar los impuestos del FICA y Medicare. Los ingresos completos se reportarán en la caja número 3 (Social Security Wages) y la caja número 5 (Medicare wages and tips) en su forma W-2. Usted no podrá hacer cambios en la manera que el IHSS ha reportado	**04/01/2020: 2019年度税的W-2s** **您需要知道** 在2019年 的W-2表上，您工資报告僅限于發薪日期為2019年1月1日至2019年12月31日的已付工資。在2020年1月1日之後付給看護人的工資將不會報告在该表中。 **如果您與受看護人同住您需要知道什麼** 如果您與受看護人同住，並且提交了“同居自我認證表格”（SOC 2298），您的W-2表將反映您作为同居看護人应得的免税工資。根據IRS規定,在您提交SOC 2298表格後,您所得的工資將不属于納税工資，所以將不會列在W-2上為工資（第1欄）或州工資（第16欄）。任何您在提交SOC 2298表格之前的2019納税年度所得的工資，將列在第1欄和第16欄中。 在提交了SOC 2298表格後，您還須繼續繳納FICA和醫療保險税。您當年的全部工資將在W-2的第3欄（社會保障工資）和第5欄（醫療保險工資和小費）中報告。 在提交SOC 2298表格之後，您不能要求更改IHSS的工資報告方式。如果您不再與受看護人同住，則必須提交一份“同居自我認證取消表格”（SOC 2299）。此	**04/01/2020: W-2 ձևերը 2019թվ-ի Հարկային Տարվա համար** **Ինչ է հարկավոր իմանալ.** Ձեր 2019թվ-ի W-2 ձևը ընդգրկում է միայն 2019թվ-ի Հունվարի 1-ից մինչև 2019թվ-ի Դեկտեմբերի 31-ի **ամսաթվով թողարկված աշխատավարձի վճարումները**: Այն վճարումները, որ մատակարարը ստացել է 2020թվ-ի Հունվարի 1-ից հետո, չեն ընդգրկվում Ձեր 2019թվ-ի W-2 ձևում: **Ինչ է հարկավոր իմանալ, եթե Դուք ապրում եք Ձեր ստացողի հետ.** Եթե Դուք ապրում եք Ձեր ստացողի հետ և ներկայացրել եք Live- In Self Certification ձևը (SOC 2298), ապա Ձեր W-2 ձևը ցույց կտա, որ Ձեր ստացած աշխատավարձը չի համարվում եկամուտ, քանի որ Դուք համարվում եք մատակարար, ով ապրում է իր ստացողի հետ: Այդ ձևը ներկայացնելուց հետո, W-2 ձևի վրա Ձեր ստացած աշխատավարձը չի համարվի վարձատրություն (վանդակ 1) կամ պետական տուրք (վանդակ 16), քանի որ դրանցից հարկեր չեն գանձվում, համաձայն IRS-ի կանոնների: Եթե 2019թվ-ի ֆինանսական տարվա ընթացքում, Դուք ստացել եք վճարումներ, նախքան SOC 2298 ձևի ներկայացնելն՝ ապա այդ եկամուտը կարտացոլվի 1-ին և 16-րդ վանդակներում: Եթե Դուք լրացրել/ներկայացրել եք SOC 2298 ձևը, Դուք պետք է շարունակեք վճարել FICA և Medicare հարկերը: Ձեր ամբողջ տարվա աշխատավարձը կներկայացվի W-2 ձևի վրա՝ 3-րդ վանդակում (Social Security Wages) և 5-րդ վանդակում (Medicare wages and tips): Դուք չեք կարող պահանջել փոփոխություն, թե ինչպես է աշխատավարձը ներկայացվում IHSS-ի կողմից, SOC 2298 ձևը լրացնելուց հետո: Եթե Դուք այլևս չեք ապրում Ձեր ստացողի հետ, ապա պետք է ներկայացնեք Live-In Self-Certification Cancellation (SOC 2299) ձևը: Բացի այդ, Դուք պետք է SOC 840 (հասցեի փոփոխություն) ձևը ներկայացնեք Ձեր Վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ: Մատակարարները, ովքեր ընդհանուր հարցեր ունեն իրենց Համատեղ Բնակության Վկայագրի ձևի (SOC 2298) և իրենց 2019թվ-ի W-2- ի վերաբերյալ, կարող են լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		(Medicare wages and tips) on your W-2. You cannot request a change in how the wages are reported by IHSS after you have submitted an SOC 2298. If you no longer live with your recipient, you must file a Live-In Self-Certification Cancellation Form (SOC 2299). In addition, you should file SOC Form 840 (change of address) with the IHSS County Office. Providers who have general questions about their Live-In Self Certification form (SOC 2298) and their 2019 W-2 can find additional information at the	sus ingresos después de que envíe la forma SOC 2298. Si usted ya no vive con su beneficiario, tendrá que llenar la forma de cancelación Live-In Self-Certification Cancellation Form (SOC 2299). Y además, usted tendrá que llenar la forma SOC 840 (cambio de domicilio) y entregarla a su oficina del IHSS de su condado. Los proveedores que tienen preguntas generales sobre su formulario de autocertificación de proveedor viviendo en casa (SOC 2298) y su W-2 2019 pueden encontrar información adicional en la	外，您還應向IHSS当地辦公室提交SOC 840表格（地址更改）。 對"同居自我認證表格" (SOC 2298) 及其 2019 年 W-2 有疑問的看護人可以在	
	Hyperlink	CDSS Live-in-provider Self-certification page.	página de autocertificación CDSS de proveedor viviendo en casa.	CDSS 住家看護人自我認證信息頁面上找到更多信息。	CDSS-ի Համատաղ Բնակության Վկայագիր էջում:
Electronic Visit Verification (EVV)	Static Text	**02/01/2019: Electronic Visit Verification (EVV) -** The California Department of Social Services (CDSS) wants you to know about a new **federal requirement** for providers in the In-Home Supportive Services (IHSS) and Waiver Personal Care Services (WPCS) programs called Electronic Visit Verification (EVV). EVV will impact **all** IHSS and WPCS recipients and providers. We want to make sure you know how and where to find out more about EVV.	**02/01/2019: Electronic Visit Verification (EVV) -** El departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) quiere informarle sobre el nuevo **requisito federal** para proveedores en el programa de Apoyo en el hogar (IHSS) y el programa de Exención para servicios de cuidado personal (WPCS), llamado Verificación de visita electrónica (EVV). EVV impactara a **todos** los beneficiarios y proveedores del IHSS y el WPCS. Queremos asegurarnos que usted se entere de cómo y dónde encontrar más información sobre el EVV.	**02/01/2019: Electronic Visit Verification (EVV) -** 加州社會服務處 (CDSS) 希望您瞭解居家援助服務 (IHSS) 和自選個人護理服務 (WPCS) 計劃中提供者的新 **聯邦要求，**稱為電子訪問驗證 (EVV)。EVV將影響 **所有** IHSS 和 WPCS 受看護人和提供者。我們希望確保您知道如何以及在何處瞭解有關EVV的更多資訊。	**02/01/2019: Electronic Visit Verification (EVV) -** Կալիֆորնիայի Սոցիալական Ծառայությունների Բաժինը (CDSS) ցանկանում է տեղեկացնել Տնային Աջակցության (IHSS) և Անձնական Խնամքի (WPCS) ծառայությունների մատակարարներին նոր **ֆեդերալ պահանջարկի՝** Էլեկտրոնային Այցի Հաստատման (EVV) մասին: EVV- ին կանդրադառնա IHSS և WPCS **բոլոր** ստացողների և մատակարարների վրա: Ձեզ տեղեկացնում ենք, թե ինչպես և որտեղից կարող եք ավելին իմանալ EVV- ի մասին:
	Hyperlink	Click here for more information.	Haga clic aquí para más información	按此處瞭解更多資訊	Լրացուցիչ տեղեկությունների համար սեղմեք այստեղ.
	Screen image of PDF	English IHSS_EVV_Flyer.pdf	Spanish IHSS_EVV_Flyer.pdf	Chinese IHSS_EVV_Flyer.pdf	Armenian IHSS_EVV_Flyer.pdf
Changes to ESP preferences	Static Text	**11/18/2018: Changes to ESP preferences** You can now set your preferred language for use on the **IHSS ESP** on the new **My Preferences** screen. Once your preferred language is set you no longer need to select it each time you login. You can also use the **My Preferences** screen to set your **Timesheet Entry Preferences.**	**11/18/2018: Cambios a las preferencias del ESP** Ahora puede establecer su idioma preferido para usar en el **IHSS ESP** en la nueva pantalla **Mis Preferencias.** Una vez que su idioma preferido este configurado, ya no necesita seleccionarlo cada vez que inicie sesión.	**11/18/2018: ESP 偏好設置的更新** 您現在可以在 **IHSS ESP** 網站的新頁面 **我的偏好** 中設置您的偏好語言。一旦偏好語言設置成功，您在之後的每次登錄中不需要再重新選擇。	**11/18/2018. Փոփոխություններ ESP-ի նախընտրություններում** Այժմ Դուք կարող եք ընտրել Ձեր նախընտրած լեզուն **IHSS ESP** - ի **Իմ Նախընտրությունները** նոր էկրանի վրա: Ձեր նախընտրած լեզուն կպահպանվի և անհրաժեշտ չի լինի այն ընտրել ամեն անգամ, երբ Դուք մուտք եք գործում:
	Hyperlink	Click here for more information.	Haga clic aquí para más información	按此處瞭解更多資訊	Լրացուցիչ տեղեկությունների համար սեղմեք այստեղ
Changes to Electronic Services Portal (ESP)	Static Text	**08/25/2018: Changes to the Electronic Services Portal (ESP)** The look and feel of the ESP has been improved to provide a better user experience and make it easier to understand and use the system.	**08/25/2018: Cambios al Portal de Servicios Electrónicos (ESP)** El ESP ha sido mejorado para darle una mejor experiencia al usuario y darle la habilidad de entender mejor y utilizar el sistema.	**08/25/2018: 電子服務平台 (ESP)的改變** 它的外觀和感覺已得到改進,提供更好的體驗給使用者, 並使系統更易於理解和使用。	**08/25/2018. Փոփոխություններ Էլեկտրոնային Ծառայությունների Կայքէջում (ESP)** **ESP**-ի տեսքը բարելավվել է, որը կօգնի Ձեզ ավելի լավ հասկանալու և օգտագործելու համակարգը:
	Hyperlink	Click here for more information.	Haga clic aquí para más información.	按此處瞭解更多資訊。	Լրացուցիչ տեղեկությունների համար սեղմեք այստեղ:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Direct Deposit	Static Text	**02/10/2018: Direct Deposit** Online Direct Deposit Service is now available for IHSS and WPCS providers.	**02/10/2018**: **Deposito Directo** El servicio de deposito directo ahora está disponible para los proveedores del IHSS y WPCS.	**02/10/2018: 直接存款** 已提供線上直接存款服務給IHSS和WPCS的提供者。	**02/10/2018: Ուղղակի Ավանդ** Առցանց Ուղղակի Ավանդի Ծառայությունն այժմ հասանելի է IHSS և WPCS մատակարարներին:
	Hyperlink	Click here for more information	Haga clic aquí para más información	按此處瞭解更多資訊	Լրացուցիչ տեղեկությունների համար սեղմեք այստեղ
RECIPIENT					
Timesheet Signatory		**09/25/2020: Timesheet Signatory** Recipients who have an active Timesheet Signatory on file will see a User Identification screen when logging into the Electronic Services Portal (ESP). The user must select either the "I am the Recipient" box or the "I am the Timesheet Signatory" box to identify who is signing into the Recipient's ESP account. After checking the appropriate box and clicking the Continue button, the user will be able to access the Recipient's ESP account. Recipients who do not have an active Timesheet Signatory on file will not see the new User Identification screen and will continue to follow the current steps to login to their ESP account.	**09/25/2020: Signatario de la hoja de tiempo** Los beneficiarios que tengan un signatario de hojas de tiempo activo en el archivo verán una pantalla de identificación de usuario al iniciar sesión en el Portal de Servicios Electrónicos (ESP). El usuario debe seleccionar el cuadro “Soy el beneficiario” o el cuadro “Soy el signatario de hojas de tiempo” para identificar quién está iniciando sesión en la cuenta ESP del beneficiario. Después de marcar el cuadro correspondiente y hacer clic en el botón Continuar, el usuario podrá acceder a la cuenta ESP del Beneficiario. Los beneficiarios que no tienen el Signatario de hojas de tiempo activo en el archivo no verán la nueva pantalla de identificación de usuario y seguirán los pasos actuales para iniciar sesión en su cuenta ESP.	**09/25/2020: 工時單簽名者** 具有工時單簽字人存檔的受看護人，在登錄電子服務網站（ESP）時將看到“用戶識別”屏幕。用戶必須選擇“我是受看護人”或“我是工時單簽字人”，以識別誰在登錄受看護人的ESP帳戶。選擇並單擊“繼續”按鈕後，用戶將可以訪問受看護人的ESP帳戶。 沒有工時單簽字人存檔的受看護人將不會看到新的“用戶識別”屏幕，並將繼續按照當前步驟登錄其ESP帳戶。	**09/25/2020: Ժամացուցակըստորագրողանձ** Այն ստացողները, ովքեր իրենց գործին ունեն կցած ժամացուցակը ստորագրող լիազորված անձ, ապա Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալ(ESP) մուտք գործելիս կտեսնեն Օգտվողի Ինքնությունը Հաստատող էջ: Օգտվողը պետք է ընտրի «Ես ստացողն եմ» կամ «Ես ժամացուցակը ստորագրող լիազորված անձն եմ» վանդակը, որպեսզի պարզ լինի, թե ով է մուտք գործում ստացողի ESP հաշվին: Համապատասխան վանդակը նշելուց եւ Շարունակել կոճակը սեղմելուց հետո, օգտվողը կկարողանա մուտք գործել Ստացողի ESP հաշվին: Այնստացողները, ովքեր իրենց գործին չունեն կցած ժամացուցակը ստորագրող լիազորված անձ, ապա չեն տեսնի Օգտվողի Ինքնությունը Հաստատող էջը եւ կշարունակեն հետեւել ընթացիկ քայլերին՝ իրենց ESP հաշվին մուտք գործելու համար:
Hire a Provider	Static Text	**09/25/2020: Hire a Provider** You can now hire a provider on the IHSS ESP using the new **Hire Provider** menu item.	**09/25/2020: Contratar a un proveedor** Ahora puede contratar a un proveedor en el ESP del IHSS mediante el nuevo elemento de menú **Contratar proveedor.**	**09/25/2020：僱用看護人** 您現在可以使用新的 **僱用看護人** 菜單項在IHSS ESP上僱用看護人。	**09/25/2020. Աշխատանքի ընդունել Մատակարարին** Այժմ Դուք կարող եք IHSS ESP- ում ընտրել մատակարարի՝ օգտագործելով **Աշխատանքի ընդունել Մատակարարին** նոր ընտրացանկը:
	Hyperlink	How to Hire a Provider	Cómo contratar a un proveedor	如何聘用看護人	Ինչպես Աշխատանքի ընդունել մատակարարին

DSD Appendix D/What's New - Changes to ESP

All translations on this page are obsolete and no longer valid to the system. They are maintained for historical purposes.

CI
CI-822546 - DSD TRAN Whats New Changes to ESP CANCELLED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
What's New	Screen Title	**What’s New: Changes to the Electronic Services Portal (ESP)**	**Qué hay de nuevo: Cambios al Portal de Servicios Electrónicos (ESP)**	**什麼是新的：電子服務平台的改變**	**Նորություններ. Փոփոխություններ Էլեկտրոնային Ծառայությունների Կայքէջում (ESP)**
	Static Text	**Additional Information about the ESP Improvements**	**Información adicional sobre los mejoramientos del ESP**	**有關ESP改進的其他資訊**	**Լրացուցիչ տեղեկություններ ESP-ի բարելավման վերաբերյալ**
	Static Text	The California Department of Social Services (CDSS) is pleased to inform you that the look and feel of the Electronic Services Portal (ESP) has been improved to provide you with a better user experience and make it easier for you to understand and use the system	El Departamento de servicios sociales (CDSS) le da un placer informarle que el Portal de Servicios Electrónicos (ESP) ha sido mejorado para darle una mejor experiencia al usuario y darle la habilidad para entender mejor y utilizar el sistema.	加州社會服務部(CDSS) 很高興地通知您, 電子服務平台(ESP) 的外觀和感覺有所改善, 為您提供更好的用戶體驗, 使您更容易理解和使用這系統。	Կալիֆորնիայի Սոցիալական Ծառայությունների Բաժինը (CDSS) ուրախ է տեղեկացնել Ձեզ, որ Էլեկտրոնային Ծառայությունների Կայքէջի (ESP) տեսքը բարելավվել է, որը կօգնի Ձեզ ավելի լավ հասկանալու և օգտագործելու համակարգը:

	Static Text	**These changes do not affect the way you submit/approve timesheets, opt in to direct deposit or claim sick leave.**	**Estos cambios no afectan la manera que usted envía/aprueba las hojas de tiempo electrónicas, la inscripción para el depósito directo, o el reclamo de horas de enfermedad.**	**這些變化不會影響您提交/批准時間表、選擇直接存款或申報病假的方式。**	**Այս փոփոխությունները չեն ազդում ժամացուցակների ներկայացման և հաստատման ձևի վրա, ինչպես նաև նույնն են մնացել ուղղակի ավանդին (direct deposit) գրանցման և հիվանդության պատճառով բացակայության (sick leave) հայցի ներկայացման ձևերը:**
	Static Text	You are not required to do anything and will continue to use the system as you have always done.	No hay ningún requerimiento de que usted haga algo y podrá continuar a utilizar el sistema como siempre lo ha hecho.	您不需要做任何事情並將繼續照常使用這系統。	Դուք կարիք չունեք որևէ բան անելու, շարունակեք օգտագործել համակարգը, ինչպես միշտ եք արել:
	Static Text	**Here is a list of changes you will see:**	**Estos son los cambios que usted mirara:**	**以下是您將看到一系列的變化:**	**Ահա այն փոփոխությունների ցուցակը, որ Դուք կտեսնեք.**
	Static Text	**Login screen** - This look of this screen has changed to make it easier for you to login and get help if you need it.	**La pantalla de ingreso al sistema**- Esta pantalla ha sido cambiada para facilitarle el ingreso al sistema, y buscar ayuda si la necesita.	**登入螢幕** - 這螢幕的外觀已經改變, 使您可以更容易登入並在需要時獲得幫助。	**Մուտքագրման էջ** - Այս էկրանի տեսքը փոխվել է, որպեսզի Ձեզ համար ավելի հեշտ լինի մուտք գործել և անհրաժեշտության դեպքում օգնություն ստանալ:
	Static Text	**Home Page** - This is a new screen that acts as a home page for you and contains Quick Buttons, shortcuts and a useful Links & Reminders section.	**La pantalla de inicio**- Esta es una pantalla nueva que trabaja como una pantalla de inicio para el usuario. Contiene botones de acceso rápidos, enlaces de acceso directos, y una sección de enlaces y recordatorios.	**主頁** - 這是一個新螢幕作為您的主頁, 並包括快速按鈕, 捷徑和一個有用的鏈接和提醒部分。	**Գլխավոր էջ** - Սա նոր էկրան է՝ կարևոր էջ Ձեր համար, որտեղ կտեսնեք կարճ ուղիներ հիմնական էջերը մուտք գործելու համար: Էջը նաև պարունակում է օգտակար Հղումների և Հիշեցումների բաժին:
	Static Text	**Navigation Bar** - This has been added to every screen to help you see the available self-services for your account.	**Barra de navegación-** Una barra de navegación se agregó en cada pantalla para facilitarle acceder todos los auto servicios en su cuenta.	**導航欄** - 此功能已加添在每個螢幕, 以幫助您查看您自己帳戶的自助服務。	**Հորիզոնական ընտրացանկ** - Այս ցանկն ավելացվել է յուրաքանչյուր էջի վրա, որը կօգնի Ձեզ ինքնուրույն տեղեկություններ ձեռք բերել Ձեր հաշվի վերաբերյալ:
	Static Text	The provider view has links to: Electronic Timesheets, Payments, Direct Deposit, Sick Leave Claim, Account, What's New, FAQs, Training and Contact Us	El proveedor tendrá acceso a estos enlaces: Hojas de tiempo electrónicas, Pagos, depósito directo, Reclamo de horas de enfermedad, Cuenta, Que hay de Nuevo, Preguntas frecuentes, Entrenamiento, Comuníquese con nosotros.	提供者查看的鏈接: 電子時間表, 付款, 直接存款, 病假申報, 帳戶, 什麼是新的, 常見問題, 培訓和聯繫我們。	Մատակարարին պատկանող ցանկը ներառում է հետևյալ հղումները՝ Էլեկտրոնային Ժամացուցակներ, Վճարումներ, Ուղղակի ավանդ (Direct Deposit), Հիվանդության բացակայության հայց (Sick Leave Claim), Հաշիվ, Նորություններ, Հաճախակի տրվող հարցեր, Ուսուցում և Կապ մեզ հետ:
	Static Text	The recipient view has links to: Electronic Timesheets, Account, What's New, FAQs, Training and Contact Us.	El beneficiario tendrá acceso a estos enlaces: Hojas de tiempo electrónicas, Cuenta, Que hay de Nuevo, Preguntas frecuentes, Entrenamiento, Comuníquese con nosotros.	受看護人查看的鏈接: 電子時間表, 帳戶, 什麼是新的, 常見問題, 培訓和聯繫我們。	Ստացողին պատկանող ցանկը ներառում է հետևյալ հղումները՝ Էլեկտրոնային Ժամացուցակներ, Հաշիվ, Նորություններ, Հաճախակի տրվող հարցեր, Ուսուցում և Կապ մեզ հետ:
	Static Text	**Frequently Asked Questions** - This page has been changed to provide you with a list of the most common questions and answers, and links you to more information by topic.	**Preguntas Frecuentes:** Esta pantalla ha sido cambiada para ofrecerle una lista de las preguntas y respuestas más frecuentes, y contiene enlaces de información según el tema.	**常見問題**: 此頁已改變為給您提供一系列最常見的問題和答案, 並根據話題將您鏈接到更多的資料。	**Հաճախակի տրվող հարցեր**- Այս էջում Ձեզ տրամադրված են հարցեր և պատասխաններ, կան նաև հղումներ որտեղ կարող եք գտնել ըստ թեմայի հարցեր և պատասխաններ
	Static Text	**Training Page** - This page has links for training webinars that you can use for help, rather than calling and waiting for a help desk representative.	**La pantalla de entrenamiento**: Esta pantalla contiene enlaces de entrenamientos que usted puede utilizar como material de aprendizaje, para que usted busque ayuda sin tener que llamar a la línea de asistencia y tener que esperar para hablar con un representante.	**培訓頁**: 這頁是鏈接培訓研討會, 您能夠藉此得到幫助, 而不是打電話和等候幫助台的代表。	**Ուսուցման էջ**. Այս էջը պարունակում է հղումներ ուսուցողական դասընթացների համար: Մինչ Տեղեկատվության Բաժին զանգելն ու աջակցություն հայցելը, կարող եք օգտվել այս ուսուցումներից օգնության համար:

DSD Appendix D/What's New - Direct Deposit

All translations on this page are obsolete and no longer valid to the system. They are maintained for historical purposes.

CI
CI-822547 - DSD TRAN Whats New Direct Deposit CANCELLED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
What's New	Screen Title	**What's New: Direct Deposit**	**Que hay de nuevo: Depósito directo**	**什麼是新的:直接存款**	**Նորություններ. Ուղղակի Ավանդ**
	Static Text	**Additional Information About Direct Deposit**	**Más información acerca del depósito directo**	**有關直接存款的其他資訊**	**Լրացուցիչ տեղեկատվություն Ուղղակի Ավանդի վերաբերյալ**
	Static Text	**What's New**	**Que hay de nuevo**	**什麼是新的**	**Նորություններ**

	Static Text	The ability to request Direct Deposit online is now available for IHSS and WPCS providers on the IHSS Website. The new Online Direct Deposit Service allows IHSS/WPCS providers in all California counties the ability to electronically enroll, change or cancel their Direct Deposit service through the IHSS Website, instead of using a paper form.	La habilidad de solicitar el depósito directo ahora está disponible para los beneficiarios del programa IHSS y WPCS en el sitio web del IHSS. Este servicio nuevo le permite a los proveedores del IHSS/WPCS en todos los condados de California para inscribirse, cambiar o cancelar su depósito directo en el sitio web del IHSS en vez de utilizar la forma en papel.	在IHSS網站上,現已設有線上申請直接存款給IHSS和WPCS的提供者。這新的線上直接存款服務允許IHSS/WPCS的提供者在加州所有的縣，能使用電子註册,更改或取消他們的直接存款服務通過這IHSS網站,以代替用紙質表格。	IHSS-ի Կայքէջում Ուղղակի Ավանդին առցանց դիմելու հնարավորությունն այժմ հասանելի է HSS և WPCS մատակարարներին: Նոր առցանց Ուղղակի Ավանդի Ծառայությունը թույլ է տալիս IHSS/WPCS մատակարարներին Կալիֆորնիայի բոլոր շրջաններում էլեկտրոնային եղանակով գրանցվել, փոխել կամ դադարեցնել իրենց Ուղղակի Ավանդի ծառայությունը IHSS-ի Կայքէջում, թղթային ձևի օգտագործման փոխարեն:
	Static Text	If you are not already signed up for Direct Deposit, here are some advantages of using this service:	Si todavía no se ha inscrito para el depósito directo, estos son algunos de los beneficios:	如果您尚未註冊直接存款, 以下是使用此服務的一些優點:	Եթե Դուք դեռևս չեք գրանցվել Ուղղակի Ավանդին, ահա այս ծառայությունից օգտվելու առավելությունները՝
	Static Text	You can receive your paycheck faster.	Podrá recibir su pago más rápido.	您可以更快地收到您的薪水。	Դուք կարող եք ստանալ Ձեր աշխատավարձն ավելի արագ:
	Static Text	You no longer have to wait for a paper check to be mailed to you, your IHSS/WPCS paycheck will be deposited directly into your bank account.	Usted no tendrá que esperar para que su cheque de pago se le envié por correo, su pago del IHSS/WPCS será depositado directamente a su cuenta bancaria.	您不再需要等待紙質支票寄給您,您的IHSS/WPCS薪水將直接存入您的銀行帳戶。	Դուք այլևս չեք սպասի, որ Ձեր աշխատավարձը փոստով ուղարկվի Ձեզ, այլ Ձեր IHSS/WPCS-ի աշխատավարձն անմիջապես կփոխանցվի Ձեր բանկի հաշվին:
	Static Text	You no longer have to worry about your paper check being lost or stolen.	Usted no tendrá que preocuparse por que se le pierda o le roben su cheque de pago.	您不必再擔心您的紙質支票丟失或被盜。	Դուք այլևս չեք անհանգստանա, որ Ձեր թղթե աշխատավարձը կարող է կորել կամ գողացվել:
	Static Text	**What You Need to Do**	**Lo que usted tiene que hacer**	**您要做什麼**	**Ինչ է պետք, որ Դուք անեք.**
	Static Text	Enrolling is easy!! Just log into your account on the IHSS Website, select the Direct Deposit option in the Menu on the top of the screen and follow the easy steps.	¡Inscribirse es fácil! Solo Inicie sesión en su cuenta en el sitio web del IHSS, seleccione la opción de Depósito Directo en el Menú en la parte superior de la pantalla y siga los pasos fáciles.	註冊是容易的!!只需登錄到IHSS網站上您的的帳戶, 在螢幕頂部功能表的選項選擇直接存款,並按照簡單的步驟。	Գրանցվելը շատ հեշտ է!!: Պարզապես մուտք գործեք Ձեր հաշիվին IHSS-ի կայքում, վերևում տեղադրված ցանկից ընտրեք Ուղղակի Ավանդ տարբերակը, և հետևեք նշված քայլերին:
	Static Text	Just remember the following:	Solo recuerde lo siguiente:	請記住以下內容:	Պարզապես հիշեք հետևյալը.
	Static Text	You must be actively working for an IHSS or WPCS recipient.	Usted tiene que estar activamente trabajando para un beneficiario del IHSS o WPCS.	您必須活躍為IHSS或WPCS受看護人工作	Դուք պետք է աշխատեք IHSS-ի կամ WPCS-ի ստացողի համար:
	Static Text	You must have a checking or savings account.	Usted tiene que tener una cuenta bancaria de cheques o ahorros.	您必須有一個支票或儲蓄帳戶	Դուք պետք է ունենաք ընթացիկ կամ խնայողական հաշիվ:
	Static Text	You must have your Bank Name, Account Number and the Routing Number to sign up.	Usted tiene que tener a mano el nombre bancario, número de cuenta y el número de ruta para poder inscribirse.	您必須有您的銀行名稱、帳號和銀行代號註冊。	Գրանցվելու համար Դուք պետք է ունենաք՝ Ձեր բանկի անունը, հաշվեհամարը և բանկի ինքնությունը հաստատող համարը:
	Static Text	It takes 30 days for you to start receiving Direct Deposit after you submit your request. Your request for Direct Deposit does not change the way you submit your timesheets, so make sure you continue to submit your timesheets as you wait for your Direct Deposit to begin.	Se tardan 30 días para que usted comience a recibir su depósito directo después de que usted envíe su petición. Su petición para el depósito directo no cambia la manera que usted envía sus hojas de tiempo, asegúrese de enviar su hoja de tiempo mientras que espera que su depósito directo comience.	您提交您的申請後,需要30天的時間開始接受您的直接存款。您的直接存款請求不會改變您提交時間表的方式,因此,請確保在您等待直接存款開始時繼續提交您的時間表。	Ձեր դիմումը ներկայացնելուց 30 օր հետո Դուք կստանաք Ձեր վճարը ուղղակի ավանդի եղանակով: Ձեր ժամացուցակների ներկայացման ձևը չի փոխվում Ուղղակի Ավանդին դիմելուց հետո: Այնպես որ, շարունակեք ներկայացնել Ձեր ժամացուցակները, երբ սպասում եք Ձեր Ուղղակի Ավանդի հաստատմանը:
	Static Text	**Please Note**: Do not call your county office as they will not be able to help you with the Online Direct Deposit enrollment process.	**Tenga en cuenta**: No se comunique con su oficina local del condado ya que ellos no podrán ayudarle con el proceso del depósito directo.	**請注意**: 不要致電您縣的辦公室, 因為他們將無法幫助您的線上直接存款登記過程。	**Խնդրում ենք**.Չզանգահարել Ձեր շրջանի գրասենյակ, քանի որ նրանք չեն կարող օգնել Ձեզ առցանց Ուղղակի Ավանդի գրանցման գործընթացում:

DSD Appendix D/What's New - Tax Year 2019

CI
CI-822548 - DSD TRAN Whats New Tax Year 2017 CANCELLED

Cancelled by SCF142.

DSD Appendix D/Training My Preferences

CI
CI-822549 - DSD TRAN Training My Preferences IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Provider & Recipient	Screen Title	**Training My Preferences**	**Entrenamiento de mis preferencias**	**我的首選培訓**	**Ուսուցում՝ իմ նախընտրությունները**
Provider & Recipient	Static Text	**How to Set Your Preferences**	**Cómo configurar las preferencias**	**如何設定您的首選**	**Ինչպես ստեղծել/կարգավորել Ձեր նախաընտրությունները**
Provider & Recipient	Static Text	You have the ability to set your preferred language for use within the **IHSS ESP**. This preference can be updated on the new **My Preferences** screen.	Usted tiene la capacidad de establecer su idioma preferido para su uso dentro del **ESP IHSS**. Esta preferencia se puede actualizar en la nueva pantalla **Mis preferencias.**	您可以設置在 **IHSS ESP** 中使用的首選語言。可以在新的 **我的首選項** 屏幕上更新選項。	Դուք ունեք հնարավորություն **IHSS ESP**-ում ընտրելու Ձեր նախընտրած լեզուն օգտագործման համար: Այդ հնարավորությունն ունենալու համար պետք է թարմացնեք **Իմ Նախընտրություններ** նոր էկրանը:
Provider & Recipient	Static Text	To access the **My Preferences** screen: 1. Access the **Account Information** screen: a. Desktop users can access Account Information by selecting the link above the menu bar. b. Mobile users can access Account Information by selecting the link from the menu. 2. On the **Account Information** screen select the **My Preferences** link. 3. Select your preferences and press the **Save** button.	Para acceder a la pantalla **Mis preferencias:** 1. Acceda a la pantalla **Información de la cuenta:** a. Los usuarios de computadoras pueden acceder a la Información de la cuenta seleccionando el enlace situado encima de la barra de menú. b. Los usuarios móviles pueden acceder a la Información de la cuenta seleccionando el enlace del menú. 2. En la pantalla **Información de la cuenta,** seleccione el enlace **Mis preferencias.** 3. Seleccione sus preferencias y haga clic el botón **Guardar.**	進入**我的首選**頁面： 1. 訪問**帳戶信息**屏幕： a. 桌面用戶可以通過選擇菜單欄上方的鏈接來訪問帳戶信息。 b. 手机用戶可以通過從菜單中選擇鏈接來訪問帳戶信息。 2. 在**賬戶信息**頁面選擇**我的首選**鏈接。 3. 選擇您的首選並點擊**保存**按鈕。	**Իմ Նախընտրությունները** էջը մուտք գործելու համար. 1. Մուտք գործեք **Հաշվի Տեղեկատվության** էկրանին. a. Համակարգչից օգտվողները կարող են մուտք գործել Հաշվի Տեղեկատվություն՝ ընտրելով ցանկի վերևում գտնվող հղումը: b. Բջջային սարքից օգտվողները կարող են մուտք գործել Հաշվի Տեղեկատվություն՝ ընտրելով հղումը ցանկից: 2. **Հաշվի Տեղեկություններ** էկրանի վրա ընտրեք **Իմ Նախընտրությունները** հղումը: 3. Ընտրեք Ձեր նախընտրությունները և սեղմեք **Պահպանել** կոճակը:
Provider & Recipient	Static Text	**IHSS Electronic Services Portal Preferred Language**	**Idioma preferido del portal de servicios electrónicos de IHSS**	**IHSS 電子服務網站首選語言**	**IHSS Electronic Services Portal -ի նախընտրելի լեզուն**
Provider & Recipient	Static Text	Once a preferred language is set, you no longer need to select a language each time you login. For new users, your preferred language was set using the language you chose at registration. You may change your preferred language at any time and the change will take effect the next time you login.	Una vez que se establece un idioma preferido, ya no es necesario seleccionar su idioma cada vez que inicie sesión. Para los usuarios nuevos, su idioma preferido se estableció utilizando el idioma que eligió al registrarse. Puede cambiar el idioma preferido en cualquier momento y estará activo el siguiente inicio de sesión.	一旦首選語言設置成功，您在之後的每次登錄中不需要再重新選擇。對於新用戶，您的首選語言被默認設置為您在註冊賬戶時選擇的語言。您可以隨時更改語言首選，更新將在您下次登錄時生效。	Երբ Ձեր նախընտրած լեզուն հաստատված է, ապա անհրաժեշտ չի լինի այն ընտրել ամեն անգամ, երբ Դուք մուտք եք գործում: Նոր օգտվողների համար նախընտրած լեզուն կլինի այն, ինչ ընտրել են գրանցման ժամանակ: Սակայն ցանկացած պահի Դուք կարող եք փոխել Ձեր նախընտրած լեզուն և այն կպահպանվի, երբ հաջորդ անգամ մուտք գործեք:
Provider & Recipient	Static Text	**Please note:** Selecting a preferred language on this screen will not change the language of the emails you receive. To change the language for emails you receive, please contact your county IHSS office and ask to have your 'Written Language' updated.	**Tenga en cuenta:** la selección de un idioma preferido en esta pantalla no cambiará el idioma de los correos electrónicos que reciba. Para cambiar el idioma de los correos electrónicos que recibe, por favor póngase en contacto con su oficina del condado del IHSS y pida que su 'lenguaje escrito' sea actualizado.	**請注意：** 您在此頁面上選擇首選語言將不會更改您接收的電子郵件的語言。如果您需要更改電子郵件的語言，請聯繫IHSS當地辦事處併要求更改您的“書面語言”。	**Նկատի ունեցեք.** Այս էկրանի վրա ընտրելով Ձեր նախընտրած լեզուն, դեռ բավական չէ, որպեսզի ստանաք Ձեր էլ.նամակներն այդ լեզվով: Էլ.նամակների լեզուն փոխելու համար դիմեք Ձեր IHSS- ի գրասենյակին և խնդրեք, որ Ձեր «Գրավոր լեզուն» թարմացվի իրեց համակարգում:
Provider Only	Static Text	**Timesheet Entry Preferences**	**Preferencias de Ingresar tiempo**	**工時單輸入首選**	**Ժամացուցակի Մուտքի Նախընտրությունները**
Provider Only	Static Text	Setting a Timesheet Entry Preference allows you to indicate how many unsubmitted timesheets you will see in the select list on the **Timesheet Entry** screen. Select your preference and select the Save button at the bottom of the screen.	Al configurar la preferencia de tipo de ingreso de tiempo le permitirá indicar cuantas hojas de tiempo sin ser enviadas puede ver en la lista que aparece en la pantalla **Ingresar tiempo**. Seleccione su preferencia y haga clic el botón Guardar en la parte de abajo de esta pantalla.	設定工時單輸入首選允許您在**工時單輸入**螢幕上的選擇清單中顯示您有多少未提交的工時單。 選擇您的首選並點擊頁面底部的保存按鈕。	Ընտրելով Ժամացուցակի Մուտքի Նախընտրությունը, Դուք հնարավորություն կունենաք **Ժամացուցակի Մուտքագրման** էկրանի վրա տեսնել չներկայացված ժամացուցակների քանակը: Ընտրեք Ձեր նախընտրությունը և սեղմեք Պահպանել կոճակը էկրանի ներքևում:
Provider Only	Static Text	Preferences are: - **All:** Displays all unsubmitted timesheets in the select list. This is the default option and is typically used by most providers. - **Last 3 Months:** Displays timesheets for the prior 3 pay periods. This option is rarely needed and is only used if you	Las preferencias son: - **Todos:** Mostrará todas las hojas de tiempo no enviadas en la lista de selección. Esta es la opción predeterminada y es utilizada típicamente por la mayoría de los proveedores. - **Últimos 3 meses:** Mostrará hojas de tiempo para los periodos de pago anteriores de 3 meses. Esta opción	首選是： - **全部：** 將在選擇列表中顯示所有未提交的工時單。這是默認選項，也通常被大部分看護人所選擇。 - **最近 3 個月：** 顯示前 3 個支付週期的工時單。此選項很	Նախընտրությունները հետևյալն են՝ - **Ամբողջը.** Կցուցադրի բոլոր չներկայացված ժամացուցակները Ձեր ընտրած ցանկում: Այս տարբերակը սովորաբար օգտագործվում է մատակարարների մեծ մասի կողմից: - **Վերջին 3 ամիսները.** Կցուցադրի նախորդ 3 վճարման ժամանակահատվածի ժամացուցակները: Այս տարբերակը հազվադեպ է անհրաժեշտ լինում և

		have several old unsubmitted timesheets you do not want to see in the select list.	sólo es necesaria si tiene varias hojas de tiempo no enviadas que no desea ver en la lista de selección y que rara vez se necesita.	少選用，僅在您不想在選擇列表中看到多個未提交的舊工時單時才使用。	օգտագործվում է միայն այն դեպքում, եթե ունեք մի քանի հին չներկայացված ժամացուցակներ, որոնք չեք ցանկանում տեսնել ընտրված ցուցակում:

DSD Appendix D/Training Email Timesheet Copy

CI
CI-823207 - DSD TRAN Training Email Timesheet Copy IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**Training Download Timesheet Copy**	**Entrenamiento para descargar copias de hojas de tiempo.**	**培訓下載工時單副本**	**Դասընթաց՝ Ներբեռնել ժամացուցակի պատճեն:**
	Static Text	**How to Download Copies of Timesheets**	**Cómo descargar copias de hojas de tiempo**	**如何下載工時單副本**	**Ինչպես ներբեռնել ժամացուցակների պատճենները:**
Provider	Static Text	1. Click the **Financial** menu item and select **Payments** then **Payment Search.** 2. Enter the first day of the pay period for a timesheet using this format: MM/DD/YYYY and select **Search.** 3. On the **Payment Search** results, select the **View Payment Details** button to view more detailed information. 4. Select the **Download Timesheet** button. 5. The timesheet will open as a pdf that you can view, save, or print.	1. Haga clic en el elemento de menú **Finanzas** y seleccione **Pagos** y, a continuación, **Búsqueda de pagos.** 2. Ingrese el primer día del período de pago para una hoja de tiempo usando este formato: MM / DD / AAAA y seleccione **Buscar.** 3. En los resultados de la **Búsqueda del Pago,** seleccione el botón **Ver detalles de pago** para ver información más detallada. 4. Seleccione el botón Descargar hojas de tiempo. 5. La hoja de tiempo se abrirá como un PDF que puede ver, guardar o imprimir.	1. 點擊 **財務** 菜單項，然後選擇 **付薪** 以及 **付薪查詢。** 2. 使用以下格式輸入工時單的支付週期的第一天：MM/DD/YYYY並選擇 **搜索。** 3. 在 **付款搜索**結果中，選擇 **查看付款明細** 按鈕以查看更多詳細信息。 4. 選擇**下載工時單**按鈕。 5. 工時單將以 pdf 格式打開，您可以查看、保存或打印。	1. Սեղմեք **Ֆինանսներ** ընտրացանկի վրա, ապա ընտրեք **Վճարումներ** հետո **Վճարման Որոնում:** 2. Մուտքագրեք ժամացուցակի վճարման ժամանակահատվածի առաջին օրը՝ օգտագործելով այս ձևաչափը՝ MM/DD/YYYY և սեղմեք **Որոնել** կոճակը: 3. **Վճարման Որոնման** արդյունքում՝ ընտրեք **Վերանայել Վճարման Մանրամասները** կոճակը՝ ավելի մանրամասն տեղեկություններ տեսնելու համար: 4. Ընտրեք **Ներբեռնել ժամացուցակը** կոճակը: 5. Ժամացուցակը կբացվի որպես pdf, որը կարող եք դիտել, պահպանել կամ տպել:
Recipient	Static Text	1. Click the **Timesheet Activity** menu item and select **Timesheet History.** 2. Enter the first day of the pay period for a timesheet using this format: MM/DD/YYYY and select **Search.** 3. In the **Timesheet History** results, select the **View Timesheet Details** button to view more detailed information. 4. Select the **Download Timesheet** button. 5. The timesheet will open as a pdf that you can view, save, or print.	1. Haga clic en el elemento de menú **Actividad de hojas de tiempo** y seleccione **Historial de hojas de tiempo.** 2. Ingrese el primer día del período de pago para una hoja de tiempo usando este formato: MM / DD / AAAA y seleccione **Buscar.** 3. En los resultados del **Historial de hojas de tiempo,** seleccione el botón **Ver detalles de hojas de tiempo** para ver información más detallada. 4. Seleccione el botón **Descargar hojas de tiempo.** 5. La hoja de tiempo se abrirá como un PDF que puede ver, guardar o imprimir.	1. 單擊 **工時單活動** 菜單項並選擇 **工時單歷史。** 2. 使用以下格式輸入工時單的支付週期的第一天：MM/DD/YYYY並選擇 **搜索。** 3. 在 **工時單歷史** 結果中，選擇 **查看工時單明細** 按鈕以查看更多詳細信息。 4. 選擇**下載工時單**按鈕。 5. 工時單將以 pdf 格式打開，您可以查看、保存或打印。	1. Սեղմեք **Ժամացուցակի Գործողություն** ընտրացանկի վրա և ընտրեք **Ժամացուցակի Պատմություն:** 2. Մուտքագրեք ժամացուցակի վճարման ժամանակահատվածի առաջին օրը՝ օգտագործելով այս ձևաչափը՝ MM/DD/YYYY և սեղմեք **Որոնել** կոճակը: 3. **Ժամացուցակի Պատմություն** արդյունքում՝ ընտրեք **Վերանայել Ժամացուցակի Մանրամասները** կոճակը՝ ավելի մանրամասն տեղեկություններ տեսնելու համար: 4. Ընտրեք **Ներբեռնել ժամացուցակը** կոճակը: 5. Ժամացուցակը կբացվի որպես pdf, որը կարող եք դիտել, պահպանել կամ տպել:

DSD Appendix D/FAQ's

CI
CI-822550 - DSD TRAN FAQs CANCELLED

The General FAQ's screen has been cancelled by ASR Sprint 17 Team CM&AS. The translations are maintained for historical purposes only.

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
FAQs	Screen Title	**Frequently Asked Questions**	**Preguntas frecuentes**	**常問問題**	**Հաճա**
	Question	**What is the Electronic Timesheet?**	**¿Qué son las hojas de tiempo electrónicas?**	**什麼是電子時間表?**	**Ի՞նչ է ժամա**
	Answer	The Electronic Timesheet is a service available on a public secured website for IHSS or WPCS providers to submit their timesheet electronically. Using this online application, the provider will be able to enter the hours worked for the IHSS recipient and submit the timesheet electronically through the internet. If the IHSS recipient is also enrolled in Electronic Timesheets, the recipient may approve or reject a timesheet online as well.	Este servicio de hojas de tiempo electrónicas está disponible en la red segura para los proveedores del programa de Servicios de apoyo en el hogar (IHSS) o el Programa opcional de servicios para el cuidado personal (WPCS) para que envíen su hoja de tiempo electrónicamente. Al utilizar esta aplicación en la red, el proveedor podrá ingresar las horas trabajadas para su beneficiario del IHSS y enviarlas electrónicamente vía el internet. Si el beneficiario del IHSS también se inscribe para las hojas de tiempo electrónicas, el beneficiario podrá aprobar o rechazar la hoja de tiempo en línea también.	電子時間表是在公共安全網站上, 提供服務給居家支援服務IHSS 或WPCS的提供者以電子方式提交他們的時間表。 使用這在線申請，提供者將能夠輸入居家支援服務受看護人的工作時間，並通過互聯網以電子方式提交時間表。 如果居家支援服務的受看護人也註册了電子時間表，受看護人將可以在線批准或拒絕時間表。	Էլեկտր IHSS-ի իրենց Էլեկտր առցան կկարո իր աշխ ժամաց ինտերն նույնպ ժամաց կարող առցան
	Question	**As a Provider, how do I fill out the Electronic Timesheet?**	**¿Siendo un proveedor, como completo las hojas de tiempo electrónicas?**	**作為一個提供者, 我如何填寫電子時間表?**	**Որպես լրացն**
	Answer	On the ‘Timesheet Entry’ screen you need to select your recipient for whom you want to enter time. Select the timesheet pay period, then the week/day. A daily time entry pop up screen will allow you to enter the hours and minutes you worked for the day. Once you have made your time entries, select the ‘Save Hours’ button.	Tendrá que seleccionar su beneficiario con el que quiere ingresar tiempo, accediendo la pantalla ‘Ingreso de hoja de tiempo’. Seleccione la hoja de tiempo para el periodo que quiere ingresar tiempo, y después la semana y el día. Una pantalla pop up para cada día se abrirá dejándole ingresar las horas y minutos que trabajo para ese día. Ya que ingrese su tiempo para cada día, seleccione el botón ‘guardar horas’.	在“時間表輸入”螢幕上，您需要選擇您想為那個受看護人輸入時間。 選擇時間表付款期，然後選擇周/日。 螢幕將彈出每日時間輸入表並允許您輸入當天工作的小時和分鐘。 一旦您完成時間輸入後，選擇“保存時間”的按鍵。	‘Ժամա պետք ցանկա Այնուհ ժաման Ամենո թույլ կ ժամերն գրառո ‘Պահպ
	Question	**As a Provider, how do I submit the Electronic Timesheet?**	**¿Siendo un proveedor, como envío las hojas de tiempo electrónicas?**	**作為一個提供者, 我如何提交電子時間表?**	**Որպես ներկա**
	Answer	You will submit your timesheet electronically, after correctly completing your timesheet on the ‘Timesheet Entry’ screen. Remember, you will have to select the ‘Save Hours’ button to save your time entries. Next, select the ‘Submit Timesheet’ button.	Usted enviara su hoja de tiempo electrónicamente, después de completar sus horas en la pantalla de ‘Ingreso de hoja de tiempo’. Recuerde, tendrá que seleccionar el botón ‘guardar horas’ para salvar el ingreso de su tiempo. Después, seleccione el botón ‘Enviar la hoja electrónica.	在“時間表輸入”螢幕上正確填寫您的時間表後，您將以電子方式提交您的時間表。 請記住，您必須要選擇“保存時間” 的按鍵以保存您的時間項。 接下來，選擇“提交時間表”的按鍵。	Դուք ա էլեկտր մուտքա ճիշտ լր ընտրել ժամերդ պետք կոճակ
	Question	**How am I going to sign the Electronic Timesheet?**	**¿Cómo voy a firmar las hojas de tiempo electrónicas?**	**我怎樣去簽署電子時間表?**	**Ինչպե ժամա**
	Answer	After completing your timesheet you will be taken to the screen where you need to read the Declaration Paragraph, check the box that you agree to the terms and select the ‘Electronically Sign & Submit for Recipient Review’ Button.	Después de completar sus hojas de tiempo será tomado la pantalla donde necesita leer el párrafo de la declaración, marque la casilla en la que está de acuerdo con los términos y seleccione el botón ‘firmar electrónicamente y enviar para el destinario’.	完成您的時間表後，您將進入去需要閱讀聲明段落的螢幕，選您同意這些條款的選框和選擇“電子簽名並提交給受看護人檢閱”的按鍵。	Ձեր ժա էկրանի դրույթ համաձ ‘Էլեկտ ներկայ
	Question	**Will this new online system help me to avoid violations?**	**¿Me ayudará este nuevo sistema en línea a evitar violaciones?**	**這個新上網系統會否幫助我避免違規?**	**Արդյո՞ կօգնի**
	Answer	While filling out your timesheet you will receive error messages for mistakes and the system will warn you if you would get a violation. At this point, you may choose to go back and change the hours you have recorded so that you do not get a violation. You cannot enter hours that you are not approved to work. If you ignore the system warnings and enter or submit incorrect hours, you will receive a violation.	Mientras completa las hojas de tiempo usted recibirá advertencias de error para los errores y el sistema le avisará si usted recibirá una violación. En este momento, puede volver atrás y cambiar las horas que ha registrado de manera que usted no recibirá una violación. No puede ingresar horas que no está aprobado para trabajar. Si ignora las advertencias del sistema e ingresa o envía horas incorrectas, recibirá una infracción.	在填寫您的時間表時，您若有錯誤您將收到一個警告錯誤的信息，系統警告您可能會收到違反。 此時，您可以選擇返回和更改您已記錄的小時這樣您就不會收到違反。 您不能輸入您未經批准的工作小時。 如果您忽視這系統警告並輸入或提交不正確的小時， 您將收到一個違反。	Ձեր ժա տալիս խախտ պահին Դուք գ Դուք չ աշխատ նախա ժամեր
	Question	**How early can I submit my Electronic Timesheet?**	**¿Qué tan temprano puedo enviar mis hojas de tiempo electrónicas?**	**我能提早多久提交我的電子時間表?**	**Ես որք Էլեկտ**

	Answer	There are no changes to the Due Dates that are in place when using paper timesheets. The Due Dates remain the same. Timesheets must be submitted on or after the end of the pay period or after the last day worked. For example, if you worked until May 31st, you must submit the electronic timesheet on or after May 31st. Timesheets received before the end of the pay period will not be processed until the end of the pay period and your payment could be delayed. Instead of using the US Postal Service to mail the timesheet you will submit the completed timesheet using your electronic device (smart phone, tablet, laptop computer, or desktop computer).	No hay cambios en las fechas de vencimiento que están en lugar al usar las hojas de tiempo. Las fechas de vencimiento siguen siendo las mismas. Las hojas de tiempo deben ser presentadas en o después del final del período de pago o después del último día trabajado. Por ejemplo, si ha trabajado hasta el 31 de mayo, deberá presentar la hoja de horas electrónica en o después del 31 de mayo. Hojas de tiempo recibidas antes del final del período de pago no serán procesados hasta el final del período de pago y el pago podría ser retrasado. En lugar de enviar las hojas de tiempo por correo, usted enviará las hojas de tiempo completadas usando su dispositivo electrónico (teléfono inteligente, tableta, computadora o computadora portátil).	使用紙張時間表截止日期沒有變動保持不變。時間表必須在付款期結束時或結束後或在最後的一個工作天提交。例如, 如果您工作到 5月31日, 您必須在5月31日或以後提交電子時間表。在付款期間結束之前收到的時間表將不會被處理直到付款期結束, 您的付款可能被延遲。您可使用電子設備 (智能電話、平板電腦、筆記本電腦或台式電腦) 提交已完成的時間表, 代替使用美國郵政服務來郵寄時間表。	Ժամա վերաբ Էլեկտր օրերը Ժամա վճարմ աշխատ հետո: 31-ը, Դ ժամա ժամա ժամկե ժամկե օգտագ ծառայ ժամա օգտագ (սմարթ կիսնայ
	Question	**I am getting an error message, what should I do?**	**¿Estoy recibiendo un mensaje de error, qué debo hacer?**	**我收到一個錯誤信息應該怎樣做?**	**Ես ստ Ի՞նչ պ**
	Answer	When you get an error message, follow the directions that appear in the pop-up screen information. If you need more help, please call the Electronic Timesheet Help Desk at (866) 376-7066, select option 4.	Cuando recibes un mensaje de error, siga las instrucciones que aparecen en la pantalla emergente de la información. Si necesita más ayuda, por favor llame la línea de asistencia de hojas de tiempo telefónicas al (866) 376-7066, seleccione la opción 4.	當您收到一個錯誤信息時, 請按照彈出螢幕資料中的顯示而行。如果您需要更多的幫助, 請致電電子時間表幫助台 (866) 376-7066, 選擇選項 4。	Երբ սա հետևե էկրանի կարող Ժամա հեռախ տարբե
	Question	**I am getting emails constantly. How many emails should I get?**	**Estoy recibiendo correos electrónicos constantemente. ¿Cuántos correos electrónicos debo recibir?**	**我經常收到郵件。我應該收到多少封電子郵件?**	**Ես ան Այդպի**
	Answer	Every time any action takes place such as timesheet enrollment/invitation, timesheet created/review/approval/rejection, payment processing, or a password reset/change, you will receive an email message specific to that action.	Cada vez que se realiza cualquier acción, como la inscripción/invitación de las hojas to tiempo, la revisión/aprobación/rechazo, el procesamiento de pagos o un restablecimiento/cambio de contraseña, recibirá un mensaje de correo electrónico específico para esa acción.	每次採取任何行動時, 如時間表註冊/邀請、 時間表創建/檢閱/批准/拒絕、付款處理中或密碼重設/更改, 您將會收到一個特定行動的電子郵件信息。	Ամեն ա ունենո / հրավ վճարու Դուք կ հաղորդ վերաբ
	Question	**How does the system work if I (provider) have more than one recipient?**	**¿Cómo funciona el sistema si yo (el proveedor) tengo más de un beneficiario?**	**如果我（提供者）有多個受看護人，系统如何操作?**	**Ինչպե ես (մա ստաց**
	Answer	If all your recipients are signed up to use Electronic Timesheets, you can fill out individually and submit the Electronic timesheets for all your Recipients electronically. You can still use paper timesheet for those recipients who are not signed up to use Electronic Timesheets.	Si todos sus beneficiarios están inscritos para usar las hojas to tiempo electrónicas, puede llenar individualmente y enviar las hojas de tiempo para todos sus beneficiarios electrónicamente. Todavía puede usar hojas de tiempo de papel para aquellos beneficiarios que no estén inscritos para usar las hojas de tiempo electronicas.	如果您的所有受看護人都註冊使用電子時間表, 您可以單獨填寫並以電子方式提交所有受看護人的電子時間表。您仍然能夠使用紙張時間表給那些沒有註冊使用電子時間表的受看護人。	Եթե Ձ օգտվո ծառայ յուրաք ներկայ կարող այն ստ էլեկտր
	Question	**Can the recipient and the provider use the same computer?**	**¿Puede el beneficiario y el proveedor utilizar la misma computadora?**	**受看護人和提供者可以使用同一台電腦嗎?**	**Կարել մատա համա**
	Answer	Yes, they can use the same computer as they will have different accounts and can log in with different information.	Sí, se puede utilizar la misma computadora, ya que tendrán diferentes cuentas y puede conectarse con información diferente.	是的，他們可以使用相同的電腦，因為他們將擁有不同的帳户，可以用不同的資料登入。	Այո, նր համա տարբե համա տեղեկ
	Question	**What is the case if the recipient passes away?**	**¿Cuál es el caso si el beneficiario fallece?**	**如果受看護人去世，情況如何?**	**Ի՞նչ է մահա**
	Answer	No changes, the current process will be used. You need to contact county.Their electronic timesheet will be stopped automatically and the paper timesheet will be issued.	No hay cambios, el proceso actual será utilizada. Usted necesita ponerse en contacto con el condado. Sus hojas de tiempo electrónicas se detendrán automáticamente y se emitirá las hojas de tiempo en papel.	沒有變動，將會使用現時的流程。 您需要聯絡縣。 他們的電子時間表將自動停止並會發出紙張時間表。	Ոչ մի կ կարող վարչա ժամա թերթե
	Question	**How much time do you allow for the recipient to approve the Timesheets?**	**¿Cuánto tiempo se le permite al beneficiario para aprobar las hojas de tiempo?**	**您允許受看護人多少時間去批准時間表?**	**Որքա ժամա**
	Answer	There is no time limit.	No hay límite de tiempo.	沒有時間限制。	Ժամա
	Question	**What is a Supplemental Timesheet?**	**¿Hoja de tiempo suplemental?**	**什麼是補充時間表?**	**Ի՞նչ է**

	Answer	Supplemental Timesheet allows providers to claim additional hours when a previous timesheet for pay period has already been processed. The Supplemental Timesheet is necessary when a provider has completed their original bi-weekly timesheet and finds more hours are owed what was submitted.	La hoja de tiempo suplemental permite a los proveedores reclamar horas adicionales cuando ya se ha procesado una hoja de horas anterior para el período de pago. La hoja de tiempo suplemental es necesaria cuando un proveedor ha completado su hoja de tiempo original quincenal y encuentra que se deben más horas de lo que se presentó.	當之前的付款期時間表已經處理, 補充時間表是允許提供者提交額外的工時。當提供者完成了其原本的雙周時間表, 並且發現所提交的工時被拖欠時, 補充時間表是必要的。	Լրացու դեպքո ներկայ սակայն ժամաց ժամեր մատակ այն ժա ներկայ
	Question	How to request a Supplemental Timesheet?	¿Cómo solicitar una hoja de tiempo suplemental?	如何申請補充時間表?	Ինչպե՞ ժամաց
	Answer	You can request the Supplemental Timesheet within the ESP. From the Menu option select 'Request Supplemental Timesheet' link which will take you 'Request Supplemental Timesheet' screen. Follow the easy steps (choose the recipient you are requesting supplemental timesheet for / choose timesheet type / select the service period) and click on 'Request Supplemental Timesheet' button. If everything entered was correct your Supplemental Timesheet will be generated; otherwise, you will get a message that your Supplemental Timesheet could not be generated and will display the reason. You can call your local IHSS office for assistance.	Puede solicitar la hoja de tiempo suplemental dentro del ESP. En la opción de menú, seleccione "Solicitar hoja de tiempo suplemental", que le llevará a la pantalla "solicitar hoja de tiempo suplemental". Siga los pasos fáciles (elija el beneficiario que está solicitando hoja de tiempo suplemental para / elija el tipo de hoja de tiempo / Seleccione el período de servicio) y haga clic en el botón "solicitar hoja de tiempo suplemental". Si todo lo introducido fue correcto, su hoja de tiempo suplemental será generada; de lo contrario, recibirá un mensaje de que no se puede generar su parte de tiempo suplemental y mostrará la razón. Usted puede llamar a su oficina local de IHSS para obtener ayuda.	您可以在電子服務平台ESP 中申請補充間表。從菜單表選項中選擇 "請求補充時間表" 連結, 這將帶您到 "請求補充時間表" 螢幕。按照幾個簡單的步驟 (選擇您請求補充時間表的受看護人/選擇時間表類型/選擇服務期間), 然後按一下 "請求補充時間表" 的按鍵。如果輸入一切是正確的, 您的補充時間表將生成; 否則, 您將收到一個信息, 說明無法生成您的補充時間表, 並將顯示原因。您可以致電您當地縣的居家支援服務辦公室尋求幫助。	Դուք կ ժամաց ծառայ 'Պահա Ձեզ կա իրագո էկրանվ որի հա ժամաց ընտրել 'Պահա ամեն ի ժամաց Դուք կ պատճ ժամաց Դուք կ գրասե
	Question	**Can I get an individual confirmation when my Electronic Timesheet is approved?**	**¿Puedo obtener una confirmación individual cuando mi hoja de tiempo electrónica está aprobada?**	**當我的電子時間表被批准時, 我能得到個人確認嗎?**	**Կարո՞ ստան ժամա**
	Answer	Yes, you can. When your recipient reviews and electronically signs the timesheet, you will receive an e-mail notification that your Timesheet is approved and ready for payment.	Sí, puedes. Cuando el beneficiario revisa y firma electrónicamente la hoja de tiempo, recibirá una notificación por correo electrónico que su hoja de tiempo está aprobada y lista para su pago.	是的, 您可以。當您的受看護人檢閱並以電子方式在時間表上簽名時, 您將收到一封電子郵件通知, 提示您的時間表已被批准並準備付款。	Այո, Դ վերան ժամաց ծանուց է և պա
	Static Text	Visit http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS-Providers/Resources/Electronic-Services to view full list of FAQs.	Visite http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS-Providers/Resources/Electronic-Services para ver la lista completa de preguntas frecuentes.	到 訪 http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS-Providers/Resources/Electronic-Services 去查看完整的常見問題解答名單.	Այցելեք Provide Service ամբող

DSD Appendix D/Training

CI
CI-822551 - DSD TRAN Training IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Training (Provider & Recipient)	Screen Title (browser tab)	IHSS Website - Training	Sitio web de IHSS - Entrenamiento	IHSS 網站 - 培訓	IHSS Կայքէջ - Ուսուցում
	Screen Title (blue bar)	**Training**	**Entrenamiento**	**培訓**	**Ուսուցում**
	Static Text	The following links will direct you to lessons and informational handouts created for providers and recipients.	Los siguientes enlaces le dirigirán a lecciones y folletos informativos creados para proveedores y beneficiarios.	以下鏈接將帶您進入看護人和受看護人的課程和資料講義。	Հետևյալ հղումները Ձեզ կուղղորդեն այն ուսուցումներին/ դասերին և տեղեկատվական նյութերին, որ պատրաստվել են մատակարարների և ստացողների համար:
	Link Text	IHSS Electronic Service Portal Help	Ayuda del portal de servicios electrónicos de IHSS	IHSS電子服務網站協助	IHSS Էլեկտրոնային Ծառայության Պորտալի Օգնություն
	Link Text	How to Change Preferences and Preferred Language	Cómo cambiar las preferencias y el idioma preferido	如何更改偏好和首選語言	Ինչպես փոխել նախասիրությունները և նախընտրած լեզուն:
	Link Text	How to Download Copies of Timesheets	Cómo solicitar una copia de la hoja de tiempo por correo electrónic	如何下載電郵工時單副本	Ինչպես Ներբեռնել ժամացուցակի պատճենները
	Link Text	How to Update Your Contact Information	Cómo actualizar su información de contacto	如何更新您的聯繫信息	Ինչպես Թարմացնել Ձեր Կոնտակտային Տվյալները

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Link Text	How to Setup Text Notifications	Cómo configurar notificaciones de mensajes de texto	如何設置短信通知	Ինչպես կարգավորել տեքստային ծանուցումները
	Link Text	Electronic Services Portal One-Time Passcode Guide	Guía de Código de Verificacion del Portal de Servicios Electrónicos	電子服務網站一次密碼指南	Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալի Մեկանգամյա Օգտագործման Կոդի Ուղեցույց
	Static Text	If you have questions about these training links, please contact the IHSS Service Desk during regular business hours from 8 AM to 5 PM Monday through Friday, excluding major holidays at 1-866-376-7066.	Si tiene alguna pregunta sobre estos enlaces de entrenamiento, póngase en contacto con el Servicio de asistencia de IHSS durante el horario comercial regular de 8 AM a 5 PM de lunes a viernes, excepto los días festivos principales, llamando al 1-866-376-7066.	如果您對這些培訓鏈接有疑問，請在周一至週五的上午8點至下午5點，與IHSS服務台聯繫1-866-376-7066，主要節假日除外。	Եթե այս ուսուցողական հղումների վերաբերյալ հարցեր ունեք, ապա խնդրում ենք զանգահարել IHSS Աջակցության Բաժին՝ Երկուշաբթիից - Ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը, բացառությամբ տոների, հատկյալ հեռախոսահամարով՝ 1-866-376- 7066:
Training (Provider Only)	Link Text	IHSS Provider Resources: Online Direct Deposit	Recursos del proveedor de IHSS: Depósito directo en línea	IHSS 看護人資源：在線直接轉賬	IHSS Մատակարարի ռեսուրսներ. Առցանց Ուղղակի Ավանդ
	Link Text	IHSS Provider Resources: Paid Sick Leave	Recursos del proveedor de IHSS: Tiempo de enfermedad pagada	IHSS 看護人資源：帶薪病假	IHSS Մատակարարի ռեսուրսներ. Վճարովի Հիվանդության Պատճառով Բացակայություն
	Link Text	Career Pathways Training Report	Reporte de entrenamiento sobre las carreras profesionales	職業培訓報告	Կարիերայի Ուղիներ դասընթացի/վերապատրաստման հաշվետվություն
	Link Text	Electronic Visit Verification (EVV) Information	Información de verificación electrónica de visitas (EVV)	電子訪問驗證 (EVV) 信息	Էլեկտրոնային Այցի Հաստատման (EVV) տեղեկատվություն:
	Link Text	How to Request an Employment Verification Letter and Wage Verification	Cómo solicitar una carta de verificación de empleo y verificación de salario	如何申請就業驗證書和薪資驗證	Ինչպես պահանջել Աշխատանքը հաստատող նամակ և աշխատավարձը հաստատող ձև/տեղեկանք:
Training (Recipient Only)	Link Text	Important Information for IHSS Recipients About Paid Sick Leave	Información importante para los beneficiarios de IHSS sobre el tiempo de enfermedad pagada	有關 IHSS 受看護人帶薪病假的重要信息	Կարևոր տեղեկատվություն IHSS ստացողների համար վճարովի հիվանդության պատճառով բացակայության վերաբերյալ:
	Link Text	How to Hire a Provider	Cómo contratar a un proveedor	如何聘用看護人	Ինչպես աշխատանքի ընդունել մատակարարին:

DSD Appendix D/Training Contact Information

CI
CI-823213 - DSD TRAN Training Contact Information IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Provider & Recipient	Screen Title	**Training Contact Information**	**Entrenamiento Información del contacto**	**培訓 聯繫信息**	**Ուսուցում Կոնտակտային Տվյալներ**
	Static Text	**How to Add/Update Phone Number**	**Cómo agregar/actualizar el número de teléfono**	**如何添加/更新電話號碼**	**Ինչպես ավելացնել/թարմացնել հեռախոսահամարը**
	Static Text	You can add or update your phone number on the ESP. This can be done by accessing the **Contact Information** screen, to edit or delete existing phone numbers or add a new phone number.	Puede agregar o actualizar su número de teléfono en el ESP. Esto se puede hacer accediendo a la pantalla **Información de contacto**, para editar o eliminar números de teléfono existentes o agregar un nuevo número de teléfono.	您可以在 ESP 上添加或更新您的電話號碼。訪問**聯繫信息**屏幕以編輯、刪除現有電話號碼或添加新電話號碼	Դուք կարող եք ավելացնել կամ թարմացնել Ձեր հեռախոսահամարը ESP-ում: Դա կարելի է կատարել մուտք գործելով **Կոնտակտային Տվյալներ** էկրանին՝ առկա հեռախոսահամարները փոփոխելու, ջնջելու կամ նոր հեռախոսահամար ավելացնելու համար:
	Static Text	To Add or Update your **Phone Number:** 1. Access the **Account Information** screen: a. Desktop users can access Account Information by selecting the link above the menu bar. b. Mobile users can access Account Information by selecting the link from the menu. 2. Select the **Contact Information** link. 3. A list of phone number types: *Home*, *Cell* and *Other*, as well as an indicator for "Primary " will be displayed. ***(Note: A Primary phone number is the***	Para agregar o actualizar su **Número de teléfono**: 1. Acceda a la pantalla **Información de la cuenta:** a. Los usuarios de computadoras pueden acceder a la Información de la cuenta seleccionando el enlace situado encima de la barra de menú. b. Los usuarios móviles pueden acceder a la Información de la cuenta seleccionando el enlace del menú. 2. Seleccione el enlace **Información de contacto**. 3. Se mostrará una lista de tipos de números de teléfono: Hogar, Móvil y Otros, así como un indicador de “Principal”. ***(Nota: Un número de***	添加或更新您的**電話號碼**： 1. 訪問**帳戶信息**屏幕： a. 桌面用戶可以通過選擇菜單欄上方的鏈接來訪問帳戶信息。 b. 手机用戶可以通過從菜單中選擇鏈接來訪問帳戶信息。 2. 選擇**聯繫信息**鏈接。 3. 顯示電話號碼類型列表：*家庭*、*移動* 和 *其他*，以及 “常用” 標識。 ***（注意：常用電話號碼是您偏好的聯繫電話號碼）***。 4. 單擊“編輯”按鈕以添加或更新的電話號碼。 5. 輸入您的電話號碼 ***（如果這是您的常用電話號碼，請您***	**Հեռախոսահամար** ավելացնելու կամ թարմացնելու համար. 1. Մուտք գործեք **Հաշվի Տեղեկատվության** էկրանին. a. Համակարգչից օգտվողները կարող են մուտք գործել Հաշվի Տեղեկատվություն՝ ընտրելով ցանկի վերևում գտնվող հղումը: b. Բջջային սարքից օգտվողները կարող են մուտք գործել Հաշվի Տեղեկատվություն՝ ընտրելով հղումը ցանկից: 2. Ընտրեք **Կոնտակտային Տեղեկատվություն** հղումը: 3. Կցուցադրվի հեռախոսահամարների տեսակների ցանկ՝ տնային,

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		main phone number that you prefer to be contacted at). 4. Click on the 'Edit' button next to the phone number you would like to add or update. 5. Enter your phone number ***(If this is your primary phone number you may select the checkbox "Make this my primary phone number" at this time)***. 6. Click on 'Save' to save your changes or 'Cancel' if you decide not to make any changes. 7. Confirm if your phone number is correct. If your phone number is not correct, you may click the 'Cancel' button to go back to the previous screen at this time to make any changes. 8. If your phone number information is correct, select the 'Submit' button to confirm your changes. 9. You will receive a message indicating your phone number has been submitted for processing, click the 'Ok' button. 10. You will receive an email confirming that your phone number changes were successful.	***teléfono principal es el número de teléfono principal al que prefiere que se le ponga en contacto).*** 4. Haga clic en el botón 'Editar' junto al número de teléfono que desea agregar o actualizar. 5. Ingrese su número de teléfono ***(si este es su número de teléfono principal, puede seleccionar la casilla de verificación "Hacer que este sea mi número de teléfono principal" en este momento).*** 6. Haga clic en 'Guardar' para guardar sus cambios o 'Cancelar' si decide no realizar ningún cambio. 7. Confirme si su número de teléfono es correcto. Si su número de teléfono no es correcto, puede hacer clic en el botón 'Cancelar' para volver a la pantalla anterior en este momento para realizar cualquier cambio. 8. Si la información de su número de teléfono es correcta, seleccione el botón 'Enviar' para confirmar sus cambios. 9. Recibirá un mensaje que indica que su número de teléfono ha sido enviado para su procesamiento, haga clic en el botón 'Aceptar'. 10. Recibirá un correo electrónico confirmando que los cambios de su número de teléfono se han realizado correctamente.	***選勾“將此設為我的常用電話號碼”複選框）。*** 6. 單擊“保存”以保存更改，如果不進行任何更改，請單擊“取消”。 7. 確認您的電話號碼。如果電話號碼不正確，請單擊“取消”按鈕返回上一步進行更改。 8. 如果電話號碼正確，請選擇“提交”按鈕以確認您的更改。 9. 您將收到一條消息，通知您的電話號碼已提交進行處理，單擊“確定”按鈕。 10. 您將收到一封電子郵件，確認您的電話號碼更改成功。	բջջային և այլն, ինչպես նաև “Հիմնական” հեռախոսահամարը: ***(Նշում. Հիմնական հեռախոսահամարն այն գլխավոր հեռախոսահամարն է, որով Դուք նախընտրում եք կապ հաստատել):*** 4. Սեղմեք ‘Փոփոխել’ կոճակն այն հեռախոսահամարի կողքին, որը ցանկանում եք փոփոխության ենթարկել՝ հեռախոսահամար ավելացնել կամ թարմացնել: 5. Մուտքագրեք Ձեր հեռախոսահամարը ***(Եթե սա Ձեր հիմնական հեռախոսահամարն է, ապա կարող եք այս պահին ընտրել “Այս դարձնել իմ հիմնական հեռախոսահամարը” վանդակը):*** 6. Սեղմեք ‘Պահպանել’՝ Ձեր փոփոխությունները պահելու համար կամ ‘Չեղարկել’, եթե որոշեք որևէ փոփոխություն չկատարել: 7. Հաստատեք, թե արդյոք Ձեր հեռախոսահամարը ճշգրիտ է: Եթե Ձեր հեռախոսահամարը ճիշտ չէ, կարող եք սեղմել ‘Չեղարկել’ կոճակը՝ այս պահին նախորդ էկրան վերադառնալու և փոփոխություններ կատարելու համար: 8. Եթե Ձեր հեռախոսահամարը ճշգրիտ է, ապա ընտրեք ‘Ներկայացնել’ կոճակը՝ Ձեր փոփոխությունները հաստատելու համար: 9. Դուք կստանաք հաղորդագրություն, որում նշվում է, որ Ձեր հեռախոսահամարի փոփոխությունն ընթացքի մեջ է, սեղմեք ‘Համաձայն եմ’ կոճակը: 10. Դուք կստանաք էլ.նամակ, որը կհաստատի, որ Ձեր հեռախոսահամարի փոփոխությունները հաջողությամբ կատարվել են:
Provider Only	Static Text	**How to Update Residence and/or Mailing Address**	**Cómo actualizar la residencia y/o la dirección de correo**	**如何更新家庭和/或郵寄地址**	**Ինչպես թարմացնել բնակության և /կամ փոստային հասցեն:**
	Static Text	You can update your residence and/or mailing address on the ESP. This can be done by accessing the **Contact Information** screen, to update your residence and/or mailing address as needed. To update your **Residence** and/or **Mailing Address:** 1. Access the **Account Information** screen: a. Desktop users can access Account Information by selecting the link above the menu bar. b. Mobile users can access Account Information by selecting the link from the menu. 2. Select the **Contact Information** link. 3. On the **Contact Information** screen, click on the ‘Edit’ button to update or add your residence and/or mailing address. ***(Note: You have the option of selecting the checkbox that states “Mailing Address is same as Residence Address,” so***	Puede actualizar su residencia y/o dirección de correo en el ESP. Esto se puede hacer accediendo a la pantalla de **Información de contacto,** para actualizar su residencia y/o dirección de correo según sea necesario. Para actualizar su **Residencia** y/o **Dirección de correo:** 1. Acceda a la pantalla **Información de la cuenta:** a. Los usuarios de computadoras pueden acceder a la Información de la cuenta seleccionando el enlace situado encima de la barra de menú. b. Los usuarios móviles pueden acceder a la Información de la cuenta seleccionando el enlace del menú. 2. Seleccione el enlace **Información de contacto.** 3. En la pantalla Información de contacto, haga clic en el botón 'Editar' para actualizar o agregar su residencia y/o dirección de correo. ***(Nota: Tiene la opción de seleccionar la casilla de verificación que indica "La dirección de correo es la misma***	您可以在 ESP 上更新您的家庭和/或郵寄地址。通過訪問**聯繫信息**屏幕，根據需要更新您的家庭和/或郵寄地址。 更新您的**家庭**和/或**郵寄地址：** 1. 訪問**帳戶信息**屏幕： a. 桌面用戶可以通過選擇菜單欄上方的鏈接來訪問帳戶信息。 b. 手机用戶可以通過從菜單中選擇鏈接來訪問帳戶信息。 2. 選擇**聯繫信息**鏈接。 3. 在**聯繫信息**屏幕上，單擊“編輯”按鈕以更新或添加您的家庭和/或郵寄地址。 ***（注意：您可以選擇勾選“郵寄地址與家庭地址相同”的複選框，以免重複輸入地址）。*** 4. 如需更新，請輸入您的地址信息。 5. 單擊 “保存”以保存更改，如果不進行任何更改，請單擊“取消”。 6. 確認您的地址。如果信息不正確，單擊“取消”按鈕返回上一步進行更改。	Դուք կարող եք թարմացնել Ձեր բնակության և/կամ փոստային հասցեն ESP-ում: Դա կարելի է անել՝ մուտք գործելով **Կոնտակտային Տվյալներ** էկրանին և անհրաժեշտության դեպքում թարմացնել Ձեր բնակության և/կամ փոստային հասցեն: Ձեր **Բնակության** և/կամ **Փոստային հասցեն** թարմացնելու համար. 1. Մուտք գործեք **Հաշվի Տեղեկատվության** էկրանին. a. Համակարգչից օգտվողները կարող են մուտք գործել Հաշվի Տեղեկատվություն՝ ընտրելով ցանկի վերևում գտնվող հղումը: b. Բջջային սարքից օգտվողները կարող են մուտք գործել Հաշվի Տեղեկատվություն՝ ընտրելով հղումը ցանկից: 2. Ընտրեք **Կոնտակտային Տեղեկատվություն** հղումը: 3. **Կոնտակտային Տվյալներ** էկրանի վրա սեղմեք ‘Փոփոխել’ կոճակը՝ Ձեր

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		you do not have to enter your address twice). 4. Enter your address information if it needs to be updated. 5. Click on 'Save' to save your changes or 'Cancel' if you decide not to make any changes. 6. Confirm if your address information is correct. If your information is not correct, you may click the 'Cancel' button to go back to the previous screen at this time to make any changes. 7. If your address information is correct, select the 'Submit' button to confirm your changes. 8. You will receive a message indicating your address update has been submitted for processing, click the 'Ok' button. 9. You will receive an email if your address changes have been successfully applied or were not able to be processed. ***(Note: If your address update was not successful, you will receive an email that your changes were not successfully applied. This could be due to an invalid address entry the United States Postal Service (USPS) did not recognize. Please follow the instructions in the email to complete your address change).***	***que la dirección de residencia", por lo que no tiene que ingresar su dirección dos veces).*** 4. Ingrese la información de su dirección si necesita ser actualizada. 5. Haga clic en 'Guardar' para guardar sus cambios o 'Cancelar' si decide no realizar ningún cambio. 6. Confirme si la información de su dirección es correcta. Si su información no es correcta, puede hacer clic en el botón 'Cancelar' para volver a la pantalla anterior en este momento para realizar cualquier cambio. 7. Si la información de su dirección es correcta, seleccione el botón 'Enviar' para confirmar sus cambios. 8. Recibirá un mensaje que indica que su actualización de dirección se ha enviado para su procesamiento, haga clic en el botón 'Ok'. 9. Recibirá un correo electrónico si sus cambios de dirección se han aplicado correctamente o no se han podido procesar. ***(Nota: Si la actualización de su dirección no se realizó correctamente, recibirá un correo electrónico que le dirá que los cambios no se aplicaron correctamente. Esto podría deberse a una entrada de dirección no válida que el Servicio Postal de los Estados Unidos (USPS) no reconoció. Siga las instrucciones en el correo electrónico para completar su cambio de dirección).***	7. 如果地址正確，選擇"提交"按鈕以確認您的更改。 8. 您將收到一條消息，表明您的地址更新已提交進行處理，單擊"確定"按鈕。 9. 無論您的地址更改成功或無法處理，您都將收到一封電子郵件。 ***(注意：如果您的地址更新不成功，您將收到一封電子郵件，通知您的更改未成功。這可能是由於美國郵政服務 (USPS) 無法識別無效地址輸入。請按照電子郵件中的說明以完成您的地址更改）。***	բնակության և/կամ փոստային հասցեն թարմացնելու կամ ավելացնելու համար: ***(Նշում. Դուք ընտրության հնարավորություն ունեք և կարող եք ընտրել "Փոստային հասցեն նույնն է, ինչ բնակության հասցեն" վանդակը, և Դուք ստիպված չեք լինի երկու անգամ մուտքագրել Ձեր հասցեն):*** 4. Մուտքագրեք Ձեր հասցեի տվյալները, եթե այն պետք է թարմացվի: 5. Սեղմեք 'Պահպանել'՝ Ձեր փոփոխությունները պահելու համար կամ 'Չեղարկել', եթե որոշեք որևէ փոփոխություն չկատարել: 6. Հաստատեք, թե արդյոք Ձեր ներկայացրած հասցեն ճշգրիտ է: Եթե Ձեր հասցեն ճիշտ չէ, կարող եք սեղմել 'Չեղարկել' կոճակը՝ այս պահին նախորդ էկրան վերադառնալու և փոփոխություններ կատարելու համար: 7. Եթե Ձեր հասցեն ճշգրիտ է, ապա ընտրեք 'Ներկայացնել' կոճակը՝ Ձեր փոփոխությունները հաստատելու համար: 8. Դուք կստանաք հաղորդագրություն, որում նշվում է, որ Ձեր հասցեի փոփոխությունն ընթացքի մեջ է, սեղմեք 'Համաձայն եմ' կոճակը: 9. Դուք կստանաք էլ.նամակ, եթե Ձեր հասցեի փոփոխությունները հաջողությամբ կատարվել են կամ էլ հնարավոր չի եղել փոփոխություն կատարելու: ***(Նշում. Եթե Ձեր հասցեի թարմացումը հաջողությամբ չի ավարտվել, ապա Դուք կստանաք էլ.նամակ, որ Ձեր փոփոխությունները հաջողությամբ չեն կատարվել: Դա կարող է պայմանավորված լինել անվավեր հասցեի մուտքով, որը Միացյալ Նահանգների փոստային ծառայությունը (USPS) չի ճանաչել: Խնդրում ենք հետևել էլ.նամակի հրահանգներին՝ Ձեր հասցեի փոփոխությունն ավարտելու համար):***

DSD Appendix D/Contact Us

The Contact Us screen has been cancelled by ASR Sprint 41 Team 1&2. The translations are maintained for historical purposes only.

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Contact Us	Screen Title	**Contact Us**	**Comuníquese con nosotros**	**聯繫我們**	**Կապ մեզ հետ**
	Static Text	You can contact the help desk during business hours at 1-866-376-7066. Select option 4 from the phone menu for Electronic Timesheet assistance	Usted puede comunicarse con el departamento de asistencia técnica durante días loshábiles al 1-866-376-7066. Seleccione la opción 4 en el menú telefónico para la asistencia con las hojas de tiempo electrónicas.	您可以在辦公時間內致電 1-866-376-7066 與服務台聯繫。 從電話系統菜單中選擇選項 4 電子工時單幫助。	Կարող եք զանգահարել աջակցության բաժին աշխատանքային ժամերի ընթացքում՝ 1-866-376-7066 հեռախոսահամարով: Ընտրեք տարբերակ 4-ը հեռախոսային ընտրացանկից՝ էլեկտրոնային ժամացուցակների հետ կապված օգնության համար:
~ All fields below this point have been cancelled by ASR Sprint 40 (CR1287). The translations are maintained for historical purposes only. ~					
	Static Text	OR	O	或	ԿԱՄ

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Static Text	You can submit a written request to the help desk by clicking the button below and completing the online form.	Puede presentar una solicitud por escrito al departamento de asistencia técnica al presionar el botón enseguida y completar el formulario en línea.	您可以通過點擊下面的按鈕填寫網上表格，向服務台提交書面請求。	Կարող եք գրավոր հայտ ներկայացնել աջակցության բաժին՝ սեղմելով ներքևի կոճակը և լրացնելով առցանց ձևը:
	Static Text	Submit Request	Enviar petición	提交請求	Ներկայացրեք հարցումը
	Screen Title	**Submit Help Desk Request**	**Enviar la petición al departamento de Servicio de Asistencia**	**提交服務台請求**	**Հարցումը ներկայացնել տեղեկատվության բաժին (Help Desk)**
	Field	**First Name:**	**Nombre**	**名字**	**Անուն**
	Field	**Last Name:**	**Apellido**	**姓氏**	**Ազգանուն**
	Field	**Email Address:**	**Correo electrónico**	**電郵地址**	**Էլ. փոստի հասցե**
	Field	**Case Number:**	**Número de caso**	**個案編號**	**Գործի համարը**
	Field	**Provider Number:**	**Número de proveedor:**	**提供者號碼:**	**Մատակարարի համարը.**
	Field	**Enter your Phone Number**	**Anote su número de teléfono**	**輸入您的電話號碼**	**Մուտքագրեք Ձեր հեռախոսահամարը**
	Static Text	Once you submit this request, a Help Desk agent will follow up with you by telephone only. Please enter the best daytime phone number to reach you.	Una vez que usted envía esta solicitud, un agente de asistencia se comunicará con usted por teléfono. Por favor ingrese el mejor número de teléfono durante el día para comunicarse con usted.	一旦您提交此請求，幫助台代理將通過電話跟進您的請求。請輸入最佳日間電話號碼與您聯絡。	Ձեր հարցումը ներկայացնելուց հետո, Օգնության Ծառայության գործակալը Ձեզ հետ կկապվի միայն հեռախոսազանգով: Խնդրում ենք մուտքագրել այն ճիշտ հեռախոսահամարը, որով կարող ենք Ձեզ զանգահարել:
RequestType	Field	**Select a Request Type**	**Seleccione la clase de petición**	**選擇請求類型**	**Ընտրեք հարցումի տեսակը**
	Dropdown Value	Please Select One	Por favor seleccione uno	請選擇一項	Խնդրում ենք ընտրել մեկը
	Code Value	I received an error message	Recibí un mensaje de error	我收到一條錯誤消息	Ես սխալի մասին հաղորդագրություն եմ ստացել
	Code Value	I do not know how to take an action	No sé cómo tomar una acción	我不知道如何採取行動	Ես չգիտեմ, թե ինչ գործողություն պետք է կատարել
	Code Value	I cannot reset my password	No puedo restablecer mi contraseña	我無法重置密碼	Ես չեմ կարողանում փոխել իմ գաղտնաբառը
	Code Value	Other	Otro	其他	Այլ
	Field	**Please describe your request below. Include as much detail as possible.**	**Por favor describa su petición enseguida. Incluya la mayor cantidad de detalles posible.**	**請在下面描述您的要求。包括盡可能多的細節。**	**Խնդրում ենք ստորև նկարագրել Ձեր հարցումը: Ներառեք որքան հնարավոր է շատ մանրամասներ**
	Button	Send Request	Enviar la petición	送出請求	Ուղարկել հարցումը
	Button	Cancel Request	Cancelar la petición	取消請求	Չեղյալ համարել
	Pop-up Message	**Your request has been submitted. A Help Desk agent will be contacting you at the phone number you provided.**	**Su solicitud ha sido enviada. Un agente de asistencia se pondrá al contacto con usted en el número de teléfono que proporcionó.**	**您的請求已經提交。幫助台代理將通過您提供的電話號碼與您聯繫。**	**Ձեր հարցումը ուղարկված է: Օգնության Ծառայության գործակալը կզանգահարի Ձեզ այն հեռախոսահամարով որը տրամադրել եք մեզ:**
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ

DSD Appendix D/Code Tables & Misc

CI
CI-822553 - DSD TRAN Code Tables and Miscellaneous IMPLEMENTED

Code Table	Table Code	English	Spanish	Chinese	Armenian
SecurityQuestions	SQEN01	What was your childhood nickname?	¿Cuál era su apodo de niño?	您童年時的暱稱是什麼?	Ինչպե՞ս էր ձեր մանկական մականունը:
	SQEN02	What was the color of your first car?	¿De qué color era su primer coche?	您第一部車是什麼顏色的?	Ի՞նչ գույնի էր ձեր առաջին ավտոմեքենան:
	SQEN03	What was the name of your first pet?	¿Cuál era el nombre de su primer mascota?	您第一隻寵物的名字叫什麼?	Ինչպե՞ս էր ձեր առաջին ընտանեկան կենդանու անունը:

	SQEN04	What are the last 5 digits of your driver's license number?	¿Cuáles son los últimos 5 números de su licencia de conducir?	您駕駛執照的最後五位數字是什麼?	Որո՞նք են ձեր վարորդական իրավունքի վերջին 5 թվանիշները:
	SQEN05	What is the middle name of your oldest child?	¿Cuál es el segundo nombre de su hijo mayor?	您的第一個孩子的中間名是什麼?	Ինչպե՞ս է ձեր մեծ երեխայի միջին անունը:
	SQEN06	What is the name of the street you grew up on?	¿Cómo se llama la calle donde usted creció?	您小時候成長的街道名稱是什麼?	Ինչպե՞ս է կոչվում ձեր մանկության փողոցը:
	SQEN07	What school did you attend for sixth grade?	¿A qué escuela asistía en sexto grado?	您六年級時就讀於哪所學校?	Ո՞ր դպրոցն եք հաճախել վեցերորդ դասարանում:
	SQEN08	What year did you graduate from High School?	¿En qué año se graduó de la escuela secundaria?	您在哪一年高中畢業?	Ո՞ր տարում եք ավարտել ավագ դպրոցը:
	SQEN09	In what city did you meet your spouse/significant other?	¿En qué ciudad conoció a su esposo/esposa o persona especial?	您在哪座城市遇見了您的配偶/另一半?	Ո՞ր քաղաքում եք հանդիպել ձեր ամուսնուն/երկրորդ կեսին:
	SQEN10	What is your grandmother's maiden name?	¿Cuál es el apellido de soltera de su abuela?	您的祖母的婚前姓氏是什麼?	Ինչպե՞ս է ձեր տատիկի օրիորդական ազգանունը:
	SQEN11	What was your favorite sport in High School?	¿Cuál era su deporte preferido en la escuela secundaria?	您高中時最喜歡哪一項運動?	Ո՞րն էր ձեր սիրած սպորտն ավագ դպրոցում:
	SQEN12	What is the name of the High School you graduated from?	¿Cuál es el nombre de la escuela secundaria de donde se graduó?	您畢業於哪所高中?	Ինչպե՞ս է կոչվում ձեր ավարտած ավագ դպրոցը:
	SQEN13	In what city were you born?	¿En qué ciudad nació?	您出生於哪座城市?	Ո՞ր քաղաքում եք ծնվել:
	SQEN14	What is the street number of the house you grew up in?	¿Cuál es el número de la casa en la que creció?	您小時候成長的街道門牌號是?	Ո՞րն է ձեր մանկության տան համարը:
	SQEN15	What is your favorite color?	¿Cuál es su color preferido?	您最喜歡什麼顏色?	Ո՞րն է ձեր սիրելի գույնը:
StopETimesheetReason	TSSR01	Prefer Paper Timesheets	Prefiero las hojas de tiempo en papel	喜好紙質工時單	Նախընտրելի է ժամացուցակի թղթային տարբերակը
	TSSR02	Difficult to Use	Difícil de Usar	難以使用	Դժվար է օգտագործել
	TSSR03	Limited Access	Acceso Limitado	存取受限	Սահմանափակ հասանելիություն
	TSSR04	Other	Otro	其他	Այլ
	TSSR05	Recipient Request	Petición del Beneficiario	經受看護人要求	Ստացողի հարցումը
	TSSR06	Provider Request	Petición del Proveedor	經看護人要求	Մատակարարի հարցումը
	TSSR07	Case Terminated	Caso Suspendido	個案終止	Գործը դադարեցվել է
	TSSR08	Provider Terminated	Proveedor Suspendido	看護人終止服務	Մատակարարը դադարեցվել է
	TSSR09	BVI Record Inactivated	Expediente de BVI Desactivado	BVI記錄未激活	BVI-ի տվյալները անգործունակ են
WebsiteLanguage	LANG01	English	Inglés (English)	英語 (English)	Անգլերեն (English)
	LANG02	Spanish	Español (Spanish)	西班牙語 (Spanish)	Իսպաներեն (Spanish)
	LANG03	Armenian	Armenio (Armenian)	亞美尼亞語 (Armenian)	Հայերեն (Armenian)
	LANG04	Chinese	Chino (Chinese)	中文 (Chinese)	Չինարեն (Chinese)
ElectronicTimesheetRejectionReason	ETRR01	Hours claimed were not correct	Horas reclamadas no eran correctas	申報時數有誤	Ներկայացված ժամերը սխալ են
	ETRR02	This was not my Provider	Este no era mi Proveedor	此人並非我的看護人	Սա իմ Մատակարարը չէ
	ETRR03	Other Reason	Otra Razón	其他原因	Այլ պատճառ
RequestType	RTYP01	I received an error message	Recibí un mensaje de error	我收到一條錯誤消息	Ես սխալի մասին հաղորդագրություն եմ ստացել
	RTYP02	I do not know how to take an action	No sé cómo tomar una acción	我不知道如何採取行動	Ես չգիտեմ, թե ինչ գործողություն պետք է կատարել
	RTYP03	I cannot reset my password	No puedo restablecer mi contraseña	我無法重置密碼	Ես չեմ կարողանում փոխել իմ գաղտնաբառը

	RTYP04	Other	Otro	其他	Այլ
		Timesheet rejected by the county for excessive hours in the first pay period	La hoja de tiempo fue rechazada por el condado por el exceso de horas en el primer período de pago.	因在第一個付款期內超時，時間表被郡當地辦事處駁回。	Ժամացուցակը մերժվել է վարչաշրջանի կողմից, առաջին վճարման ժամանակահատվածում ավելորդ ժամերի օգտագործելու պատճառով:
		Timesheet selected for review was rejected by the county	La hoja de tiempo seleccionada para revisión fue rechazada por el condado	提交審核的時間表被郡當地辦事處駁回。	Վերանայման համար ընտրված ժամացուցակը մերժվել է վարչաշրջանի կողմից:
		Timesheet selected for random sampling was rejected by the county	La hoja de tiempo seleccionada sin orden fue rechazada por el condado.	提交隨機抽樣的時間表被郡當地辦事處駁回。	Պատահական ընտրանքի համար ընտրված ժամացուցակը մերժվել է վարչաշրջանի կողմից:
E-Timesheet Option		IHSS ESP	IHSS ESP	IHSS ESP	IHSS ESP
		Telephonic System	sistema telefónico	電話統	Հեռախոսային Համակարգ
		BVI – Telephonic System	BVI - sistema telefónico	BVI - 電話統	BVI - Հեռախոսային Համակարգ
ETimesheetStoppedBy	ETSB01	Recipient	Beneficiario	受看護人	Ստացող
	ETSB02	Provider	Proveedor	看護人	Մատակարար
	ETSB03	County User	Condado	郡	Վարչաշրջանը
PDDAccountType	PDDAC01	Checking	Cheques	支票	Ընթացիկ
	PDDAC02	Savings	Ahorros	儲蓄	Խնայողական
		Previously Claimed Hours	Horas reclamadas anteriormente	先前報銷的小時	Նախկինում հայցված ժամերը
		Payment Deposited	El pago ha sido depositado	付款已存入	Վճարը բանկի հաշվեհամարում է
		Waiting for Payment Replacement	El remplazo de pago está pendiente	等待付款更換	Սպասում է լրացուցիչ վճարին
		Payment Cashed	El pago fue cobrado	付款兌現	Վճարված է
		Payment Voided	El pago fue cancelado	付款無效	Վճարը չեղարկվել է
		Enrolled	Inscrito	已註冊	Գրանցված
		Stopped	Detenido	已停止	Դադարեցված
		Not invited	No invitado	沒邀請	Հրավիրված չէ
WebsiteTimesheetPreferences	IPTP01	All	Todas	全部	Ամբողջը
	IPTP02	Past 3 Months	Los últimos 3 meses	過去三個月	Վերջին 3 ամիսների ընթացքում
ElectronicTimesheetRejectReason	ETRR01	Hours claimed were not correct	Horas reclamadas no eran correctas	申報時數有誤	Ներկայացված ժամերը սխալ են
	ETRR02	This was not my Provider	Este no era mi Proveedor	此人並非我的看護人	Սա իմ Մատակարարը չէ
	ETRR03	Other Reason	Otra Razón	其他原因	Այլ պատճառ
	PDDRQ01	NEW			
	PDDRQ02	CHANGE			
	PDDRQ03	CANCEL			

DSD Appendix D/Emails

CI
CI-822554 - DSD TRAN Emails IMPLEMENTED

ETSE #	Description	Recipient of Email				Source				Email - Word Template		
		Prov	Recp	Both	N/A	CM	ESP	Both	HDU	English	Spanish	Chinese
ETSE01	Removed with ASR Sprint 20 Team 1&2				X							

ETSE02	Removed with ASR Sprint 20 Team 1&2				X							
ETSE03	Notification of Recipient Registration	X						X		English ETSE03_v4.docx	Spanish ETSE03_v4.docx	Chinese ETSE03_v4.docx
ETSE04	Removed with ASR Sprint 20 Team 1&2				X							
ETSE05	Notification of Stop E-Timesheet by Recipient	X					X			English ETSE05_v3.docx	Spanish ETSE05_v3.docx	Chinese ETSE05_v3.docx
ETSE06	Notification of Timesheets for Review		X					X		English ETSE06_v3.docx	Spanish ETSE06_v3.docx	Chinese ETSE06_v3.docx
ETSE07	Notification of Timesheet Approval	X						X		English ETSE07_v3.docx	Spanish ETSE07_v3.docx	Chinese ETSE07_v3.docx
ETSE08	Notification of Timesheet Rejection	X						X		English ETSE08_v5.docx	Spanish ETSE08_v5.docx	Chinese ETSE08_v5.docx
ETSE09	Removed with CR 1282				X							
ETSE10	Removed with CR 1282				X							
ETSE11	Notification of Payment	X				X				English ETSE11_v8.docx	Spanish ETSE11_v8.docx	Chinese ETSE11_v8.docx
ETSE12	Removed with CR 1282				X							
ETSE13	Notification of Stop E-Timesheet by Provider		X				X			English ETSE13_v3.docx	Spanish ETSE13_v3.docx	Chinese ETSE13_v3.docx
ETSE14	Registration Account Verification			X			X			English ETSE14_v3.docx	Spanish ETSE14_v3.docx	Chinese ETSE14_v3.docx
ETSE15	Notification of No Recipient Action on Submitted Timesheet	X				X				English ETSE15_v3.docx	Spanish ETSE15_v3.docx	Chinese ETSE15_v3.docx
ETSE16	Password Reset			X			X			English ETSE16_v3.docx	Spanish ETSE16_v3.docx	Chinese ETSE16_v3.docx
ETSE17	Notification of Password Change			X			X			English ETSE17_v3.docx	Spanish ETSE17_v3.docx	Chinese ETSE17_v3.docx
ETSE18	Removed with CR 1282				X							
ETSE19	Removed with ASR Sprint 20 Team 1&2				X							
ETSE20	Removed with ASR Sprint 20 Team 1&2				X							
ETSE21	Notification of Email Address Update			X		X				English ETSE21_v3.docx	Spanish ETSE21_v3.docx	Chinese ETSE21_v3.docx
ETSE22	Notification of CDSS Privacy Policy			X				X		English ETSE22_v4.docx	Spanish ETSE22_v4.docx	Chinese ETSE22_v4.docx
ETSE23	Removed with CR 1287 – Sprint 40				X							
ETSE24	Confirm Direct Deposit NEW Request	X					X			English ETSE24_v3.docx	Spanish ETSE24_v3.docx	Chinese ETSE24_v3.docx

ETSE25	Confirm Direct Deposit CHANGE Request	X					X			English ETSE25_v3.docx	Spanish ETSE25_v3.docx	Chinese ETSE25_v3.docx
ETSE26	Confirm Direct Deposit CANCEL Request	X					X			English ETSE26_v3.docx	Spanish ETSE26_v3.docx	Chinese ETSE26_v3.docx
ETSE27	Notification of Request for User Name			X			X			English ETSE27_v3.docx	Spanish ETSE27_v3.docx	Chinese ETSE27_v3.docx
ETSE28	Mass Email – February Timesheets	X					X			English ETSE28_v3.docx	N/A	N/A
ETSE29	Mass Email – Direct Deposit Introduction to Providers	X					X			English ETSE29_v3.docx	N/A	N/A
ETSE30	Sick Leave Mass Email to Providers	X					X			English ETSE30_v1.pdf	Spanish ETSE30_v1.pdf	Chinese ETSE30_v1 .pdf
ETSE31	Mass Email to IHSS ESP Users about recent UX changes to the ESP			X			X			English ETSE31_v3.docx	Spanish ETS31_v3.docx	Chinese ETSE31_v3.docx
ETSE32	Mass Email to IHSS ESP Providers for the Sick Leave Annual Notice	X				X				All Languages ETSE32_v3.docx	All Languages ETSE32_v3.docx	All Languages ETSE32_v3.docx
ETSE33	Notification of E-Timesheet Enrollment for ESP Providers	X					X			English ETSE33_v2.docx	Spanish ETSE33_v2.docx	Chinese ETSE33_v2.docx
ETSE34	Reminder: Don't wait to submit your timesheet	X					X			English ETSE34_v1.docx	Spanish ETSE34_v1.docx	N/A
ETSE35	Notice to resubmit timesheet for period ending 8/31	X					X			English ETSE35_v1.docx	N/A	N/A
ETSE36	Reminder: Timesheet submission on peak days	X					X			English ETSE36_v1.docx	Spanish ETSE36_v1.docx	N/A
ETSE37	ESP Availability on October 26, 2019			X			X			English ETSE37_v1.docx	Spanish ETSE37_v1.docx	Chinese ETSE37_v1.docx
ETSE38	Notification of Invalid ESP User Name			X			X			English ETSE38_v1.docx	N/A	Chinese ETSE38_v1.docx
ETSE39	COVID-19 Information - Recipient		X				X			English ETSE39_v1.docx	Spanish ETSE39_v1.docx	Chinese ETSE39_v1.docx
ETSE40	COVID-19 Information - Provider	X					X			English ETSE40_v1.docx	Spanish ETSE40_v1.docx	Chinese ETSE40_v1.docx
ETSE41	Families First Coronavirus Response Act Additional Sick Leave - Recipient		X				X			English ETSE41_v1.docx	Spanish ETSE41_v1.docx	Chinese ETSE41_v1.docx
ETSE42	Families First Coronavirus Response Act Additional	X					X			English ETSE42_v1.docx	Spanish ETSE42_v1.docx	Chinese ETSE42_v1.docx

	Sick Leave - Provider											
ETSE43	Notification to Hired Provider	X						X		English ETSE43_v2.docx	Spanish ETSE43_v2.docx	Chinese ETSE43_v2.docx
ETSE44	Confirmation of Hired Provider		X					X		English ETSE44_v2.docx	Spanish ETSE44_v2.docx	Chinese ETSE44_v2.docx
ETSE45	Removed with ASR Sprint 44 Team 3			X			X					
ETSE46	Confirmation of Live-In Provider Self-Certification	X					X			English ETSE46_v1.docx	Spanish ETSE46_v1.docx	Chinese ETSE46_v1.docx
ETSE47	Confirmation of Cancellation of Live-In Provider Self-Certification	X					X			English ETSE47_v1.docx	Spanish ESTE47_v1.docx	Chinese ETSE47_v1.docx
ETSE48	Notification of EVV Softcopy PDF			X			X			English ETSE48_v1.docx	Spanish ETSE48_v1.docx	Chinese ETSE48_v1.docx
ETSE49	Notification of No Payment for Travel Claim	X					X			English ETSE49_v1.docx	Spanish ETSE49_v1.docx	Chinese ETSE49_v1.docx
ETSE50	Confirm Phone Number Update(s)			X			X			English_ETSE50_v3.docx	Spanish_ETSE50_v3.docx	Chinese_ETSE50_v3.docx
ETSE51	Confirming Address Change(s)	X					X			English ETSE51_v1.docx	Spanish ETSE51_v1.docx	Chinese ETSE51_v1.docx
ETSE52	Address Change(s) Could Not be Processed	X					X			English ETSE52_v2.docx	Spanish ETSE52_v3.docx	Chinese ETSE52_v2.docx
ETSE53	Hired Provider Pending Provider Enrollment		X				X			English_ETSE53_v1.docx	Spanish_ETSE53_v1.docx	Chinese_ETSE53_v1.docx
ETSE54	Pending Provider Cancelled		X			X				English_ETSE54_v1.docx	Spanish_ETSE54_v1.docx	Chinese_ETSE54_v1.docx
ETSE55	Live-In Provider Outreach Mailing	X					X			English ETSE55_v1.docx	Spanish ETSE55_v1.docx	N/A
ETSE56	Live-in Provider Exclusion	X					X			English ETSE56_v1.docx	Spanish ETSE56_v1.docx	N/A
ETSE57	Annual Notification of CDSS Privacy Policy			X			X			English ETSE57_v1.docx	Spanish ETSE57_v1.docx	Chinese ETSE57_v1.docx
ETSE59	W-2 Annual Notice	X					X			English ETSE59_v1.docx	Spanish ETSE59_v1.docx	Chinese ETSE59_v1.docx
ETSE60	Notification of Training Time Claim Rejection	X				X				English ETSE60_v1.docx	Spanish ETSE60_v1.docx	Chinese ETSE60_v1.docx
ETSE61	Notification of Training Time Claim Approval - No Modification	X				X				English ETSE61_v1.docx	Spanish ETSE61_v1.docx	Chinese ETSE61_v1.docx

ETSE62	Notification of Training Time Claim Approval - Modification	X				X				English ETSE62_v1.docx	Spanish ETSE62_v1.docx	Chinese ETSE62_v1.docx
ETSE63	Notification of Incentive Claim Rejection	X				X				English ESTE63_v1.docx	Spanish ETSE63_v1.docx	Chinese ESTE63_v1.docx
ETSE64	Notification of Incentive Claim Approval	X				X				English ETSE64_v1.docx	Spanish ETSE64_v1.docx	Chinese ETSE64_v1.docx
ETSE65	Notification of Message			X				X		English ETSE65_v1.docx	Spanish ETSE65_v1.docx	Chinese ETSE65_v1.docx
ETSE66	Notification of High Priority Message			X				X		English ETSE66_v1.docx	Spanish ETSE66_v1.docx	Chinese ETSE66_v1.docx
ETSE67	Notification of Verification Code			X			X			English ETSE67_v1.docx	To be implemented	To be implemented
ETSE68	Notification of Verification Code			X				X		English ETSE68_v1.docx	Spanish ETSE68_v1.docx	Chinese ETSE68_v1.docx
ETSE69	IHSS - CMIPS Service Portal Verification Code											
ETSE70	Notification of Verification Code - ESP Updates			X			X			English ETSE70_v1.docx	Spanish ETSE70_v1.docx	Chinese ETSE70_v1.docx
ETSE71												
ETSE72												
ETSE73												
ETSE74												
ETSE75	Notification of Verification Document Ready for Download	X					X			English ETSE75_v1.docx	Spanish ETSE75_v1.docx	Chinese ETSE75_v1.docx

DSD Appendix D/Email Timesheet Copy Pop-up

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Static Text	A copy of this timesheet will be sent to (insert email from CMIPS). If you need to change your email address please contact your County IHSS Office or the IHSS Service Desk for providers and recipients at 1-866-376-7066.	Una copia de esta hoja de tiempo se enviarán a (insert email from CMIPS). Si necesita cambiar su dirección de correo electrónico, comuníquese con su oficina de IHSS del condado o la línea de ayuda para los proveedores y beneficiarios al 1-866-376-7066.	該工时单的副本將發送至（*insert email from CMIPS*）。如果您需要更改電子郵件地址，請致電IHSS服務台1-866-376-7066與您所在的郡IHSS辦公室聯繫。	Այս ժամացուցակի պատճեն կուղարկվի Ձեզ հետևյալ էլ. փոստի հասցեով՝ (insert email from CMIPS): Եթե ցանկանում եք փոխել Ձեր էլ. փոստի հասցեն, ապա դիմեք Ձեր Վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ կամ Աջակցության բաժին, մատակարարների և ստացողների համար, հետևյալ հեռախոսահամարով՝ 1-866-376-7066 :
	Button	Send	Enviar	發送	Ուղարկել
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել

DSD Appendix D/Electronic TS - Timesheet History

CI
CI-823088 - DSD TRAN Electronic TS - Timesheet History IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
Timesheet History (Recipient View)	Screen Title	**Timesheet History**	**Historial de hojas de tiempo**	**工時單記錄**	**Ժամաց**
	Screen Static Text	Enter the first day of a pay period or use the calendar icon to select a date	Introduzca el primer día de un período de pago o utilice el icono del calendario para seleccionar una fecha	輸入付款期的第一天或使用日曆圖標選擇日期	Մուտքա օրը կա ընտրելո
	Screen Field Name	**Date**	**Fecha**	**日期**	**Ամսաթ**
	Screen Button	Search	Buscar	搜索	Որոնում
	Screen Static Text	Search results for pay period <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY>	Resultados de búsqueda para el período de pago <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY>	付款期<MM/DD/ YYYY-MM/DD/YYYY>的搜索結果	Որոնման վճարման
	Screen Field Name	**Provider Number**	**Número de proveedor**	**看護人編號**	**Մատակ**
	Screen Field Name	**Timesheet Number**	**Número de la hoja de tiempo**	**時間表編號**	**Ժամաց**
	Screen Field Name	**Claimed**	**Reclamado**	**聲稱**	**Հայցվա**
	Field	<00>h	<00>h	<00>小時	<00>ժա
	Field	<00>m	<00>m	<00>分鐘	<00>ր
	Screen Field Name	**Timesheet Type**	**Tipo de hoja de tiempo**	**工時單類型**	**Ժամաց**
	Screen Button	**View Timesheet Details**	**Ver detalles de las hojas de tiempo**	**查看工時單詳情**	**Դիտել**
	Static Text	No timesheets found for pay period <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY>, please try another pay period.	No se han encontrado hojas de tiempo para el período de pago <MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY> por favor, intente otro período de pago.	此付薪期無工時單<MM/DD/YYYY>的付款，請嘗試其他支付期。	Վճարմա չկան: <M փորձեք
	Error Message	Incorrect Date Format	El formato de la fecha es incorrecto	日期格式不正確	Ամսաթ
	Error Message	Month must be 01 – 12	El mes tiene que ser del 01 al 12	月份必須是01 - 12	Ամիսը
	Error Message	Day must be 01 – 31	El día tiene que ser del 01 al 31	日期必須是01 - 31	Օրը պե
	Error Message	Date cannot be earlier than 01/01/2000.	La fecha no puede ser anterior al 01/01/2000.	日期不能早於 2000 年 1 月 1 日。	Ամսաթ
	Error Message	This month does not have this many days	Este mes no tiene ese número de días	這個月沒有這麼多天	Այս ամ
Timesheet History Detail	Screen Title	**Timesheet History Detail**	**Detalles del historial de hojas de tiempo**	**工時單歷史**	**Ժամաց**
Timesheet History Detail - Overview Cluster	Cluster Title	**Overview**	**Resumen**	**概論**	**Ամփոփ**
	Cluster Field Name	**Provider Name**	**Nombre del proveedor**	**看護人姓名**	**Մատակ**
	Cluster Field Name	**Provider Number**	**Número de proveedor**	**看護人編號**	**Մատակ**
	Cluster Field Name	**Pay Period**	**Período de pago**	**付款期**	**Վճարմ**
	Cluster Field Name	**Timesheet Type**	**Tipo de hoja de tiempo**	**工時單類型**	**Ժամաց**
	Cluster Field Name	**Claimed**	**Reclamado**	**聲稱**	**Հայցվա**
	Cluster Button	**Download Timesheet**	**Descargar hoja de tiempo**	**工時單下載**	**Ներբեռ**
Timesheet History Detail - Timesheet Details Cluster	Cluster Title	**Timesheet Details**	**Detalles de la hoja de tiempo**	**時間表細節**	**Ժամաց**
	Cluster Field Name	**Timesheet Number**	**Número de la hoja de tiempo**	**工時單編號**	**Ժամաց**
	Cluster Field Name	**Signature Method**	**Método de firma**	**簽名方法**	**Ստորա**
	Cluster Field Name	**Provider Signed**	**Firmado por el proveedor**	**提供者簽名**	**Մատակ**
	Cluster Field Name	**Recipient Signed**	**Firmado por el beneficiario**	**受看護人簽名**	**Ստացո**
	Cluster Section Title	**Workweek <#>**	**Semana laborable <#>**	**工作週**	**Աշխատ**
	Cluster Column Title	**Date**	**Fecha**	**日期**	**Ամսաթ**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
	Cluster Column Title	**Hours Worked**	**Horas Trabajadas**	**工作小時**	**Աշխատ**
	Cluster Column Title	**Start Time**	**Hora de Comienzo**	**開始時間**	**Աշխատ**
	Cluster Column Title	**End Time**	**Hora de Salida**	**結束時間**	**Աշխատ**
	Cluster Column Title	**Location**	**Lugar de Trabajo**	**位置**	**Գտնվել**
	Field	Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday	Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado	星期日 星期一 星期二 星期三 星期四 星期五 星期六	Կիրակի Երկուշա Երեքշա Չորեքշ Հինգշա Ուրբաթ Շաբաթ
	Field	Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec	Ene. Feb. Mar. Abr. May. Jun. Jul. Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.	一月 二月 三月 四月 五月 六月 七月 八月 九月 十月 十一月 十二月	Հունվ. Փետ. Մրտ. Ապր. Մայ. Հուն. Հուլ. Օգոս. Սեպ. Հոկ. Նոյ. Դեկ.
	Location Code Value	Home	Casa	家	Տուն
	Location Code Value	Community	Comunidad	社區	Համայնք
	Location Code Value	Both	Las dos	兩者	Երկուսն
	Field	AM PM	AM PM	上午 下午	AM PM
	Cluster Field	**Workweek Total**	**Total de la Semana Laboral**	**每週工作總數**	**Աշխատ**
	Cluster Field	**Timesheet Total**	**Total en la Hoja de Tiempo**	**時間表總計**	**Ընդհան**

DSD Appendix D/Hire Provider

CI
CI-822641 - DSD TRAN Hire Provider IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Hire Provider (All Pages)	Screen Title	**Hire Provider**	**Contratar Proveedor**	**聘用看護人**	**Աշխատանքի ընդունել մատակարարին**
	Static Text	**Locate Provider**	**Localizar proveedor**	**查找看護人**	**Գտեք Մատակարարին**
	Static Text	**Select Provider**	**Seleccione proveedor**	**选择看護人**	**Ընտրեք Մատակարարին**
	Static Text	**Provider Details**	**Detalles del proveedor**	**看護人详细资料**	**Մատակարարի մանրամասն տվյալները**
	Static Text	**Confirm Hire**	**Confirme la contratación**	**確認僱用**	**Հաստատեք աշխատանքի ընդունումը**
Step 1 (Locate Provider)	Screen Title	**Hire Provider**	**Contratar Proveedor**	**聘用看護人**	**Աշխատանքի ընդունել մատակարարին**

	Static Text	Please enter the Provider Number of the provider you want to hire and select the Find Provider button. Please Note: Back-up providers cannot be hired using this service, please contact your county.	Ingrese el número de proveedor del proveedor que desea contratar y seleccione el botón Buscar proveedor. Tenga en cuenta: No se pueden contratar proveedores secundarios utilizando este servicio, comuníquese con su condado.	請輸入您要雇用看護人的看護人編號，然後點擊“查找看護人”按鈕。請注意：後備看護人不能通過此服務僱用。請聯繫您所在的郡。	Խնդրում ենք մուտքագրել այն մատակարարի համարը, ում ցանկանում եք աշխատանքի ընդունել և սեղմեք Գտնել Մատակարարին կոճակը: Խնդրում ենք նկատի ունենալ. Պահուստային մատակարարները չեն կարող աշխատանքի ընդունվել այս ծառայության միջոցով, խնդրում ենք կապվել Ձեր վարչշրջանի հետ:Խնդրում ենք մուտքագրել այն մատակարարի համարը, ում ցանկանում եք աշխատանքի ընդունել և սեղմեք «Գտեք Մատակարարին» կոճակը:
	Field Name	**Provider Number**	**Número de proveedor**	**看護人編號**	**Մատակարարի համարը**
	Static Text	You must enter all 9 digits of the Provider Number.	Debe introducir los 9 dígitos del número de proveedor.	您必須輸入看護人編號的所有9位數字。	Դուք պետք է մուտքագրեք մատակարարի համարի բոլոր 9 թվանշանները:
	Button	Find Provider	Buscar proveedor	尋找看護人	Գտնել մատակարարին
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Error Message	The Provider Number you entered does not match a Provider in our records. Please check the number and try again.	El número de proveedor que ingresó no coincide con un proveedor en nuestros registros, compruebe el número e inténtelo de Nuevo.	您輸入的看護人編號與我們的記錄中的不匹配，請檢查該編號，然後重試。	Մատակարարի Համարը, որը Դուք մուտքագրել եք չի համապատասխանում մեր գրառումներում գրանցված մատակարարին: Խնդրում ենք ստուգեք համարը և կրկին փորձեք:
	Error Message	At this time, you cannot use this service to hire a provider. Please contact your county.	En este momento, no puede utilizar este servicio para contratar a un proveedor. Comuníquese con su condado.	目前您不能使用此服務來僱用看護人。請與您的社工聯繫。	Այս պահին, Դուք չեք կարող օգտագործել այս ծառայությունը մատակարար ընտրելու համար: Խնդրում ենք դիմեք Ձեր վարչաշրջանին:
	Error Message	This Provider has not completed the enrollment process. Please have them contact your county.	Este proveedor no ha completado el proceso de inscripción. Por favor, pídales que se pongan en contacto con su condado.	該看護人尚未完成註冊過程。請讓他們與您所在的郡聯繫。	Այս Մատակարարը չի ավարտել գրանցման գործընթացը: Խնդրում ենք, որ նա դիմի Ձեր վարչաշրջանին:
	Error Message	This Provider cannot be hired using this service. Please contact your county.	Este proveedor no se puede contratar utilizando este servicio. Comuníquese con su condado.	您不能僱用此看護人。請與您的社工聯繫。	Այս մատակարարին հնարավոր չէ գործի ընդունել այս ծառայության միջոցով: Խնդրում ենք դիմեք Ձեր վարչաշրջանին:
	Error Message	You have already hired this Provider. Please contact your county if you want to make any changes.	Ya ha contratado a este proveedor. Póngase en contacto con su condado si desea hacer algún cambio.	您已經僱用了該看護人。如果要進行任何更改，請與您的社工聯繫。	Դուք արդեն ընտրել եք այս Մատակարարին: Եթե ցանկանում եք որևէ փոփոխություն կատարել, դիմեք Ձեր վարչաշրջանին:
	Error Message	Your case is being transferred to a new county. Please contact your county to have this Provider assigned.	Su caso está siendo transferido a un nuevo condado. Comuníquese con su condado para que este proveedor sea asignado.	您的案件正在轉移到新的郡。請與您所在的郡聯繫以指定此看護人。	Ձեր գործը տեղափոխվում է մի նոր վարչաշրջան: Խնդրում ենք դիմեք Ձեր վարչաշրջանին՝ այս Մատակարարին Ձեզ կցելու համար:
	Error Message	This Provider cannot be hired using this service. Please contact your county.	Este proveedor no se puede contratar con este servicio. Comuníquese con su condado.	您不能僱用此看護人。請與您的社工聯繫。	Այս Մատակարարը չի կարող գործի ընդունվել այս ծառայության միջոցով: Խնդրում ենք դիմեք Ձեր վարչաշրջանին:
	Error Message	Provider Number field must contain numbers only.	La sección del número del proveedor sólo debe contener números.	提供者號碼欄必須只包含數字。	Մատակարարի համարը պետք է պարունակի միայն թվեր:
	Error Message	Provider Number must be 9 digits.	El número de proveedor debe ser 9 dígitos.	提供者號碼必須9個數字。	Մատակարարի համարը պետք է բաղկացած լինի 9 նիշից:
	Error Message	Hiring details are pending for this Provider. You will receive an email when the hiring process is complete	Los detalles de contratación están pendientes para este Proveedor. Recibirá un correo electrónico cuando se complete el proceso de contratación	顯示消息 “此看护人的招聘詳細信息有待處理。招聘完成後，您將收到一封電子郵件。	«Աշխատանքի ընդունման հետ կապված մանրամասները ընթացքի մեջ են այս մատակարարի համար: Դուք կստանաք էլ.նամակ այն ժամանակ, երբ աշխատանքի ընդունման գործընթացն ավարտված լինի»:
	Error Message	Provider Number cannot be blank.	El número de proveedor no puede estar en blanco.	看護人編號不能為空。	Մատակարարի համարը չի կարող դատարկ լինել:
Step 2 (Select Provider)	Screen Title	**Hire Provider**	**Contratar Proveedor**	**聘用看護人**	**Աշխատանքի ընդունել մատակարարին**

	Field Header	**Provider Information**	**Información del proveedor**	**看護人信息**	**Տեղեկատվություն մատակարարի վերաբերյալ**
	Field Name	**Number**	**Número de proveedor**	**看護人編號**	**Մատակարարի համարը**
	Field Name	**Name**	**Nombre**	**姓名**	**Անունը**
	Static Text	Press the Select button to confirm this is the provider you want to hire, otherwise press the Back button.	Presione el botón Seleccionar para confirmar que es el proveedor que desea contratar, de lo contrario presione el botón Cancelar.	点击“選擇”按鈕確認這是您要雇用的看護人，否則点击“取消”按鈕。	Սեղմեք Ընտրել կոճակը հաստատելու համար, որ սա այն մատակարարն է, ում Դուք ցանկանում եք աշխատանքի ընդունել, հակառակ դեպքում՝ սեղմեք Չեղարկել կոճակը:
	Button	Select	Seleccione	选择	Ընտրել
	Button	Back	Atrás	後退	Նախորդ
Step 3 (Hire Provider)	Screen Title	**Hire Provider**	**Contratar Proveedor**	**聘用看護人**	**Աշխատանքի ընդունել մատակարարին**
	Static Text	Enter the Provider Start Date or use the calendar icon to select the Start Date. The Start Date cannot be in the future or more than <XX=StartDateConfigurationDays> days in the past. Next, select your relationship to the Provider.	Seleccione la fecha de inicio del proveedor y la información de relación. La fecha de inicio no puede ser en el futuro o más de <XX = StartDateConfigurationDays> días en el pasado. Después, seleccione su relación con el proveedor.	輸入看護人開始日期或使用日曆圖標選擇開始日期。開始日期不能是將來的日期或過去的 <XX=StartDateConfigurationDays> 天。接下來，選擇您與看護人的關係。	Մուտքագրեք մատակարարի աշխատանքը սկսելու օրը կամ օգտագործեք օրացույցի պատկերը սկսելու օրվա ամսաթիվն ընտրելու համար: Սկսելու օրը չի կարող լինել ապագայում կամ ավելի քան <XX = StartDateConfigurationDays> օր առաջ: Դրանից հետո ընտրեք Ձեր կապը մատակարարի հետ:
	Field Header	**Provider Information**	**Información del proveedor**	**看護人信息**	**Տեղեկատվություն մատակարարի վերաբերյալ**
	Field Name	**Provider Number**	**Número de proveedor**	**看護人編號**	**Մատակարարի համարը**
	Field Name	**Name**	**Nombre**	**姓名**	**Անունը**
	Field Name	**Start Date**	**Fecha de inicio**	**開始日期**	**Սկսելու օրը**
	Field Name	**Relationship**	**La relación**	**關係**	**Կապ**
	Code Value	Parent	Padre	父母	Ծնող
	Code Value	Spouse	Esposo	伴侶	Ամուսին/Կին
	Code Value	Domestic Partner	Compañero doméstico	同居	Զուգընկեր
	Code Value	Child	Niño	孩子	Երեխա
	Code Value	None of the above	Ninguno de los anteriores	以上都不是	Վերը նշվածներից ոչ մեկը
	Button	Hire Provider	Contratar su proveedor	聘用看護人	Աշխատանքի ընդունել մատակարարին
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Error Message	Incorrect Date Format	El formato de la fecha es incorrecto	日期格式不正確	Ամսաթվի սխալ ֆորմատ
	Error Message	Start Date cannot be more than <XX = StartDateConfigurationDays> days in the past.	La fecha de inicio no puede ser más de <XX = StartDateConfigurationDays> días en el pasado.	開始日期不能超過過去 <XX = StartDateConfigurationDays> 天。	Սկսելու օրը չի կարող գերազանցել <XX = StartDateConfigurationDays> օրը:
	Error Message	Start Date cannot be blank.	La fecha de inicio no puede estar en blanco.	開始日期不能為空。	Սկսելու օրը չի կարող դատարկ լինել:
	Error Message	Relationship cannot be blank.	La relación no puede estar en blanco.	關係不能為空。	Կապը մատակարարի հետ չի կարող դատարկ լինել:
Step 4 (Hire Provider)	Screen Title	**Hire Provider**	**Contratar Proveedor**	**聘用看護人**	**Աշխատանքի ընդունել մատակարարին**
	Static Text	Please review the following terms and conditions of the Recipient Agreement below related to hiring <Provider Name: First Middle Last Suffix> as your provider.	Por favor revise los siguientes términos y condiciones del Acuerdo del beneficiario debajo de la contratación de <Provider Name: First Middle Last Suffix> como su proveedor.	請查看以下《受看護人協議》有關僱用< Provider Name: First Middle Last Suffix >作為看護人的條款。	Խնդրում ենք վերանայել ներքևում նշված Ստացողի համաձայնագրի դրույթներն ու պայմանները, որոնք վերաբերվում են Ձեր մատակարար՝ <Provider Name: First Middle Last Suffix>-ին աշխատանքի ընդունելու համար:
	Header	**Recipient Agreement**	**Acuerdo del beneficiario**	**受看護人協議**	**Ստացողի Համաձայնագիր**
	Static Text (SOC 295A	**I UNDERSTAND AND AGREE THAT:**	**ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE:**	**我理解并同意:** • 如果我選擇讓此人在注册为IHSS看護人之前為我提供服	**ԵՍ ՀԱՍԿԱՆՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ԵՄ ՈՐ.**

	Part B Details)	• If I choose to have this person provide services for me before he/she is enrolled as an IHSS provider, and the county sends me a notice telling me that he/she is not eligible to be an IHSS provider, I will have to pay him/her with my own money for the services that he/she provided before he/she was determined ineligible to be a provider and for any services he/she provides after the county notifies me that he/she is ineligible. • Neither the county nor the State will be held responsible for any claims and/or losses caused by the above-named person I choose to hire as my IHSS I agree to hold harmless the State and county, their officers, agents, and employees, and to take responsibility for any and all claims and/or losses to any person caused by the named person I choose to hire as my IHSS provider. • The county can provide information about my authorized services and service hours to the person I have chosen as my provider. The county will send my provider the IHSS Provider Notice of Recipient Authorized Hours and Services (SOC 2271). • My total monthly authorized hours will be divided by 4 to determine my maximum weekly hours. The maximum weekly hours is a guideline telling me the highest number of hours my provider(s) will be able to work for me during a workweek. However, since most months are slightly longer than 4 weeks, I will work with my provider(s) to spread his/her hours throughout the month in order to make sure I have all the service hours I need for the month. • Sometimes I may need my provider to work more than my maximum weekly hours. I must ask for county approval to adjust my maximum weekly hours only if the change requires my provider to work: 1. More overtime hours in the month than he/she would normally work. 2. More than 40 hours for me in a workweek if my maximum weekly hours are 40 hours or less in a workweek. • If I do not get an approved exception, my provider will get a violation for working more than my maximum weekly hours. • I can **never** authorize my provider to work more than my total authorized monthly service hours. Therefore, when I authorize my provider to work extra hours in one week, I must have the provider work fewer hours in the other week(s) of the month. • If my provider works for another recipient, the maximum number of hours that he/she may claim in a workweek for all of the time he/she works for his/her recipients combined is 66 I **must make a work schedule for my provider to determine how many hours he/she will be working for me each week to**	• Si elijo que esta persona me proporcione servicios antes de que él/ella se haya inscrito como un proveedor del IHSS, y el condado me envía una notificación avisándome que él/ella no es elegible para ser un proveedor del IHSS, yo tendré que pagarle a él/ella con mi propio dinero por los servicios que él/ella haya proporcionado antes de que determinara que no era elegible para ser un proveedor y por cualquier servicio que él/ella me proporcione después de que el condado me notifique que él/ella no es elegible. • Ni el condado ni el estado serán responsables de ningún reclamo y/o pérdidas causadas por la persona mencionada anteriormente a quien yo elijo contratar como mi proveedor del IHSS. Estoy de acuerdo en que el estado y el condado, sus oficiales, agentes, y empleados no tengan ninguna responsabilidad de ningún reclamo y/o pérdidas de ninguna persona causadas por la persona mencionada a quien elijo contratar como mi proveedor del IHSS. • El condado puede proporcionarle información a la persona que he elegido como mi proveedor acerca mis servicios autorizados y las horas de servicio. El condado le enviará a mi proveedor el formulario del IHSS "Notificación para el proveedor sobre las horas y los servicios autorizados para el beneficiario" (SOC 2271). • El total de mis horas de servicio autorizadas por mes se dividirá entre cuatro para determinar mi máximo de horas por semana. El máximo de horas por semana es una guía que me indica el número más alto de horas que mi(s) proveedor(es) puede trabajar para mí durante una semana laboral. Sin embargo, ya que la mayoría de los meses es un poco más de 4 semanas, yo trabajaré con mi proveedor(es) para extender sus horas a través del mes para asegurar que tenga todas las horas de servicio que necesito durante el mes. • En ciertas ocasiones, es posible que yo necesite que mi proveedor trabaje más que mi máximo de horas por semana. Yo tengo que pedirle aprobación al condado para ajustar mi máximo de horas por semana solamente si el cambio requiere que mi proveedor trabaje:	務，且郡向我發送了通知，通知他/她不符合成為IHSS看護人的資格，則我必須用我自己的錢來支付其之前所提供的服務，以及其在通知後所提供的任何服務。 • 對於我選擇僱用此人作為IHSS看護人的而引起的任何索賠或損失，郡和州均不負責。我同意使州和郡其官員，代理和僱員免責，對此人作為IHSS看護人造成任何索賠和損失負責。 • 郡可以向我選擇的看護人提供有關我的授權服務和服務時間的信息。該郡將向我的看護人發送《IHSS受看護人授權時數和服務的看護人通知》（SOC 2271）。 • 每月授權總小時數將除以4就是我的每週最大時數。每週最大時數是一個指導，告訴我的看護人在一個工作週內可以為我工作的最大小時數。但是，由於大多數月份略超過4週，因此，我將與我的看護人一起在安排整個月工作時間，確保我當月所需的所有服務時間。 • 有時我可能需要我的看護人工作超過每週的最大時數。我必須徵求郡級批准來調整每週最大工時，當这些調整要求看護人： 1. 一個月中的加班時間比授权的工作時間多。 2. 在一週工作超過了40個小時，如果我授权的每週最大時數不超過40個小時 • 如果我沒有獲得豁免，我的看護人會因為工作超出每週最大時數而违规。 • 我**絶不能**授權看護人工作超過每月授權總工時。因此，當我授權看護人在某一周加班，我必須減少其在这个月其他周的工作時間。 • 如果我的看護人為另一位受看護人工作，則一個工作週內為所有受看護人工作的時間總數為66小時。**我必須為看護人制定安排每週应為我工作多少小時，確保其工作週的總工時不超過66小時。**我將收到《受看護人最大每週工時通知》（SOC 2271A），其中包含我的最大每週工時的信息，以便我可以用來為看護人制定工作安排表。因此，看護人必須告訴我每個工作周可以為我工作多少小時。如果我的看護人不能滿足我所有的授權服务時間，我將需要雇用其他看護人。**如果我在尋找和僱用其他看護人方面需要幫助，可以致電我的IHSS公共機構通过註冊中心或IHSS辦公室雇用看護人。** • 當我的看護人违规時，郡會向我發送通知。如果我的看護人违规三次，將被暫停提供IHSS服务三個月。如果停職三個月恢復工作後再次违规，该看護人將被終止服务资格一年。	• Եթե այնուամենայնիվ ես օգտվում եմ այդ անձի ծառայություններից, մինչև նա կգրանցվի որպես IHSS մատակարարող, և վարչաշրջանն ինձ ծանուցում է ուղարկում՝ տեղեկացնելով, որ այդ անձն իրավասու չէ լինել IHSS մատակարարող, ես ստիպված կլինեմ ինքս վճարել նրան այն ծառայությունների համար, որոնք նա տրամադրել է մինչև իրեն ոչ-իրավասու ճանաչելը, և բոլոր այն ծառայությունների համար, որոնք նա կտրամադրի վարչաշրջանի ծանուցումից հետո: • Ոչ վարչաշրջանը, ոչ էլ նահանգը պատասխանատվություն չեն կրի ցանկացած բողոքների և/կամ կորուստների համար, որոնք կպատճառի ինձ այն անձը, որին ես կնախընտրեմ վարձել որպես իմ IHSS մատակարարող: Ես համաձայն եմ չներգրավել նահանգը և վարչաշրջանը, նրանց գրասենյակները, գործակալներին և աշխատողներին և իմ վրա վերցնել պատասխանատվությունը ցանկացած անձին պատճառած վնասի և/կամ կորուստների համար այն անձի կողմից, ում ես կվարձեմ որպես իմ IHSS մատակարարող: • Վարչաշրջանը կարող է տեղեկություն տրամադրել իմ հաստատված ծառայությունների և դրանց ժամերի մասին այն անձին, որին ես կընտրեմ որպես իմ ծառայությունների մատակարարող: Վարչաշրջանը կուղարկի իմ մատակարարողին IHSS Մատակարարողի ծանուցում ստացողի հաստատված ժամերի և ծառայությունների վերաբերյալ (SOC 2271): • Իմ ընդհանուր ամսական հաստատված ժամերը բաժանվելու են 4-ի՝ որոշելու համար իմ առավելագույն շաբաթական ժամերը: Առավելագույն շաբաթական ժամերը մի ուղեցույց է, որը ինձ տեղեկացնում են ժամերի առավելագույն քանակի մասին, որը իմ մատակարարող(ներ) ը կարող է աշխատել ինձ համար աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում: Սակայն, քանի որ ամիսների մեծ մասը 4 շաբաթից մի քիչ ավել է, ես պետք է համագործակցեմ իմ մատակարարող(ներ)ի հետ, որպեսզի բաշխենք նրա ժամերն ամբողջ ամսվա ընթացքում՝ համոզվելու համար, որ ես ծառայության բոլոր անհրաժեշտ ժամերն ունեմ ամսվա համար: • Երբեմն ինձ կարող է անհրաժեշտ լինել, որ իմ մատակարարողն աշխատի իմ առավելագույն շաբաթական ժամերից ավել: Ես պետք է վարչաշրջանից հավանություն խնդրեմ իմ առավելագույն շաբաթական ժամերի փոփոխության համար, միայն եթե փոփոխության պատճառով իմ մատակարարողն աշխատելու է. 1. Ավել արտաժամյա ժամեր մեկ ամսում, քան նա սովորաբար աշխատում է. 2. Ինձ համար ավելի քան 40 ժամ աշխատանքային շաբաթում, եթե իմ առավելագույն շաբաթական ժամերը կազմում են 40 ժամ կամ պակաս աշխատանքային շաբաթում: • Եթե ես հաստատված բացառություն չստանամ, իմ մատակարարողը խախտում կունենա իմ առավելագույն

		make sure he/she does not work more than 66 hours per workweek. I will get a Recipient Notification of Maximum Weekly Hours (SOC 2271A) which will include information on my maximum weekly hours so I can use it to make the work schedule for my provider(s). In order to make the schedule, my provider must tell me how many hours he/she is available to work for me each workweek. If my provider cannot work all of my authorized hours, I will need to hire additional provider(s). **If I need help finding and hiring another provider(s), I can call my county IHSS Public Authority to obtain a provider from the registry or my county IHSS office.** • The county will send me a notice each time my provider gets a violation. If my provider gets three violations, he/she will be suspended from providing IHSS for three months. If he/she gets another violation after being reinstated from the three- month suspension, he/she will be terminated as a provider for one year.	1. Más horas de tiempo extra en el mes que las que normalmente trabajaría. 2. Más de 40 horas para mí en una semana laboral si mi máximo de horas por semana son 40 horas o menos en una semana laboral. • Si no recibo la aprobación para una excepción, mi proveedor recibirá una infracción por trabajar más que mi máximo de horas por semana. • Yo **nunca** puedo autorizar que mi proveedor trabaje más que mi total de horas de servicio autorizadas por mes. Por lo tanto, cuando yo autorice que mi proveedor trabaje horas extras en una semana, yo tengo que hacer que el proveedor trabaje menos horas en la otra semana(s) del mes. • Si mi proveedor trabaja para otro beneficiario, el máximo de horas que el/ella puede trabajar para todos sus beneficiarios combinados son 66 horas. **Yo tengo que preparar un horario de trabajo para mi proveedor para determinar cuántas horas va a trabajar para mí cada semana para asegurar que no trabaje más de 66 horas por semana laboral.** Yo recibiré una “Notificación para el beneficiario, máximo de horas autorizadas por semana” (SOC 2271A) la cual incluirá información acerca de mi máximo de horas por semana para que yo la pueda usar para preparar el horario de trabajo para mi(s) proveedor(es). Para preparar el horario, mi proveedor me tiene que decir cuántas horas está disponible para trabajar para mí cada semana laboral. Si mi proveedor no puede trabajar todas mis horas autorizadas, yo necesitaré contratar a un proveedor(es) adicional(es). **Si necesito ayuda para encontrar y contratar a otro(s) proveedor(es), yo puedo llamar a la Autoridad Pública del IHSS del condado para obtener un proveedor del registro o puedo llamar a la Oficina del IHSS del condado.** • El condado me enviará una notificación cada vez que mi proveedor reciba una infracción. Si mi proveedor recibe tres infracciones, se le suspenderá de proporcionar IHSS por tres meses. Si recibe otra infracción después de regresar de la suspensión de tres meses, será suspendido de ser proveedor por un año.		շաբաթական ժամերից ավել աշխատելու համար: • Ես **երբեք** չեմ կարող թույլատրել իմ մատակարարողին աշխատել իմ ընդհանուր ամսական հաստատված ծառայություն ժամերից ավել: Հետևաբար, երբ ես թույլ եմ տալիս իմ մատակարարողին աշխատել լրացուցիչ ժամեր մեկ շաբաթում, ես պետք է ասեմ մատակարարողին, որ նա պակաս ժամեր աշխատի ամսվա մյուս շաբաթվա(ների) ընթացքում: • Եթե իմ մատակարարողն աշխատում է մեկ այլ ստացողի համար, ապա աշխատանքային շաբաթում նրա հայցված առավելագույն ժամաքանակը միասնաբար բոլոր ստացողների համար նրա աշխատած ժամանակի համար պետք է կազմի 66 ժամ: Ես **պետք է իմ մատակարարողի համար ժամանակացույց կազմեմ՝ որոշելու համար, թե քանի ժամ է նա աշխատելու ինձ համար ամեն շաբաթ, որպեսզի համոզվեմ, որ նա չի աշխատում շաբաթական 66 ժամից ավել:** Ես կստանամ Ծանուցում ստացողին առավելագույն շաբաթական ժամերի վերաբերյալ (SOC 2271A), որը տեղեկություններ կպարունակի իմ առավելագույն շաբաթական ժամերի մասին, որպեսզի ես օգտվեմ դրանից իմ մատակարարող(ներ)ի համար աշխատանքային գրաֆիկ ստեղծելիս: Աշխատանքային գրաֆիկը կազմելու համար իմ մատակարարողը պետք է ինձ ասի, թե նա որքան ժամ է կարող աշխատել ինձ համար յուրաքանչյուր աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում: Եթե իմ մատակարարողը չի կարող աշխատել իմ բոլոր հաստատված ժամերը, ապա ես պետք է լրացուցիչ մատակարարող(ներ) գտնեմ: **Եթե ես օգնության կարիք ունեմ մեկ այլ մատակարարող(ներ) գտնելու ու աշխատանքի ընդունելու հարցում, ես կարող եմ զանգահարել իմ վարչաշրջանի IHSS Հանրային իշխանություն՝ մատակարարողների տեղեկատուն ստանալու համար, կամ իմ վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ:** • Վարչաշրջանն ինձ ծանուցում կուղարկի ամեն անգամ, երբ իմ մատակարարողը խախտում է ունենում: Եթե իմ մատակարարողն ունենա երեք խախտում, նա երեք ամսով կզրկվի IHSS տրամադրելու իրավունքից: Եթե երեք ամսվա հեռացումից վերադառնալուց հետո նա կրկին խախտում ստանա, ապա նա մեկ տարով կհեռացվի մատակարարողի աշխատանքից:

	Static Text	Completing this process online will give this provider access to all of your authorized hours. If you do not want to continue, please press cancel. If you want to continue, please complete your electronic signature. You can contact your county at anytime to adjust the hours available to your provider.	Al completar este proceso en línea, este proveedor tendrá acceso a todas sus horas autorizadas. Si no desea continuar, presione Cancelar. Si desea continuar, complete su firma electrónica. Usted puede comunicarse con su condado en cualquier momento para ajustar las horas disponibles para su proveedor.	在線完成僱用程序將使該看護人可服务您所有的授權時間。如果您不想繼續，請按取消。如果要繼續，請完成電子簽名。您可以隨時與您的社工聯繫，以調整看護人的可用時間。	Ավարտելով այս առցանց գործընթացը, հնարավորություն կտաք այս մատակարարին մուտք ունենալ Ձեր բոլոր լիազորված ժամերին: Եթե չեք ցանկանում շարունակել, սեղմեք «Չեղարկել»: Եթե ցանկանում եք շարունակել, ապա ստորագրեք էլեկտրոնային եղանակով: Դուք կարող եք ցանկացած պահի դիմել Ձեր վարչաշրջանին՝ Ձեր մատակարարի հասանելի ժամերը փոփոխության ենթարկելու համար:
	Declaration	**By checking this box, I <Recipient First Name and Last Name> agree to the terms above.**	**Al marcar esta casilla, Yo <Recipient First Name and Last Name> acepto los términos anteriores.**	**选择此框，< Recipient First Name and Last Name > 同意上述條款。**	***"Նշելով այս վանդակը,"* < Recipient First Name and Last Name> համաձայն եմ վերը նշված պայմաններին:**
	Button	Sign and Confirm Hire	Firme y confirme la contratación	簽字確認僱用	Ստորագրեք և հաստատեք աշխատանքի ընդունումը
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Confirmation Pop-Up	Your request to hire <Provider Name: First Middle Last Suffix>has been accepted. You will receive an email after processing is complete.	Su solicitud de contratar a <Provider Name: First Middle Last Suffix> ha sido aceptada. Recibirá un correo electrónico después de que el procesamiento sea completo.	您僱用<Provider Name: First Middle Last Suffix>的申請已被接受。	Ձեր հայցն <Provider Name: First Middle Last Suffix> աշխատանքի ընդունելու համար ստացվել է: Դուք կստանաք էլ. նամակ գործընթացի ավարտից հետո:
	Confirmation Pop-Up Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ

DSD Appendix D/Live-In Certification

CI
CI-822765 - DSD TRAN Live-In IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Live-In Certification	Screen Title	**Live-In Provider Self-Certification**	**Auto certificación de proveedor en vivo**	**住家看護人的自我認證**	**Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագիր**
	Static Text	In completing this self-certification, a provider living with a recipient they provide services for will have their IHSS and/or WPCS wages excluded from personal income taxes. To get more information visit CDSS Live-In Provider Self-Certification Information.	Al completar esta auto certificación, un proveedor que vive con un beneficiario para el que proporcione servicios tendrá sus salarios IHSS y/o WPCS excluidos de los impuestos personales sobre la renta. Para obtener más información, visite CDSS Información de autocertificación de proveedores en vivo.	在完成自認證後，與受看護人住在一起的看護人，其個人所得稅將不會從IHSS/WPCS工資中扣除。要獲取更多信息，請訪問 CDSS 住家看護人自認證信息。	Լրացնելով այս վկայագիրը, այն մատակարարները, ովքեր ապրում են ստացողի հետ, ում համար ծառայություններ են մատուցում, իրենց IHSS և/կամ WPCS աշխատավարձից չեն պահվի անձնական եկամտահարկեր: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այցելեք CDSS-ի Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագրի տեղեկատվություն:
	Static Text	If you have already certified as a live-in provider for a recipient, the recipient's name will not be listed below.	Si ya ha certificado como proveedor en vivo para un beneficiario, el nombre del beneficiario no aparecerá en la lista siguiente.	如果您已經獲得受看護人的同住認證，則該受看護人的姓名將會在下面列出。	Եթե Դուք արդեն իսկ վավերագրված եք որպես ստացողի հետ մեկտեղ բնակվող մատակարար, ապա ստացողի անունը ստորև նշված չի լինի:
	Static Text	If you need to cancel your Live-In Self-Certification, go the Cancel Live-In Provider Self-Certification screen.	Si necesita cancelar su autocertificación de proveedor en vivo, vaya a la pantalla Cancelar autocertificación de proveedor en vivo.	如果您需要取消住家自我認證，請轉到取消住家看護人自我認證屏幕。	Եթե Դուք պետք է չեղարկեք Ձեր Համատեղ բնակության ինքնավկայագիրը, ապա գնացեք Չեղարկել Համատեղ Բնակության Մատակարարի Ինքնավկայագրման Էկրանին:
		Select Recipient:	**Seleccione un beneficiario**	**選擇受看護人**	**Ընտրեք Ստացողին**
		Select a Recipient	Seleccione un beneficiario	選擇受看護人	Ընտրեք Ստացողին
		Electronic Signature:	**Firma electrónica:**	**電子簽名：**	**Էլեկտրոնային ստորագրություն.**
	Static Text	Please electronically sign and submit your Live-In Provider Self-Certification.	Por favor, firme electrónicamente y envíe su auto certificación de proveedor en Vivo.	請進行電子簽名，提交您的住家看護人的自我認證。	Խնդրում ենք էլեկտրոնային եղանակով ստորագրել և ներկայացնել Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագիրը:

Live-In Provider Self-Certification Electronic Signature Confirmation	Static Text	By marking the checkbox and submitting, you are certifying that the wages you receive for providing IHSS and/or WPCS services to the recipient named above **will be** excluded from your federal and state personal income taxes.	Al marcar la casilla de verificación y enviar, usted está certificando que los salarios que recibe por proporcionar servicios IHSS y/o WPCS al beneficiario mencionado anteriormente **serán** excluidos de sus impuestos federales y estatales sobre la renta personal.	選中該複選框並提交，即表示您確認，向上述受看護人提供IHSS和/或WPCS服務，所獲得的工資**將被**免徵聯邦和州個人所得稅。	Նշելով այս վանդակը և ներկայացնելով՝ Դուք հաստատում եք, որ այն աշխատավարձը, որ Դուք ստանում եք, վերոնշյալ ստացողին IHSS և/կամ WPCS ծառայություններ մատուցելու համար՝ **չի ընդգրկի** դաշնային և պետական անձնական եկամտահարկեր:
	Checkbox Text	I, <Provider First Name Last Name>, under penalties of perjury, declare that I am a provider receiving payments under the IHSS and/or WPCS programs for care I provide to the recipient named above who lives with me in the same home.	Yo, < el primer nombre del proveedor >, bajo penas de perjurio, declaro que soy un proveedor que recibe pagos bajo los programas IHSS y /o WPCS para la atención que ofrezco al beneficiario mencionado anteriormente que vive conmigo en el mismo hogar.	我，< Provider First Name Last Name >，根據偽證處罰，聲明我是在 IHSS和/或 WPCS 計劃中，受薪提供服務給上述同住的受看護人的看護人。	Ես, <Provider First Name Last Name>-ս, երդմնազանցության տուգանքի ներքո, հավաստիացնում եմ, որ ես հանդիսանում եմ մատակարար, ով աշխատավարձ է ստանում IHSS և/կամ WPCS ծրագրերի կողմից՝ վերոնշյալ ստացողին ծառայություն մատուցելու համար, ով բնակվում է ինձ հետ նույն տանը:
	Button	Sign and Submit	Firme y envíe	簽名並提交	Ստորագրեք և Ներկայացրեք
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
Live-In Provider Self-Certification Pop-Up	Popup	Your Live-In Provider Self-Certification has been submitted. A confirmation email will be sent once processing is complete.	Se ha enviado su auto certificación de proveedores de entrada. Una vez completado el procesamiento, se enviará un correo electrónico de confirmación.	您的住家看護人自我證明已提交。稍後您將收到電子郵件確認。	Ձեր 'Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագրի' ձևը ներկայացվել է: Գործընթացն ավարտելուց և հաստատվելուց հետո, Դուք էլեկտրոնային նամակ կստանաք:
	Popup Button	OK	De acuerdo	可以	Համաձայն եմ
Live-In Provider Self-Certification Message	Popup	There are no recipients available for you to certify with as a Live-In Provider. If you feel this is not correct, please contact your county.	No hay beneficiarios disponibles para que usted certifique como proveedor en vivo. Si cree que esto no es correcto, póngase en contacto con su condado.	您沒有可供您認證住家看護人的受看護人。如果有誤，請聯繫當地辦事處。	Համատեղ բնակության մատակարար ձևակերպվելու համար հասանելի ստացողներ չկան: Եթե կարծում եք, որ այս տեղեկությունը ճիշտ չէ, ապա դիմեք Ձեր վարչաշրջանին:
	Popup Button	Back to Home	Volver al inicio	返回主頁	Վերադառնալ հիմնական էջին:
Cancel Live-In Certification	Screen Title	**Cancel Live-In Provider Self-Certification**	**Cancelar la auto certificación del proveedor en vivo**	**取消住家看護人的自我認證**	**Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագրի չեղարկում**
	Static Text	In completing this self-certification cancellation, a provider no longer living with a recipient they provide services for will have personal income taxes deducted from their IHSS and/or WPCS wages. To get more information visit CDSS Live-In Provider Self-Certification Information.	Al completar esta cancelación de auto certificación, un proveedor que ya no vive con un beneficiario para el que presta servicios tendrá impuestos sobre la renta personal deducidos de sus salarios IHSS y/o WPCS. Para obtener más información, visite CDSS Información de autocertificación de proveedores en vivo.	在取消自認證後，不再與受看護人住在一起的看護人，其個人所得稅將從IHSS/WPCS工資中扣除。要獲取更多信息，請訪問 CDSS 住家看護人自認證信息。	Լրացնելով այս չեղարկման վկայագիրը, այն մատակարարները, ովքեր այլևս չեն ապրում ստացողի հետ, ում համար ծառայություններ են մատուցում, իրենց IHSS և/կամ WPCS աշխատավարձից կպահվեն անձնական եկամտահարկեր: Լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար այցելեք CDSS-ի Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագրի տեղեկատվություն:
	Static Text	If you have not certified as a live-in provider for a recipient, the recipient's name will not be listed below.	Si no ha certificado como proveedor de entrada en vivo para un destinatario, el nombre del beneficiario no aparecerá en la lista siguiente.	如果您尚未獲得受看護人的同住認證，則該受看護人的姓名不會在下面列出。	Եթե Դուք չեք վավերացված որպես ստացողի հետ մեկտեղ բնակվող մատակարար, ապա ստացողի անունը ստորև նշված չի լինի:
	Static Text	If you need to certify as a live-in provider, go the Live-In Provider Self-Certification screen.	Si necesita certificarse como proveedor residente, vaya a la pantalla Autocertificación de proveedor en vivo.	如果您需要認證為住家看護人，請轉到住家看護人自我認證屏幕。	Եթե Ձեզ անհրաժեշտ է հավաստագրվել որպես համատեղ բնակության մատակարար, ապա գնացեք Համատեղ Բնակության Մատակարարի Ինքնավկայագրման Էկրանին:
	Field Header	**Select Recipient:**	**Seleccione un beneficiario**	**選擇受看護人**	**Ընտրեք Ստացողին**
		Select a Recipient	Seleccione un beneficiario	選擇受看護人	Ընտրեք Ստացողին
	Static Text	**Electronic Signature:**	**Firma electrónica:**	**電子簽名：**	**Էլեկտրոնային ստորագրություն.**
	Static Text	Please electronically sign and submit your Live-In Provider Self-Certification cancellation.	Por favor, firme electrónicamente y envíe su cancelación de auto certificación del proveedor en Vivo.	請進行電子簽名，取消您的住家看護人的自我認證。	Խնդրում ենք էլեկտրոնային եղանակով ստորագրել և ներկայացնել Մատակարարի հետ համատեղ բնակության չեղարկման վկայագիրը:

Cancel Live-In Provider Self-Certification Electronic Signature Confirmation	Static Text	By marking the checkbox and submitting, you are confirming that the wages you receive for providing IHSS and/or WPCS services to the recipient named above **will no longer be** excluded from your federal and state personal income taxes.	Al marcar la casilla de verificación y enviar, usted confirma que los salarios que recibe por proporcionar servicios IHSS y/o WPCS al beneficiario mencionado anteriormente **ya no serán** excluidos de sus impuestos federales y estatales sobre la renta personal.	選中該複選框並提交，即表示您確認，向上述受看護人提供IHSS和/或WPCS服務，所獲得的工資將**不再**被免除徵收聯邦和州個人所得稅。	Նշելով վանդակը և ներկայացնելով՝ Դուք հաստատում եք, որ այն աշխատավարձը, որ Դուք ստանում եք, վերոնշյալ ստացողին IHSS և/կամ WPCS ծառայություններ մատուցելու համար՝ **կներառի** դաշնային և պետական անձնական եկամտահարկեր:
	Checkbox Text	I, <Provider First Name Last Name>, declare that I no longer live with the recipient named above and would like to remove the existing Self-Certification for the exclusion of my IHSS/WPCS wages from federal and state personal income taxes.	Yo, <Provider First Name Last Name>, declaro que ya no vivo con el beneficiario mencionado anteriormente y me gustaría eliminar la auto certificación existente para la exclusión de mis salarios IHSS/WPCS de los impuestos federales y estatales sobre la renta personal.	我，< Provider First Name Last Name >，聲明我不再與上述受看護人同住，取消現有的自我認證，我的IHSS / WPCS工資將被徵收聯邦和州個人所得稅。	Ես, <Provider First Name Last Name>-ս, հայտարարում եմ, որ ես այլևս չեմ ապրում վերոնշյալ ստացողի հետ, և ցանկանում եմ չեղյալ համարել գոյություն ունեցող վկայագիրն իմ IHSS/WPCS վճարներից դաշնային և պետական անձնական եկամտահարկերը բացառելու համար:
	Button	Sign and Submit	Firme y envíe	簽名並提交	Ստորագրեք և Ներկայացրեք
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
Cancel Live-In Provider Self-Certification Pop-Up	Popup	The cancellation of your Live-In Provider Self-Certification has been submitted. A confirmation email will be sent once processing is complete.	Se ha enviado la cancelación de su auto certificación de proveedores de entrada en vivo. Una vez completado el procesamiento, se enviará un correo electrónico de confirmación.	您住家看護人自我證明的提交已取消。稍後您將收到電子郵件確認。	Ձեր 'Մատակարարի հետ համատեղ բնակության վկայագրի' չեղարկման ձևը ներկայացվել է: Գործընթացն ավարտելուց և հաստատվելուց հետո, Դուք էլեկտրոնային նամակ կստանաք:
	Popup Button	OK	De acuerdo	可以	Համաձայն եմ
Cancel Live-In Provider Self-Certification Message	Popup	There are no recipients available for you to cancel certification with as a Live-In Provider. If you feel this is not correct, please contact your county.	No hay beneficiarios disponibles para que usted cancele la certificación como proveedor de entrada en vivo. Si cree que esto no es correcto, póngase en contacto con su condado.	您沒有可供您取消住家看護人認證的受看護人。如果有誤，請聯繫當地辦事處。	Հասանելի ստացողներ չկան, որպեսզի չեղարկեք Ձեր վավերացումը որպես համատեղ բնակության մատակարար: Եթե կարծում եք, որ այս տեղեկությունը ճիշտ չէ, ապա դիմեք Ձեր վարչաշրջանին:
	Popup Button	Back to Home	Volver al inicio	返回主頁	Վերադառնալ հիմնական էջին:

DSD Appendix D/IHSS ESP Header & Footer

CI
CI-822893 - DSD TRAN IHSS ESP Header and Footer IMPLEMENTED

Notes	Type	English	Spanish	Chinese
Header				
For mobile the menu links are displayed as icons only.	Header	Welcome, <Variable: Person's Name>!	¡Bienvenido, <Variable: Person's Name>!	歡迎, <Variable: Persor
	Link	Account Information	Información de la cuenta	帳戶信息
	Link	Message Center	Centro de mensajes	信息中心
	Link	Contact Us	Comuníquese con nosotros	聯繫我們
	Link	Logout	Cerrar session	退出
Contact Us Pop-up	Static Text	For Electronic Timesheet assistance you can contact the help desk, during business hours, at 1-866-376-7066.	Para obtener asistencia sobre la hoja de tiempo electrónica, puede comunicarse con el servicio de asistencia, durante horas de oficina, al 1-866-376-7066.	需要電子工時單協助，在 間內致電1-866-376-706 繫。
Contact Us Pop-up	Button	OK	De acuerdo	好
Footer				
	Link	Privacy Policy	Práctica de privacidad	隱私政策

Notes	Type	English	Spanish	Chinese
	Link	Notice on Collection	Aviso sobre Compilación	信息收集通知

Notes:
The Contact Us menu items are documented as part of the header. Please refer to the Header/Footer Translations for more information.
The Privacy Policy and Notice on Collection menu items are documented as part of the footer. Please refer to the Header/Footer for more information.
The Support User Menu that displays for Help Desk users is not translated.

DSD Appendix D/Travel Claim

CI
CI-822722 - DSD TRAN Travel Claim IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**Travel Claim**	**Reclamación de viajes**	**交通申报**	**Ճամփորդության հայց**
	Field Name	**Recipient Selection**	**Selección de beneficiario**	**受看護人選擇**	**Ստացողի ընտրություն**
	Static Text	To access your travel claim(s) select the arrow for a recipient with a travel claim available. To learn more about Travel Claims, visit Travel Claims FAQ PDF.	Para acceder a su(s) reclamación(es) de viaje, seleccione la flecha para un beneficiario con una reclamación de viaje disponible. Para obtener más información sobre las reclamaciones de viaje, visite Preguntas frecuentes sobre reclamaciones de viaje PDF.	要訪問您的交通申報表，請選擇看護人交通申報的箭頭。要了解有關交通申報的更多信息，請訪問 交通申報常見問題解答PDF。	Ձեր ճամփորդության հայցի ձև(եր)ին մուտք գործելու համար՝ ընտրեք սլաքն այն ստացողի համար, ում ճամփորդության հայցն առկա է: Ճամփորդության Հայցերի մասին ավելին իմանալու համար այցելեք՝ Հաճախակի տրվող հարցեր (FAQ) PDF ձևը Ճամփորդության Հայցերի վերաբերյալ:
	Field Name	**Recipient ID**	**Identificación del beneficiario**	**受看護人ID**	**Ստացողի գործի համարը**
	Field	*Travel Claim Available*	*Reclamación de viaje disponible*	*個交通申報可用*	*Ճամփորդության Հայցը հասանելի է*
	Field	*Travel Claims Available*	*Reclamaciones de viaje disponibles*	*個交通申報可用*	*Ճամփորդության Հայցերը հասանելի են*
	Screen Title	**Travel Claim Time Entry**	**Ingreso de tiempo de reclamo de viaje**	**交通申報輸入**	**Ճամփորդության վրա ծախսված ժամերի մուտքագրում**
	Field Name	**Pay Period - Payment Type**	**Período de pago - Tipo de pagos**	**付款期 - 付款類型**	**Վճարման ժամկետը - Վճարման տեսակը**
	Static Text	Use the dropdown menu to select a different pay period.	Utilice el menú desplegable para seleccionar un período de pago diferente.	使用下拉菜單選擇其他付款期。	Օգտագործեք բացվող ընտրացանկը՝ վճարման մեկ այլ ժամանակահատված ընտրելու համար:
	Field	**Travel Claim Number**	**Número de la reclamación de viaje**	**交通申报表号码:**	**Ճամփորդության հայցի համարը.**
	Field	**Status**	**Estado**	**狀態**	**Կարգավիճակ**
	Code Value	Time Entry in Progress	Ingreso de tiempo en progreso	工時輸入中	Ժամաքանակի մուտքագրումը ընթացքի մեջ է
	Code Value	Received	Aceptado	收到	Ստացվել է
	Code Value	Awaiting Timesheet	Esperando la hoja de tiempo	等待工时单	Սպասել ժամացուցակին
	Code Value	Processing	En proceso	處理中	Ընթացքի մեջ է
	Field	**Status Date**	**Fecha de estado**	**狀態日期**	**Կարգավիճակը ամսաթիվը**
	Field	**Travel Week <#>**	**Semana de viaje <#>**	**交通周 <#>**	**Ճամփորդության շաբաթ <#>**
	Field	**DATE**	**Fecha**	**日期**	**Ամսաթիվ**
	Field	Sunday Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday	Domingo Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado	星期日 星期一 星期二 星期三 星期四 星期五 星期六	Կիրակի Երկուշաբթի Երեքշաբթի Չորեքշաբթի Հինգշաբթի Ուրբաթ Շաբաթ
	Field	Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec	Ene. Feb. Mar. Abr. May. Jun. Jul. Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.	一月 二月 三月 四月 五月 六月 七月 八月 九月 十月 十一月 十二月	Հունվ. Փետ. Մրտ. Ապր. Մայ. Հուն. Հուլ. Օգոս. Սեպ. Հոկ. Նոյ. Դեկ.
	Field	**HOURS**	**HORAS**	**小時數**	**ժամերը**

		MINUTES	**MINUTOS**	**分鐘**	**ՐՈՊԵ**
	Button	Save	Guardar	保存	Պահպանել
	Field	**PREVIOUSLY CLAIMED HOURS:**	**Horas reclamadas anteriormente:**	**先前報銷的小時:**	**Նախկինում հայցված ժամերը.**
(do not translate <00>, only the 'h' needs to be translated)		<00>h	<00>h	<00>小時	<00>ժ
(do not translate <00>, only the 'm' needs to be translated)		<00>m	<00>m	<00>分鐘	<00>րոպ
	Field	**WORKWEEK TOTAL:**	**TOTAL EN LA SEMANA LABORAL:**	**工作週總計:**	**ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՇԱԲԱԹՎԱ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԺԱՄԵՐԸ.**
	Field	**Travel Claim Total:**	**Total de la reclamación de viaje:**	**交通申报总计:**	**Ճամփորդության հայցի ընդհանուր պահանջ.**
	Button	Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք
	Informational Message	Travel Claim saved successfully.	La reclamación de viaje se ha guardado correctamente.	交通申報保存成功。	Ճամփորդության հայցը հաջողությամբ պահպանվել է:
	Informational Message	Travel claim entry is disabled for days you are unable to claim travel time. Please contact your county if you need assistance.	El ingreso de reclamo de viaje está deshabilitada durante los días que no puede reclamar el tiempo de viaje. Por favor comuníquese con su condado si necesita ayuda.	通勤申報輸入在您無法申報通勤時間的日子裡被禁用。如果您需要幫助，請聯繫您所在的郡。	Ճամփորդության հայցի մուտքագրումն անջատված է այն օրերի համար, երբ Դուք չեք կարող ճամփորդության ժամեր պահանջել: Խնդրում ենք դիմել Ձեր վարչաշրջանին, եթե օգնության կարիք ունեք:
	Error Message	Hours entry cannot be greater than 24.	El ingreso de horas no puede ser más de 24.	小時輸入不能大過 24	Մուտքագրած ժամաքանակը չի կարող լինել ավելի մեծ է, քան 24:
	Error Message	Minutes entry cannot be greater than 59.	El ingreso de minutos no puede ser más de 59.	分鐘輸入不能大過 59	Րոպեի մուտքագրումը չի կարող գերազանցել 59-ը:
	Error Message	Time entry cannot be greater than 24:00.	El ingreso de tiempo no puede ser más de 24:00.	時間輸入不能大過 24：00	Մուտքագրած Ժամը չի կարող գերազանցել 24: 00-ը:
	Error Message	This travel claim cannot be processed until the timesheet for this pay period and recipient has been processed.	Esta reclamación de viaje no se puede procesar hasta que se haya procesado la hoja de tiempo de este período de pago para el beneficiario.	在该付款期的工时单處理完毕之后，才能處理此交通申报。	Այս ճամփորդության հայցը չի կարող վճարվել այնքան ժամանակ, քանի դեռ չի վճարվել այս վճարման ժամանակահատվածի ժամացուցակը ստացողի համար:
	Error Message	No service hours were paid for this recipient so travel time claimed in workweek <X> will not be paid.	No se pagaron horas de servicio para este beneficiario, por lo que el tiempo de viaje reclamado en la semana laboral <X> no se pagará.	該受看护人在工作週<X>没有支付的服務酬劳，因此也不会支付其交通時間。	Այս ստացողի համար ոչ մի ծառայության ժամ չի վճարվել, ուստի <X-րդ> աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում պահանջված ճամփորդության ժամերը չեն վճարվի:
	Error Message	Hours are entered for dates no longer eligible for payment. These hours will not be paid.	Las horas son ingresadas para fechas que ya no son elegibles para pago. Estas horas no serán pagadas.	輸入不再符合付款條件的日期。這些小時將不會付款。	Այս օրերի համար մուտքագրված Ժամերն այլևս իրավասու չեն վճարման: Հավելյալ ժամերը չեն վճարվի:
	Error Message	The travel hours claimed for workweek <X> exceeds the travel time maximum of 07:00. This can cause a violation.	Las horas de viaje reclamadas para la semana laboral <X> supera el tiempo de viaje máximo de 07:00. Esto puede causar una infracción.	工作週<X>申报的交通時間超過了每周交通時間的限制07:00。這會導致違規。	Աշխատանքային շաբաթ <X>-ի համար ներկայացված ճամփորդության ժամերը գերազանցում են ճամփորդության համար նախատեսված առավելագույն 07:00 ժամը: Դա կարող է հանգեցնել խախտման::
	Informational Banner	Travel claim entry is disabled for days you are unable to claim travel time. Please contact your county if you need assistance.	El ingreso de reclamo de viaje está deshabilitada durante los días que no puede reclamar el tiempo de viaje. Por favor comuníquese con su condado si necesita ayuda.	通勤申報輸入在您無法申報通勤時間的日子裡被禁用。如果您需要幫助，請聯繫您所在的郡。	Ճամփորդության հայցի մուտքագրումն անջատված է այն օրերի համար, երբ Դուք չեք կարող ճամփորդության ժամեր պահանջել: Խնդրում ենք դիմել Ձեր վարչաշրջանին, եթե օգնության կարիք ունեք:
	Error Message	Travel claim cannot be submitted without claiming hours.	La reclamación de viaje no se puede enviar sin reclamar horas.	沒有通勤時間的交通申報不能提交。	Դուք չեք կարող ներկայացնել ճամփորդության հայցն առանց ժամերի պահանջի:
	Error Message	Travel Claim cannot be submitted with future hours.	La reclamación de viaje no se puede enviar con horas futuras.	交通申報不能提交將來通勤。	Դուք չեք կարող ներկայացնել ճամփորդության հայցն ապագա ժամերով:
	Error Message	Hours entered must be a number.	Las horas ingresadas deben ser un número.	輸入的小時必須為數字。	Մուտքագրված ժամերը պետք է բաղկացած լինեն թվերից:

	Error Message	Minutes entered must be a number.	Minutes entered must be a number.	輸入的分鐘必須是數字。	Մուտքագրված րոպեները պետք է լինեն թվերով:
Validation Message Pop-Up	Validation Message	**Please Note:**	**Tenga en cuenta:**	**請注意:**	**Խնդրում ենք նկատի ունենալ.**
	Validation Message	If you are submitting a timesheet early it will not be processed prior to the first day of the next pay period.	*Pending for future Sprint*	*Pending for future Sprint*	*Pending for future Sprint*
	Validation Message	If your timesheet hours exceed available hours the excess hours will not be paid.	*Pending for future Sprint*	*Pending for future Sprint*	*Pending for future Sprint*
	Validation Message	Recipient telephone review is required.	*Pending for future Sprint*	*Pending for future Sprint*	*Pending for future Sprint*
	Button	Continue Submitting Travel Claim	Continuar enviando reclamación de viajes	繼續提交	Շարունակեք ներկայացնել ժամացուցակը
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Screen Title	**Travel Claim Electronic Signature**	**Firma electrónica de reclamo de viaje**	交通申報電子簽名	**Ճամփորդության հայցի էլեկտրոնային ստորագրություն**
	Static Text	By marking the checkbox and submitting, you are electronically signing the Travel Claim. By selecting the cancel button, you will be directed back to the Travel Claim Entry screen.	Al marcar la casilla de verificación y enviar, usted firma electrónicamente la Reclamación de viaje. Al seleccionar el botón cancelar, se le dirigirá de nuevo a la pantalla Ingreso de reclamo de viaje	點擊複選框並提交，您將以電子方式簽署交通申報表。通過選擇取消按鈕，您將被帶回到交通申報表輸入屏幕。	Նշելով վանդակը և ներկայացնելով՝ Դուք էլեկտրոնային եղանակով ստորագրում եք Ճամփորդության հայցը: Չեղարկման կոճակն ընտրելով՝ Դուք ետ կվերադառնաք Ճամփորդության հայցի մուտքի էկրանին:
	Static Text	**Travel Claim for <variable pay period: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> <variable: TravelClaimType>**	**Reclamación de viaje para <variable pay period: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> <variable: TravelClaimType>**	交通申報表起止日期 **<variable pay period: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> <variable: TravelClaimType>**	**Ճամփորդության հայց հետևյալ ժամանակակատվածի համար՝<variable pay period: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> <variable: TravelClaimType>**
	Static Text	Please electronically sign your travel claim for <Recipient First Name Last Name>	Por favor, firme electrónicamente su reclamo de viaje para <Recipient First Name Last Name>	請您以電子方式簽署 <Recipient First Name Last Name>的交通申報表。	Խնդրում ենք էլեկտրոնային եղանակով ստորագրել Ձեր ճամփորդության հայցը հետևյալ ստացողի համար՝ <Recipient First Name Last Name>
	Static Text	I, <provider First Name Last Name>, understand and agree that any false claim relating to this travel claim form may be prosecuted under Federal and State laws and if convicted of fraud, I may also be subject to civil penalties. By signing as the provider, I declare that the travel time claimed on this travel claim form is true and correct.	Yo, <Provider First Name Last Name>, entiendo y acepto que cualquier reclamación falsa relacionada con este formulario de reclamo de viaje puede ser procesada bajo las leyes federales y estatales y si es declarado culpable de fraude, también puedo estar sujeto a sanciones civiles. Al firmar como proveedor, declaro que el tiempo de viaje reclamado en este formulario de reclamación de viaje es verdadero y correcto.	我，< Provider First Name Last Name >，理解並同意，與本交通申報表有關的任何虛假信息都可能會受到聯邦和州法律的起訴，並且如果被判定犯有欺詐罪，我也可能會受到民事處罰。我以看護人的身份簽署，並聲明此交通申報表上申報的交通時間是正確的。	Ես, <Provider First Name Last Name> -ս, հասկանում և համաձայվում եմ, որ ճամփորդության հայցի մեջ ներկայացված ցանկացած կեղծ պահանջ կարող է հետապնդվել Դաշնային և Պետական օրենքներով, և եթե դատապարտվեմ խարդախության համար, ես կարող եմ նաև ենթարկվել քաղաքացիական տույժերի: Որպես մատակարար՝ ստորագրելով, ես հայտարարում եմ, որ այս ճամփորդության հայցի վրա ներկայացված ժամերը ճշմարիտ են և ճշգրիտ:
	Button	Sign and Submit	Firme y envíe	簽名並提交	Ստորագրեք և Ներկայացրեք
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Popup Message	Your travel claim information has been accepted.	Su información de reclamo de viaje ha sido aceptada.	您的交通申報信息已被接受	Ձեր ճամփորդության հայցի տեղեկատվությունն ընդունվել է:
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ
Travel Claim History	Code Value	Waiting for Payment	Esperando el pago	等待付款	Սպասել վճարման
	Code Value	Payment Issued	Pago emitido	付款發出	Վճարը թողարկվել է
	Code Value	Payment Cashed	El pago fue cobrado	付款兌現	Վճարված է
	Code Value	Payment Deposited	El pago ha sido depositado	付款已存入	Վճարը բանկի հաշվեհամարում է
	Code Value	Payment Voided	El pago fue cancelado	付款無效	Վճարը չեղարկվել է
	Code Value	Waiting for Payment Replacement	El remplazo de pago está pendiente	等待付款替換	Սպասում է լրացուցիչ վճարին

DSD Appendix D/Contact Information

CI
CI-822856 - DSD TRAN Contact Information IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**Contact Information**	**Información de contacto**	**聯繫信息**	**Կոնտակտային տվյալներ**
	Screen Static Text	This is your most current information. You have the option to edit or add information if needed.	Esta es su información más reciente. Tiene la opción de editar o agregar información.	這是您的最新信息。您可以根據需要編輯或添加信息。	Սա Ձեր ամենավերջին տեղեկատվությունն է: Անհրաժեշտության դեպքում՝ Դուք տեղեկատվությունը խմբագրելու կամ ավելացնելու հնարավորություն ունեք:
Residence Address Cluster	Cluster Check Box Text	Mailing Address is same as Residence Address	La dirección de correo es la misma que la dirección de residencia	家庭地址和郵寄地址相同	Փոստային հասցեն և բնակության հասցեն նույնն են:
	Cluster Static Text	No Residence Address on File	No hay dirección de residencia en el archivo	档案中没有居住地址	Բնակության հասցեն չկա ֆայլում
Residence Address & Mailing Address Clusters	Cluster Title	**Residence Address**	**Dirección de residencia**	**家庭地址**	**Բնակության հասցե.**
Cluster Title	Edit Residence Address	Editar dirección de residencia	编辑家庭地址	Ուղղել բնակության հասցեն	
Cluster Field Name	**Status**	**Estado**	**狀態**	**Կարգավիճակը**	
Address Status	Current	Actual	目前	Ընթացիկ	
Address Status	Update Pending	Actualización pendiente	更新中	Փոփոխությունն ընթացքի մեջ է	
Cluster Link	Edit	Editar	編輯	Փոփոխել	
Cluster Static Text	Complete all fields to update your residence address. Address entries must be in English.	Complete todas las secciones para actualizar su dirección de residencia. Las entradas de dirección deben estar en inglés.	填寫所有字段以更新您的家庭地址。地址輸入必須為英文。	Լրացրեք բոլոր բաժինները՝ Ձեր բնակության հասցեն թարմացնելու համար: Հասցեն պետք է լրացված լինի անգլերենով:	
Cluster Static Text	Select Save to confirm your changes or Cancel to return to the Contact Information screen without making changes.	Seleccione Guardar para confirmar los cambios o Cancelar para volver a la pantalla Información de contacto sin realizar cambios.	選擇保存以確認您的更改或選擇取消以返回聯繫信息屏幕而不進行更改。	Ընտրեք Պահպանել՝ Ձեր փոփոխությունները հաստատելու համար կամ Չեղարկել՝ առանց որևէ փոփոխություն կատարելու, Կոնտակտային տվյալների էկրան վերադառնալու համար:	
Cluster Field Name	**Address**	**Dirección**	**地址**	**Հասցե**	
Cluster Field Name	**City**	**Ciudad**	**城鎮**	**Քաղաք**	
Cluster Field Name	**State**	**Estado**	**州**	**Նահանգ**	
Cluster Field Name	**Postal Code**	**Código postal**	**郵編**	**Փոստային ինդեքս**	
Error Message	Address cannot be blank.	La dirección no puede estar en blanco.	地址不能為空。	Հասցեն չի կարող դատարկ լինել:	
Error Message	City cannot be blank.	La ciudad no puede estar en blanco.	城市不能為空。	Քաղաքը չի կարող դատարկ լինել.	
Error Message	State cannot be blank.	El estado no puede estar en blanco.	州不能為空。	Նահանգը չի կարող դատարկ լինել:	
Error Message	Postal Code cannot be blank.	El código postal no puede estar en blanco.	郵政編碼不能為空。	Փոստային կոդը չի կարող դատարկ լինել:	
Error Message	Postal Code must be 5 numeric characters.	El código postal debe tener 5 caracteres numéricos.	郵政編碼必須是 5 個數字。	Փոստային կոդը պետք է բաղկացած լինի 5 թվային նիշից:	

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Confirmation Pop-Up Static Text	Please confirm the following information is correct. Select Submit to send this information for processing or select Cancel to edit the information.	Confirme que la siguiente información es correcta. Seleccione Enviar para enviar esta información para su procesamiento o seleccione Cancelar para editar la información.	請確認以下信息正確無誤。選擇提交發送此信息進行處理，或選擇取消以編輯信息。	Խնդրում ենք հաստատել, որ հետևյալ տեղեկատվությունը ճշգրիտ է: Ընտրեք Ներկայացնել՝ այս տեղեկատվությունն ընթացքի մեջ դնելու համար, կամ ընտրեք Չեղարկել՝ տվյալները փոփոխության ենթարկելու համար:	
Type of Address identified in Confirmation Pop-Up	**Residence Address**	**Dirección de residencia**	**家庭地址**	**Բնակության հասցե.**	
Type of Address identified in Confirmation Pop-Up	**Mailing Address**	**Dirección de correo**	**郵寄地址**	**Փոստային հասցե.**	
Cluster Title	Edit Mailing Address	Editar dirección de correo	编辑邮寄地址	Ուղղել փոստային հասցեն	
Type of Address identified in Confirmation Pop-Up	**Residence and Mailing Address**	**Las direcciones de residencia y correo**	**家庭和郵寄地址**	**Բնակության և Փոստային Հասցեներ.**	
Confirmation Pop-Up Button	Submit	Enviar	提交	Ներկայացնել	
Confirmation Pop-Up Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել	
Successful Change Pop-Up Static Text	Your address update has been submitted for processing. You will receive an email once processing is complete.	Su actualización de dirección se ha enviado para su procesamiento. Recibirá un correo electrónico una vez que se haya completado el procesamiento.	您的地址更新已提交處理。處理完成後，您將收到一封電子郵件。	Ձեր հասցեի փոփոխությունը ներկայացվել է, և գործընթացն ընթացքի մեջ է: Դուք կստանաք էլ. նամակ՝ փոփոխության կատարման ավարտից հետո:	
Successful Change Pop-Up Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ	
Phone Number Cluster	Cluster Title	**Phone Numbers**	**Número de teléfono**	**電話號碼**	**Հեռախոսահամար(ներ)**
	Cluster Title	Edit Phone Numbers	Editar números de teléfono	编辑电话号码	Ողղել հեռախոսահամարները
	Cluster Static Text	You can edit or delete existing phone numbers or add a new phone number.	Puede editar o eliminar números de teléfono existentes o agregar un nuevo número de teléfono.	您可以編輯或刪除現有號碼或添加新號碼。	Կարող եք փոփոխել կամ ջնջել առկա հեռախոսահամարները կամ ավելացնել նոր հեռախոսահամար:
	Cluster Field Name	**Home**	**Casa**	**家庭電話**	**Տնային**
	Cluster Field Name	**Cell**	**Celular**	**移動電話**	**Բջջային**
	Cluster Field Name	**Other**	**Otro**	**其它**	**Այլ**
	Cluster Static Text	No number on file	No hay número en el archivo	無號碼存檔	Ձեր գործերի մեջ հեռախոսահամար չկա
	Cluster Field Name	Primary	Primario	最常用的	Հիմնական
	Primary Field Value	Yes	Sí	是	Այո
	Primary Field Value	No	No	否	Ոչ
	Cluster Link	Edit	Editar	編輯	Փոփոխել
	Cluster Link	Delete	Eliminar	刪除	Ջնջել
	Cluster Static Text	Select Save to confirm your changes or Cancel to discard your changes.	Seleccione Guardar para confirmar los cambios o Cancelar para descartar los cambios.	選擇“保存”以確認您的更改或“取消”放棄更改。	Ընտրեք «Պահպանել»՝ Ձեր փոփոխությունները հաստատելու համար կամ «Չեղարկել»՝ Ձեր փոփոխությունները մերժելու համար:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Cluster Check Box Text	Make this my primary phone number	Haz que este sea mi número de teléfono principal	把這個作為我的主要電話號碼	Դարձրեք սա իմ հիմնական հեռախոսահամարը:
	Field Message	Phone Number must be 10 numeric characters	El número de teléfono debe tener 10 caracteres numéricos	電話號碼必須為10個數字	Հեռախոսահամարը պետք է բաղկացած լինի 10 թվային նիշերից:
	Field Message	Not a valid phone number. Please enter valid phone number.	No es un número de teléfono válido. Introduzca un número de teléfono válido.	電話號碼无效。請輸入有效的電話號碼。	Հեռախոսահամարը անվավեր է: Խնդրում ենք մուտքագրել վավեր/գործող հեռախոսահամար:
	Confirmation Pop-Up Static Text	Please confirm the following information is correct. Select Submit to save this information or select cancel to edit the information.	Confirme que la siguiente información es correcta. Seleccione Enviar para guardar esta información o seleccione Cancelar para editar la información.	請確認以下信息正確無誤。選擇提交以保存此信息，或選擇取消以編輯信息。	Խնդրում ենք հաստատել, որ հետևյալ տեղեկությունները ճիշտ են: Ընտրեք Ներկայացնել՝ այս տեղեկությունը պահպանելու համար կամ ընտրեք Չեղարկել՝ տեղեկությունը փոփոխելու համար:
	Action Text in Confirmation Pop-Up	Update Home Phone	Actualizar teléfono de casa	更新家庭電話	Թարմացնել տնային հեռախոսը
	Action Text in Confirmation Pop-Up	Delete Home Phone	Eliminar teléfono de casa	刪除家庭電話	Ջնջել տան հեռախոսը
	Action Text in Confirmation Pop-Up	Update Cell Phone	Actualizar teléfono celular	更新移動電話	Թարմացնել բջջային հեռախոսը
	Action Text in Confirmation Pop-Up	Delete Cell Phone	Eliminar teléfono celular	刪除移動電話	Ջնջել բջջային հեռախոսը
	Action Text in Confirmation Pop-Up	Update Other Phone	Actualizar otro teléfono	更新其它號碼	Թարմացնել այլ հեռախոսահամարը
	Action Text in Confirmation Pop-Up	Delete Other Phone	Eliminar otro teléfono	刪除其它號碼	Ջնջել այլ հեռախոսահամարը
	Confirmation Pop-Up Button	Submit	Enviar	提交	Ներկայացնել
	Confirmation Pop-Up Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Successful Change Pop-Up Static Text	Your phone number update has been submitted for processing. You will receive an email once processing is complete.	La actualización del número de teléfono se ha enviado para su procesamiento. Recibirá un correo electrónico una vez que se haya completado el procesamiento.	您的電話號碼更新已提交處理。處理完成後，您將收到一封電子郵件。	Ձեր հեռախոսահամարի փոփոխություն(ներ)ը ներկայացվել են, և գործընթացն ընթացքի մեջ է: Դուք կստանաք էլ. նամակ՝ փոփոխության կատարման ավարտից հետո:
	Successful Change Pop-Up Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ

DSD Appendix D/Training Hire Provider

CI
CI-823195 - DSD TRAN Training Hire Provider IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Training Hire Provider	Screen Title (browser tab)	IHSS Website - Training | Hire Provider	Sitio web de IHSS - Entrenamiento | Contratar Proveedor	IHSS 網站 - 培訓 | 聘用看護人	IHSS Կայքէջ - Ուսուցում | Աշխատանքի ընդունել մատակարարին

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title (blue bar)	Training Hire Provider	Entrenamiento Contratación de proveedor	聘用看護人培訓	Ուսուցում՝ ինչպես աշխատանքի ընդունել մատակարարին
	Static Text	How to Hire a Provider	Cómo contratar a un proveedor	如何聘用看護人	Ինչպես Աշխատանքի ընդունել մատակարարին
	Static Text	You have the ability to hire an enrolled Provider on the ESP. This can be done using their assigned Provider number and accessing the **Hire Provider** menu item.	Usted tiene la capacidad de contratar a un proveedor inscrito en el ESP. Esto se puede hacer usando su número de proveedor asignado y accediendo al elemento de menú **Contratar proveedor**.	您可以在ESP上聘用看護人。您可以使用其指定的看護人號碼和訪問**聘用看護人**功能表項來完成。	Դուք հնարավորություն ունեք աշխատանքի ընդունել արդեն ESP- ում գրանցված մատակարարի: Դա կարելի է անել՝ օգտագործելով մատակարարի համարը և օգտվելով **Աշխատանքի Ընդունել Մատակարարին** ընտրացանկից:
	Static Text	To hire your Provider:	Para contratar a su proveedor:	聘用您的看護人	Ձեր մատակարարին աշխատանքի ընդունելու համար.
	Static Text	1. Select the **Hire Provider** menu item in the top menu bar to access the **Locate Provider** screen.	1. Seleccione el elemento de menú **Contratar proveedor** en la barra de menú superior para acceder a la pantalla **Localizar proveedor**.	1. 選擇頂部菜單欄中的 **聘用看護人** 菜單項訪問 **查找看護人** 屏幕。	1. Վերևի սանդղակի ընտրացանկից ընտրեք **Աշխատանքի Ընդունել Մատակարարին** և մուտք գործեք **Գտնել Մատակարարին** էջը:
	Static Text	2. On the **Locate Provider** screen, enter the Provider Number of the Provider you want to hire and click **Locate Provider**.	2. En la pantalla **Localizar proveedor**, introduzca el número de proveedor del proveedor que desea contratar y haga clic en **Localizar proveedor**.	2. 在 **查找看護人** 屏幕上，輸入要雇用的看護人編號，然後單擊 **查找看護人** 。	2. **Գտնել Մատակարարին** էկրանին, մուտքագրեք այն մատակարարի համարը, ում Դուք ցանկանում եք աշխատանքի ընդունել և սեղմեք **Գտնել Մատակարարին** կոճակը:
	Static Text	3. Confirm that the Name that is displayed is the correct name for the Provider you want to hire. If the Provider information is correct, Click **Select** to access the **Hire Provider** screen.	3. Confirme que el nombre que se muestra es el nombre correcto para el proveedor que desea contratar. Si la información del proveedor es correcta, haga clic en **Seleccionar** para acceder a la pantalla **Contratar proveedor**.	3. 確認顯示的姓名就是您要雇用的看護人。如果看護人信息正確，請單擊 **選擇** 以訪問 **聘用看護人** 屏幕。	3. Հաստատեք, որ այն անունը, որ տեսնում եք , ճիշտ անուն է այն մատակարարի համար, ում ցանկանում եք աշխատանքի ընդունել: Եթե մատակարարի տեղեկությունները ճիշտ են, սեղմեք **Ընտրել՝ Աշխատանքի Ընդունել Մատակարարին** էջի վրա տեղափոխվելու համար:
	Static Text	4. On the **Hire Provider** screen, enter the date the Provider started working for you in the **Start Date for this Provider** field. Enter the relationship of the Provider to you in the **Relationship** field. Click the **Hire Provider** button to access the **Confirm Hire** screen.	4. En la pantalla **Contratar proveedor**, ingrese la fecha en que el proveedor comenzó a trabajar para usted en el espacio **Fecha de inicio de este proveedor**. Ingrese la relación del proveedor con usted en el espacio **Relación**. Haga clic en el botón **Contratar proveedor** para acceder a la pantalla **Confirmar contratación**.	4. 在 **聘用看護人** 屏幕上，在 此看護人的開始日期 一栏中輸入 **看護人開始日期。**在關係一栏中輸入看護人與您的關係。單擊 **聘用看護人** 按鈕以訪問 **確認僱用** 屏幕。	4. **Աշխատանքի Ընդունել Մատակարարին** էկրանի համապատասխան տեղում՝ **Մատակարարի աշխատանքի սկսելու օրը** ոլորտում մուտքագրեք այն ամսաթիվը, երբ մատակարարը սկսել է աշխատել Ձեզ համար: Ընտրեք Ձեր կապը մատակարարի հետ՝ **Կապը** ոլորտում: Սեղմեք **Աշխատանքի Ընդունել Մատակարարին** կոճակը՝ մուտք ունենալու **Հաստատել Աշխատանքի Ընդունումը** էջի վրա:
	Static Text	5. On the **Confirm Hire** screen, select the checkbox once you have confirmed and agreed with the terms on the screen. Click the **Sign and Confirm Hire** button to complete the hire and to issue timesheets to your Provider. A confirmation email will be sent to you and your Provider if they are registered in ESP.	5. En la pantalla **Confirmar contratación** seleccione la casilla de verificación una vez que haya confirmado y aceptado los términos en la pantalla. Haga clic en el botón **Firmar y Confirmar contratación** para completar la contratación y emitir hojas de tiempo a su proveedor. Se le enviará un correo electrónico de confirmación a usted y a su proveedor si están registrados en ESP.	5. 在 **確認僱用** 屏幕上，一旦認同屏幕上的條款，請選該複選框。單擊 **簽字確認僱用** 按鈕，完成聘用并向看護人發工时单。如果看護人已经註冊ESP，確認電子郵件會發送给您和看護人。	5. **Հաստատել Աշխատանքի Ընդունումը** էկրանի վրա, համաձայնվելով բոլոր պայմանների հետ, հաստատեք այն՝ ընտրելով վանդակը: Սեղմեք **Ստորագրեք և Հաստատեք Աշխատանքի Ընդունումը** կոճակը՝ աշխատանքի ընդունման ընթացքն ավարտելու և Ձեր մատակարարին ժամացուցակներ տրամադրելու համար: Գործընթացը հաստատող էլ.նամակ կուղարկվի Ձեզ և Ձեր մատակարարին, եթե գրանցված է ESP- ում:

DSD Appendix D/Training Sick Leave

CI
CI-823196 - DSD TRAN Training Sick Leave IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Training Sick Leave	Screen Title (browser tab)	IHSS Website - Training | Sick Leave	Sitio web de IHSS - Entrenamiento | Tiempo de enfermedad pagada	IHSS 網站 - 培訓 | 病假	IHSS Կայքէջ - Ուսուցում | Հիվանդության Պատճառով Բացակայություն
	Screen Title (blue bar)	Training Sick Leave	Entrenamiento Tiempo de enfermedad pagada	病假培訓	Ուսուցում՝ Հիվանդության Պատճառով Բացակայություն
	Static Text	**Important Information for In-Home Supportive Services Recipients about the Paid Sick Leave Program**	**Información Importante para Beneficiarios de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) acerca del nuevo programa de tiempo de enfermeda pagada.**	**關於居家援助服務受看護人帶薪病假計劃的重要資訊**	**Կարևոր Տեղեկատվություն Տնային Աջակցության Ծառայություններ Ծրագրի Ստացողների Համար՝ Հիվանդության Վճարովի Բացակայության Նոր Ծրագրի Վերաբերյալ**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Static Text	The hours your provider uses for paid sick leave will not be deducted from your total number of monthly authorized hours. Hours worked by your provider and any backup provider who provides authorized services during the paid sick leave time period must be within your monthly authorized hours. You will be responsible for payment for any service hours that exceed your monthly authorized hours.	Las horas que su proveedor usa para su tiempo de enfermeda pagada no serán deducidas del número total de horas autorizadas por mes. Las horas trabajadas por su proveedor o proveedor de relevo durante el periodo de tiempo de enfermeda pagada, tendrán que brindarse dentro de su número de horas autorizadas al mes. Usted será responsable del pago de cualquier hora de servicio que exceda el número de horas autorizadas al mes.	看護人用於帶薪病假的時間不會將從您每月授權總時數中扣除。看護人以及帶薪病假期間服務的備用看護人的工時必須包括您的每月授權時間內。您將負責支付超過您每月授權時數的服務時間。	Այն ժամաքանակը, որը Ձեր մատակարարն օգտագործում է հիվանդության բացակայության համար չի հանվում Ձեր ամսական ընդհանուր թույլատրելի ժամաքանակից: Ձեր մատակարարի և ցանկացած պահուստային մատակարարի կողմից վճարովի հիվանդության բացակայության ընթացքում գրանցված ծառայությունների համար աշխատած ժամաքանակը պետք է լինի Ձեր ամսական թույլատրելի ժամաքանակի սահմաններում: Դուք պատասխանատու կլինեք վճարելու ցանկացած սպասարկման ժամի համար՝ Ձեր ամսական թույլատրելի ժամաքանակը գերազանցելու դեպքում:
	Static Text	**Provider's use of Paid Sick Leave**	**El uso de tiempo de enfermeda pagada de su proveedor.**	**看護人使用帶薪病假**	**Մատակարարի վճարովի հիվանդության բացակայության օգտագործումը**
	Static Text	It is important for your provider to let you know as soon as possible when he/she will be using paid sick leave so that you can arrange for your services on the day when your provider will not be available.	Es importante que su proveedor le deje saber lo más pronto posible cuándo él/ella usará el tiempo de enfermeda pagada, así usted podrá planificar sus servicios el día que su proveedor no esté disponible.	當看護人要使用帶薪病假時，她或他務必儘快通知您，以便您可以安排那天的服務。	Ձեր մատակարարի համար կարևոր է, որ նա Ձեզ հնարավորինս շուտ տեղեկացնի, թե երբ է նա պատրաստվում հիվանդության պատճառով բացակայություն ունենալ, որպեսզի Դուք կարողանաք կազմակերպել Ձեր ծառայություններն այն օրվա համար, երբ մատակարարը հասանելի չի լինի:
	Static Text	**Planned Time Off:** If your provider knows ahead of time that he/she will need time off (for a doctor's appointment, for example), he/she will need to let you know at least 48 hours (or two days) in advance. You should work with your provider to arrange his/her schedule to ensure that you receive all of your authorized services.	**Ausencia Planeada:** Si su proveedor sabe por adelantado que él/ella necesitará usar unas horas (para una cita de doctor por ejemplo), él/ella le dejará saber por lo menos 48 horas (o dos días) por adelantado. Usted debe coordinar con su proveedor según su horario para asegurar que usted reciba todos sus servicios autorizados.	**計劃請假**：如果看護人提前知道需要休假（如看病），至少提前 48 小時（或兩天）通知您。您應該與看護人合作安排其日程，以確保您能獲得所有授權服務。	**Պլանավորած Բացակայություն**. Եթե Ձեր մատակարարը նախօրոք գիտի, որ նա բացակայելու է (օրինակ՝ բժշկի գնալու համար), նա պետք է Ձեզ տեղյակ պահի առնվազն 48 ժամ (կամ երկու օր) առաջ: Դուք պետք է աշխատեք Ձեր մատակարարի հետ՝ կազմակերպելու իր ժամացուցակը, որպեսզի համոզվեք, որ Դուք կստանաք Ձեր բոլոր լիազորված ծառայությունները:
	Static Text	**Unplanned Time Off:** If your provider is sick or has a medical emergency, he/she needs to let you know immediately. At least two hours before the time he/she should be starting work. This will allow you to arrange for a back-up provider to come and provide authorized services to you during your provider's time off, if needed.	**Ausencia No Planeada:** Si su proveedor está enfermo o tiene una emergencia médica, él/ella le tendrá que dejarle saber inmediatamente. Por lo menos dos horas antes de la hora en la que él/ella debe de empezar a trabajar. Esto le ayudará a usted a programar un proveedor de relevo para que le brinde los servicios autorizados durante las horas de ausencia de su proveedor, si fuése necesario.	**意外請假**：如果看護人生病或發生醫療緊急情況，必須立即通知您，至少要在開始工作前的兩小時。這將允許您有足夠時間安排備用看護人在請假期間來服務 。	**Չպլանավորած Բացակայություն.** Եթե Ձեր մատակարարը հիվանդ է կամ նրան բժշկական շտապ օգնություն է անհրաժեշտ, նա պետք է անմիջապես տեղյակ պահի Ձեզ այդ մասին՝ առնվազն երկու ժամ առաջ մինչ իր աշխատանքի սկսելը: Սա թույլ կտա Ձեզ գտնել պահուստային մատակարար, որը Ձեզ կտրամադրի լիազորված ծառայություններ այն ընթացքում, երբ Ձեր մատակարարը բացակայում է:
	Link	Additional Paid Sick Leave Program Information	Información adicional del programa de tiempo de enfermedad pagada	帶薪病假計劃的其他信息	Լրացուցիչ տեղեկատվություն՝ Վճարովի հիվանդության պատճառով բացակայության ծրագրի վերաբերյալ:
	Static Text	**Questions or Assistance**	**Preguntas o Ayuda**	**問題或幫助**	**Հարցեր կամ Աջակցություն**
	Static Text	Please call your local county IHSS office if you have any questions about any of the information provided in this notice.	Por favor llame a la oficina local de IHSS de su condado si tiene alguna pregunta acerca de la información proporcionada en este aviso.	如果對本通知中任何資訊有疑問，請致電當地 IHSS辦公室。	Դուք կարող եք զանգահարել Ձեր տեղի վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ, եթե հարցեր ունեք սույն ծանուցման մեջ զետեղված տեղեկատվության վերաբերյալ:

DSD Appendix D/W-2 Forms

CI
CI-823236 - DSD TRAN W-2 Forms IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**W-2 Forms**	**Formularios W-2**	**W-2 表格**	**W-2 Ձևեր**
	Static Text	**Select a Tax Year**	**Seleccione un año fiscal**	**選擇納稅年度**	**Ընտրեք հարկային տարին**
	Drop-Down	Tax Year	Año fiscal	納稅年度	Հարկային Տարի
	Static Text	You did not receive a W-2 for this tax year.	Usted no recibió un W-2 para este año fiscal.	您在這個納稅年度沒有收到 W-2。	Դուք այս հարկային տարվա համար W-2 ձև չեք ստացել:
	Button	View W-2	Ver W-2	查看 W-2	Դիտարկեք W-2 ձևը

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	View W-2	Ver W-2	查看 W-2	Դիտարկեք W-2 ձևը
	Button	Download W-2	Descargar W-2	下載 W-2	Ներբեռնեք W-2 ձևը

DSD Appendix D/Training W-2 Forms

CI
CI-823262 - DSD TRAN Training W-2 Forms IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Provider	Screen Title	**W-2 Forms**	**Formulario W-2**	**W-2 表格**	**W-2 Ձևեր**
	Static Text	**How to View Your W-2 Form**	**Cómo ver su formulario W-2**	**如何查看 W-2 表格**	**Ինչպես դիտարկել W-2 Ձևը.**
	Static Text	1. Click the **Financial** menu item and select **Taxes** then **W-2 Forms.** 2. Select a Tax Year using the drop-down menu. 3. Click on the **View W-2** button to view the W-2 for that recipient. • A pdf will open that you can view, save or print.	1. Haga clic en el elemento del menú Financiero y seleccione Impuestos y luego **Formularios W-2.** 2. Seleccione un año fiscal utilizando el menú desplegable. 3. Haga clic en el botón **Ver W-2** para ver el W-2 de ese beneficiario. • Se abrirá un pdf que puede ver, guardar o imprimir.	1. 單擊 **財務** 菜單，然後選擇稅收，然後選擇 **W-2 表格。** 2. 使用下拉菜單選擇 納稅年度。 3. 單擊 **查看 W-2** 按鈕以查看 W-2。 • 一份 pdf文件將打開，您可以查看、保存或打印。	1. Ցանկից սեղմեք **Ֆինանսներ**, ապա՝ Հարկեր և հետո **W-2 Ձևեր:** 2. Բացվող ընտրացանկից ընտրեք Հարկային տարին: 3. Սեղմեք **Դիտարկել W-2** կոճակը, որպեսզի տեսնեք W-2 ձևը տվյալ ստացողի համար: • Կբացվի pdf ձևը, որը կարող եք դիտարկել, պահպանել կամ տպել:

DSD Appendix D/Share of Cost Hours Details

CI
CI-823267 - DSD TRAN Share of Cost Hours Details IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**Share of Cost Hours Details**	**Detalles de las horas de costo**	**分攤費用的時數明細**	**Ծախսերի Բաժնեմասի Ժամերի Մանրամասները**
	Static Text	Enter first day of the service month:	Introduzca el primer día del mes de servicio:	輸入服務月份的第一天:	Մուտքագրեք ծառայության ամսվա առաջին օրը.
	Search Field	Date	Fecha	日期	Ամսաթիվ
	Button	Search	Buscar	搜索	Որոնում
	Cluster	Share of Cost Hours Details	Detalles de las horas de costo	分攤費用的時數明細	Ծախսերի Բաժնեմասի Ժամերի Մանրամասները
	Field	Service Month:	Mes de servicio:	服務月份:	Ծառայության ամիս.
	Field	IHSS Authorized Hours:	Horas autorizadas de IHSS:	IHSS 授權時數:	IHSS լիազորված ժամերը.
	Field	IHSS Available Hours:	Horas disponibles de IHSS:	IHSS 可用時數:	IHSS հասանելի ժամերը.
	Field	SOC Amount:	Cantidad de SOC:	SOC 金額:	SOC Գումարը.
	Field	Recipient SOC Hours:	Horas SOC del destinatario:	受看護人的SOC 時數:	Ստացողի SOC ժամերը.
	Error Message	Incorrect Date Format	Formato de fecha incorrecto	日期格式不正確	Ամսաթվի սխալ ձևաչափ/ֆորմատ
	Dynamic Text	Search results for service month MM/YYYY:	Resultados de la búsqueda para el mes de servicio MM/AAAA:	服務月份 MM/YYYY 的搜索結果:	Որոնման արդյունքները հետևյալ ծառայության ամսվա համար՝ MM/YYYY.
	Dynamic Text	No details to display for this service month.	No hay detalles que mostrar para este mes de servicio.	沒有可顯示此服務月份的明細。	Այս ծառայության ամսվա համար ցուցադրման մանրամասներ չկան:

DSD Appendix D/Text Messages

CI
CI-823109 - DSD TRAN Text Messages IMPLEMENTED

TM #	Description	Recipient of Text Message				Source				Text Me	
		Prov	Recp	Both	N/A	CM	ESP	Both	HDU	English	Spanish
TM06	Notification of Timesheets for Review		X					X		An <variable:Program> timesheet is available for review. To review please visit https://www.etimesheets.ihss.ca.gov.	Un <variable: Programa> hoja de tiempo está disponible para su revisión. Para revisar por favor visite https://www.etimesheets.ihss.ca.go
TM07	Notification of Timesheet Approval	X						X		Your <variable:Program> timesheet has been approved. To review status please visit https://www.etimesheets.ihss.ca.gov.	Se ha aprobado su hoja de tiempo <variable:Programa>. Para revisar el estado, visite https://www.etimesheets.ihss.ca.gov.
TM08	Notification of Timesheet Rejection	X						X		Your <variable:Program> timesheet has been rejected. To update and resubmit please visit https://www.etimesheets.ihss.ca.gov.	Se ha rechazado su hoja de tiempo <variable:Programa>. Para actualizar y volver enviar, visite https://www.etimesheets.ihss.ca.gov.
TM11	Notification of Payment	X				X				Your <variable: Program> <variable: Timesheet OR variable: Sick Leave Claim OR variable: Travel Claim OR variable: Special Payment> has been processed. Payment will be issued within (3) business days. Visit https://www.etimesheets.ihss.ca.gov for details.	Su <variable: Programa> <variable: Hoja de tiempo O variable: Solicitud de Tiempo de Enfermedad O variable: Reclamación de Viaje O variable: Pago especial> se ha procesado. E pago se emitirá dentro de (3) días hábiles. Visite https://www.etimesheets.ihss.ca.gov for details.
TM15	Notification of No Recipient Action on Submitted Timesheet	X				X				Your <variable:Program> timesheet has not been approved or rejected by your recipient. For more details please visit https://www.etimesheets.ihss.ca.gov.	Su Hoja de Tiempo <variable:Program> no ha sido aprobada ni rechazada por su Beneficiari Para obtener más información, visite https://www.etimesheets.ihss.ca.gov.
TM49	Notification of No Payment for Travel Claim	X					X			Your <"variable:Program"> travel claim for pay period ending (MM/DD/YYYY) was not processed as there are no hours available for payment. If you feel there has been an error, please contact your county.	Su <"variable:Programa"> reclamo de viaje po el período de pago que finaliza (MM / DD / AAAA) no se procesó ya que no hay horas disponibles para el pago. Si cree que ha habido un error, comuníquese con su condado
TM58	Notification of Preference Change			X				X		CDSS-IHSS: Thank you for choosing SMS text notification option. Msg & data rates may apply. Reply HELP for help. Reply STOP to unsubscribe at any time. If you did not make this change please contact 1-866-376-7066.	CDSS-IHSS: Gracias por elegir la opción de notificación de texto SMS. Es posible que se apliquen tarifas de msg y datos. Responda HELP para obtener ayuda. Responda STOP para darse de baja en cualquier momento. Si no realizó este cambio, comuníquese al 1-866 376-7066.
TM59	Notification of SMS Verification Code			X				X		Your IHSS verification code is:	Su código de verificación IHSS es:
TM60	Notification of Training Time Claim Rejection	X				X				Your training time claim for <variable: Recipient Name> for the <variable: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> pay period has been rejected. Visit https://www.etimesheets.ihss.ca.gov for details.	Se ha rechazado su reclamación de tiempo de formación para <variable: Recipient Name> para el período de pago <variable: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY>. Visite https://www.etimesheets.ihss.ca.gov par obtener más información.
TM61	Notification of Training Time Claim Approval - No Modification	X				X				Your training time claim for <variable: Recipient Name> for the <variable: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> pay period has been approved. Visit https://www.etimesheets.ihss.ca.gov for details.	Se ha aprobado su reclamación de tiempo de entrenamiento para <variable: Recipient Name para el <variable: MM / DD / YYYY - MM / DD YYYY> período de pago. Visite https://www.etimesheets.ihss.ca.gov par obtener más detalles.
TM62	Notification of Training Time Claim Approval - With Modification	X				X				Your training time claim for <variable: Recipient Name> for the <variable: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> pay period has been modified and approved by claims processing staff. Visit https://www.etimesheets.ihss.ca.gov for details.	Su reclamo de tiempo de entrenamiento para <variable: Recipient Name> para el <variable: MM / DD / YYYY - MM / DD / YYYY> período de pago ha sido modificado y aprobado por el personal de procesamiento de reclamos. Visite https://www.etimesheets.ihss.ca.gov pa obtener más detalles.
TM63	Notification of Incentive Claim Rejection	X				X				Your <training incentive or one-month assignment incentive or six-month assignment incentive> claim for <variable: Recipient Name> for the <variable: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> pay period has been rejected. Visit https://www.etimesheets.ihss.ca.gov for details.	Se ha rechazado su reclamación de <Incentiv de entrenamiento OR Incentivo de asignación de un mes OR Incentivo de asignación de seis meses> para <variable: Recipient Name> correspondiente al <variable: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> período de pago. Visite https://www.etimesheets.ihss.ca.gov par obtener más información.

TM64	Notification of Incentive Claim Approval	X				X				Your <training incentive OR one-month assignment incentive OR six-month assignment incentive> claim for <variable: Recipient Name> for the <variable: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY> pay period has been approved. Visit https://www.etimesheets.ihss.ca.gov for details.	Se ha aprobado su reclamación de <Incentivo de entrenamiento OR Incentivo de asignación de un mes OR Incentivo de asignación de seis meses> para <variable: Recipient Name> para el período de pago <variable: MM/DD/YYYY – MM/DD/YYYY>. Visite https://www.etimesheets.ihss.ca.gov par obtener más información.
TM75	Notification of Verification Document Ready for Download	X					X			Your <Employment, Employment/Wage> verification form is now ready for download on the IHSS Electronic Services Portal (ESP). Access the Employment/Wage Verification screen to download your requested form.	Su formulario de verificación de <Empleo, Empleo/Salario> ya está listo para descargar e el Portal de Servicios Electrónicos (ESP) de IHSS. Acceda a la pantalla de Verificación de Empleo/Salario para descargar el formulario solicitado.

DSD Appendix D/Training Text Notifications

CI
CI-823302 - DSD TRAN Training Text Notifications IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Training (Provider & Recipient)	Screen Title (blue bar)	Training Text Notifications	Notificaciones de texto de formación	培訓短信通知	Ուսուցման տեքստային ծանուցումներ
	Screen Title	**Additional Information About Text Messaging**	**Información Adicional Sobre Los Mensajes de Texto**	**關於短信的額外信息**	**Լրացուցիչ տեղեկություններ Տեքստային Հաղորդագրության վերաբերյալ.**
	Static Text	The ability to receive notifications through text messages is now available for IHSS and WPCS users on the IHSS Electronic Services Portal (ESP). The Notification Preference allows IHSS/WPCS users in all California counties the ability to receive notifications via Email, Text Messages or both Text Messages and Email. You will also have the ability to change your notification preference at any time through the IHSS ESP.	La capacidad de recibir notificaciones a través de mensajes de texto ahora está disponible para los usuarios de IHSS y WPCS en el Portal de Servicios Electrónicos (ESP) de IHSS. La Preferencia de Notificación permite a los usuarios de IHSS/WPCS en todos los condados de California la capacidad de recibir notificaciones por correo electrónico, mensajes de texto o mensajes de texto y correo electrónico. Usted también tendrá la capacidad de cambiar su preferencia de notificación en cualquier momento por el IHSS ESP.	IHSS 和 WPCS 用戶現在可以在 IHSS 電子服務網站 (ESP) 上使用通過短信接收通知的功能。通知首選項允許加州所有郡的 IHSS/WPCS 用戶能夠通過電子郵件、短信或兩者同時接收通知。您還可以隨時通過 IHSS ESP 更改您接收通知的偏好。	Տեքստային հաղորդագրությունների միջոցով ծանուցումներ ստանալու հնարավորությունն այժմ հասանելի է IHSS և WPCS օգտվողների համար IHSS Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալում (ESP): Ծանուցման նախընտրությունը թույլ է տալիս IHSS/WPCS օգտվողներին Կալիֆորնիայի բոլոր շրջաններում ծանուցումներ ստանալ էլ. նամակի, տեքստային հաղորդագրության կամ երկու ձևով էլ: Դուք նաև հնարավորություն կունենաք ցանկացած պահի փոխել Ձեր ծանուցման նախընտրությունը IHSS ESP-ի միջոցով:
	Link Text	If you would like to sign up for Text Messages, visit your My Preferences page. Under Notification Preference, if you already have a cell phone number on file, it will be listed under Text Messages with a link '**Verify**' next to it. If you don't have a cell phone number on file, then it will say 'No number on file'. You can add your cell phone number by visiting Contact Information screen.	Si desea registrarse para recibir mensajes de texto, visite su página Mis Preferencias. Bajo la Preferencia de Notificación, si usted ya tiene un número de teléfono celular registrado, aparecerá en Mensajes de texto con un enlace **"Verificar"** al lado. Si usted no tiene un número de teléfono celular registrado, dirá "No hay número registrado". Usted puede agregar su número de teléfono celular visitando la pantalla Información de Contacto.	如果您想註冊短信通知，請訪問您的我的偏好頁面。在通知偏好下，如果您已有手機號碼存檔，它將列在短信下方，旁邊有一個 "**驗證**" 鏈接。如果您沒有存檔手機號碼，則會顯示"沒有號碼存檔"。您可以通過訪問聯繫信息屏幕添加您的手機號碼。	Եթե ցանկանում եք գրանցվել Տեքստային Հաղորդագրություններ ստանալու համար, ապա այցելեք Իմ նախընտրությունները էջը: Ծանուցման նախընտրության ներքո, եթե արդեն ֆայլում ունեք բջջային հեռախոսահամար, այն տեղադրված կլինի Տեքստային Հաղորդագրությունների տակ, որի կողքին կլինի 'Հաստատել' հղումը: Եթե Դուք ֆայլում բջջային հեռախոսահամար չունեք, ապա կտեսեկանաք հատկյալը. 'Ֆայլում/գործերի մեջ հեռախոսահամար չկա': Դուք կարող եք ավելացնել Ձեր բջջային հեռախոսահամարն՝ այցելելով Կոնտակտային Տվյալներ էջը:
	Static Text	Note: The cell phone number needs to be verified first before you can start receiving text messages.	Nota: El número de teléfono celular debe verificarse primero antes de que pueda comenzar a recibir mensajes de texto.	請注意：需要先驗證手機號碼，然後才能開始接收短信。	Նշում. Տեքստային հաղորդագրություններ ստանալու համար նախ անհրաժեշտ է հաստատել բջջային հեռախոսահամարը:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Static Text	Click the **Verify** link: 1. This will send a 6-digit code to that cell phone number and display a pop-up to enter the 6-digit Verification Code that you just received. 2. Enter the 6-digit code and select Verify. 3. Once your cell phone number is verified you will be able to set Text Messages or Both Text Messages and Email as your notification preference.	Haga clic en el enlace **Verificar**: 1. Esto enviará un código de 6 dígitos a ese número de teléfono celular y mostrará una ventana emergente para ingresar el Código de Verificación de 6 dígitos que acaba de recibir. 2. Ingrese el código de 6 dígitos y seleccione Verificar. 3. Una vez que se verifique su número de teléfono celular, podrá configurar Mensajes de texto o Mensajes de texto y Correo electrónico como su preferencia de notificación.	點擊 **驗證** 鏈接: 1. 該手機號碼將收到一個 6 位代碼，並彈出一個窗口，請輸入您剛剛收到的 6 位驗證碼。 2. 輸入 6 位代碼並選擇驗證。 3. 驗證您的手機號碼後，您將能夠將短信或兩者皆可設置為您的通知偏好。	Սեղմեք **Հաստատել** հղումը. 1. Այդ բջջային հեռախոսահամարին կուղարկվի 6 նիշանոց կոդ/ծածկագիր և կտեսնեք բացվող վանդակ՝ մուտքագրելու 6 նիշանոց Հաստատման Կոդը, որը Դուք հենց նոր ստացել եք: 2. Մուտքագրեք 6 նիշանոց կոդը և ընտրեք Հաստատել: 3. Ձեր բջջային հեռախոսահամարը հաստատելուց հետո, որպես ծանուցման նախընտրություն, Դուք կարող եք ընտրել տեքստային հաղորդագրությունը կամ երկուսն էլ՝ տեքստային հաղորդագրությունը և էլ. նամակը:
	Link Text	If you do not receive a 6-digit code, then check to see if you have the correct number listed. If needed, you can change your cell phone number by visiting Contact Information screen.	Si no recibe un código de 6 dígitos, verifique si tiene el número correcto en la lista. Si es necesario, puede cambiar su número de teléfono celular visitando la pantalla Información de Contacto.	如果您沒有收到 6 位代碼，請檢查您的號碼是否正確。如有需要，您可以訪問聯繫信息屏幕來更改您的手機號碼。	Եթե Դուք չեք ստացել 6 նիշանոց կոդը/ծածկագիրը, ապա խնդրում ենք ստուգել, թե արդյոք ճիշտ հառախոսահամար է նշված: Անհրաժեշտության դեպքում կարող եք մուտք գործել Կոնտակտային Տվյալներ էջը՝ Ձեր բջջային հեռախոսահամարը փոխելու համար:
	Static Text	If you are still having issues you can contact the Help Desk at 1-866-376-7066.	Si aún tiene problemas, puede comunicarse con el servicio de asistencia al 1-866-376-7066.	如果您仍有問題，可以撥打 1-866-376-7066 聯繫幫助台。	Եթե դեռ հարցեր ունեք, կարող եք զանգահարել Աջակցության Բաժին՝ 1-866-376-7066 հեռախոսահամարով:
Training (Provider Only)	Static Text	The notifications available via Text are: • Timesheet Approval • Timesheet Rejection • Payment • No Recipient Action on Submitted Timesheet • No Payment for Travel Claim • Preference Change of Notification Delivery Methods	Las notificaciones disponibles por mensaje de texto son: • Aprobación de la Hoja de Tiempo • Rechazo de la hoja de tiempo • Pago • No Hay Acción del Beneficiario en La Hoja de Tiempo Enviada • Sin Pago por Reclamo de Tiempo de Viaje • Cambio de Preferencia de los Métodos de Envío de Notificaciones	通過短信可接收的通知是: • 批准工時單 • 拒絕工時單 • 付款 • 受看護人沒有對提交的工時單採取行動 • 交通申報無付款 • 通知發送方式的偏好變化	Տեքստի միջոցով հասանելի ծանուցումները հետևյալն են. • Ժամացուցակի հաստատում • Ժամացուցակի մերժում • Վճարում • Ստացողը գործողություն չի կատարել ներկայացված ժամացուցակի համար • Ճամփորդության հայցի համար վճարում չկա • Նախընտրության փոփոխություն՝ ծանուցման ստացման ձևերի վերաբերյալ
Training (Recipient Only)	Static Text	The notifications available via Text are: • Timesheet for Review • Preference Change of Notification Delivery Methods	Las notificaciones disponibles por mensaje de texto son: • Hoja de Tiempo Para Revisión • Cambio de Preferencia de los Métodos de Envío de Notificaciones	通過短信可接收的通知是: • 審核工時單 • 通知發送方式的偏好變化	Տեքստի միջոցով հասանելի ծանուցումները հետևյալն են. • Ժամացուցակ վերանայման համար • Նախընտրության փոփոխություն՝ ծանուցման ստացման ձևերի վերաբերյալ

DSD Appendix D/Career Pathways

CI
CI-823312 - DSD TRAN Career Pathways **IMPLEMENTED**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Career Pathways Claim Type	Screen Title	**Career Pathways Claim Type**	Tipo de reclamo de carrera profesional	職業培訓申報類型	Կարիերայի Ուղիներ Հայցի Տեսակը
	Static Text	An asterisk (*) indicates a required field	Un asterisco (*) indica una sección obligatoria	星號 (*) 標示必填項.	Աստղանիշը (*) ցույց է տալիս, որ պարտադիր պետք է լրացվի
	Static Text	To begin, select a Career Pathways claim type and a recipient name.	Para comenzar, seleccione un tipo de reclamación de carrera profesional y un nombre de un beneficiario.	首先，選擇職業培訓申報類型和受看護人姓名。	Սկսելու համար ընտրեք Կարիերայի Ուղիների հայցի տեսակը և ստացողի անունը:
	Field Name	**Career Pathways Claim Type*** **Recipient***	Tipo de reclamo de carrera profesional* Beneficiario	職業培訓申報類型* 受看護人	Կարիերայի Ուղիներ Հայցի Տեսակը* Ստացող
	Message	Career Pathways Claim Type cannot be blank. Recipient cannot be blank. You have received the maximum number of incentives for this claim type.	El tipo de reclamación de carrera profesional no puede estar en blanco. El beneficiario no puede estar en blanco. Ha recibido el número máximo de incentivos para este tipo de reclamación.	職業培訓申報類型不能為空。 受看護人不能爲空。 您已獲得此申報類型的最大獎勵金額。	Կարիերայի Ուղիների հայցի տեսակը չի կարող դատարկ լինել: Ստացողի անունը չի կարող դատարկ լինել: Դուք ստացել եք խրախուսանքների առավելագույն քանակն այս տեսակի հայցի համար:
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		Cancel Request	Cancelar la petición	取消請求	Չեղարկել
	Drop Down Menu	Training Time Claim	Tiempo de entrenamiento	培訓時間	Վերապատրաստման ժամերը
		Training Incentive	Incentivo de entrenamiento	培訓獎勵	Վերապատրաստման խրախուսանք
		One-Month Assignment Incentive	Incentivo de asignación de un mes	一個月的任務獎勵	Մեկամսյա առաջադրանքի խրախուսանք
		Six-Month Assignment Incentive	Incentivo de asignación de seis meses	六個月的任務獎勵	Վեցամսյա առաջադրանքի խրախուսանք
	Static Text *(Displays if provider has no valid recipient assignments)*	Submission of a Career Pathways claim requires a recipient assignment. You are not currently assigned to any recipients. If this is incorrect, please contact your county for assistance.	La presentación de un reclamo de carrera profesional requiere una asignación de beneficiario. Actualmente no está asignado a ningún beneficiario. Si esto es incorrecto, por favor comuníquese con su condado para obtener ayuda.	您必須被分配給受看護人才能提交職業培訓申報。您當前無並沒有分配給受看護人。如果紀錄有誤，請聯繫您所在的郡尋求幫助。	Կարիերայի Ուղիներ հայցադիմումը ներկայացնելուց առաջ պահանջվում է, որ ստացողն արդեն նշանակված լինի: Դուք ներկայումս նշանակված/կցված չեք որևէ ստացողի: Եթե դա ճիշտ չէ, խնդրում ենք դիմել Ձեր վարչաշրջանին՝ աջակցության համար:
	Button	Back to Home	Volver al inicio	返回主頁	Վերադառնալ հիմնական էջին:
Add Training Time Claim	Screen Title	**Add Training Time Claim**	Agregar reclamo de tiempo de entrenamiento	添加培訓時間申報	Ավելացնել վերապատրաստման հայցի ժամերը
	Static Text	All training must be completed prior to submitting your training time claim and all training courses completed must be from the IHSS Career Pathways Course Catalog.	Todos los entrenamientos deben completarse antes de enviar su reclamo de tiempo de entrenamiento y todos los cursos de entrenamiento completados deben ser del catálogo de cursos de carreras profesionales de IHSS.	所有培訓必須在提交培訓時間申報之前完成，且所有完成的培訓課程必須來自 IHSS 職業培訓課程目錄。	Բոլոր վերապատրաստումները պետք է ավարտվեն նախքան ձեր վերապատրաստման ժամերի հայցը ներկայացնելը, և ավարտված վերապատրաստման բոլոր դասընթացները պետք է լինեն IHSS Կարիերայի Ուղիների դասընթացների կատալոգից:
	Field Name	**Pay Period**	Período de pago	付款期	Վճարման ժամկետը
	Static Text	Enter the Career Pathway, Class Number, Class Name, Training Date and Time that corresponds to the classes you would like to submit on this claim. To enter more than one training date, click the Add New link. Complete each row prior to adding a new one. Use the Delete link to remove a row from the claim. Click the Submit Claim button when you are ready to finalize the claim.	Ingrese la carrera profesional, el número de clase, el nombre de la clase, la fecha y hora de entrenamiento que corresponde a las clases que desea enviar en este reclamo. Para ingresar más de una fecha de formación, haga clic en el enlace Agregar nuevo. Complete cada sección antes de agregar una nueva. Utilice el enlace Eliminar para quitar una fila de la notificación. Haga clic en el botón Enviar reclamación cuando esté listo para finalizar la reclamación.	輸入與您要提交的此申報的課程相對應的職業培訓、課程編號、課程名稱、培訓日期和時間。要輸入多個培訓日期，請單擊添加新建的鏈接。在添加新行之前完成每一行。使用刪除鏈接從申報中刪除一行。當您填寫完畢時，單擊提交申報按鈕。	Մուտքագրեք Կարիերայի Ուղին, դասի համարը, դասի անվանումը, վերապատրաստման օրը և ժամը, որոնք համապատասխանում են այն դասերին, որ ցանկանում եք ներկայացնել այս հայցի միջոցով: Մեկից ավելի վերապատրաստման ամսաթվեր մուտքագրելու համար սեղմեք՝ Ավելացնել նոր հղումը: Լրացրեք յուրաքանչյուր տող նախքան նորը ավելացնելը: Օգտագործեք Ջնջել հղումը՝ հայտից տող հեռացնելու համար: Սեղմեք Ներկայացնել հայցը կոճակը, երբ վերջացնեք լրացնել Ձեր հայցը:
	Sub Section Title	**Training Time Claim**	Reclamo de tiempo de entrenamiento	培訓時間申報詳情	Վերապատրաստման ժամերի հայց
	Sub Section	**Training Time <#>**	Tiempo de entrenamiento <#>	培訓時間 <#>	Վարապատրաստման ժամերը՝ <#>
	Field Name	**Career Pathway**	Carrera profesional	職業培訓	Կարիերայի Ուղի
		Class Number	Número de clase	課程編號	Դասի համարը
		Class Name	Nombre de clase	課程名稱	Դասի անունը
		Training Date	Fecha de entrenamiento	培訓日期	Վերապատրաստման օրը
		Hours	Horas	小時	Ժամեր
		Minutes	Minutos	分鐘	Րոպե
	Message	Career Pathway cannot be blank.	Carrera profesional no puede estar en blanco.	職業培訓不能為空。	Կարիերայի Ուղին չի կարող դատարկ լինել:
		Class Number cannot be blank.	Número de clase no puede estar en blanco.	課程編號不能為空。	Դասի համարը չի կարող դատարկ լինել:
		Class Number must be English alphanumeric text.	El número de clase debe ser texto alfanumérico en inglés.	課程編號必須是英文字母數字文本。	Դասի համարը պետք է լինի անգլերեն այբբենական թվային տեքստ:
		Class Name cannot be blank.	Nombre de clase no puede estar en blanco.	課程名稱不能為空。	Դասի անունը չի կարող դատարկ լինել:
		Class Name must be English alphanumeric text.	El nombre de la clase debe ser texto alfanumérico en inglés.	課程名称必須是英文字母數字文本。	Դասի անունը պետք է լինի անգլերեն այբբենական թվային տեքստ:
		Training Date cannot be blank.	Fecha de entrenamiento no puede estar en blanco.	培訓日期不能為空。	Վերապատրաստման օրը չի կարող դատարկ լինել:
		Hours cannot be blank.	Horas no puede estar en blanco.	工時數不能為空。	Ժամերը չեն կարող դատարկ լինել:
		Minutes cannot be blank.	Minutos no puede estar en blanco.	分鐘數不能為空。	Րոպեները չեն կարող դատարկ լինել:
		Incorrect Date Format.	El formato de la fecha es incorrecto.	日期格式不正確。	Ամսաթվի սխալ ֆորմատ:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		Training Date must be within pay period selected.	La fecha de entrenamiento debe estar dentro del período de pago seleccionado.	培訓日期必須在所選的付款期內。	Վերապատրաստման օրը պետք է լինի ընտրված վճարման ժամանակահատվածում:
		Training Date cannot be a future date.	La fecha de entrenamiento no puede ser una fecha futura.	培訓日期不能是未來的日期。	Վերապատրաստման օրը չի կարող ապագայի ամսաթիվ լինել:
		Time entry cannot be greater than 24:00.	El ingreso de tiempo no puede ser más de 24:00.	時間輸入不能大過 24：00	Մուտքագրած ժամը չի կարող գերազանցել 24:00-ը:
		Minutes entry cannot be greater than 59 minutes.	El ingreso de minutos no puede ser más de 59.	分鐘輸入不能大過 59	Րոպեի մուտքագրումը չի կարող գերազանցել 59-ը:
		Hours entered must be a number.	Las horas ingresadas deben ser un número.	輸入的小時必須為數字。	Մուտքագրված ժամերը պետք է բաղկացած լինեն թվերից:
		Minutes entered must be a number.	Los minutos no pueden estar en blanco.	輸入的分鐘必須是數字。	Մուտքագրված րոպեները պետք է լինեն թվերով:
		You are unable to claim more than 24 total training hours in one day. You must revise the training time on this claim prior to submission.	No puede reclamar más de 24 horas de entrenamiento en total en un día. Debe revisar el tiempo de entrenamiento sobre esta reclamación antes de enviarla.	您不能在一天內申請超過 24 小時的總培訓時間。您必須在提交之前修改此申報的培訓時間	Դուք չեք կարող պահանջել ավելի քան 24 ընդհանուր վերապատրաստման ժամ մեկ օրվա ընթացքում: Նախքան ներկայացնելը, Դուք պետք է վերանայեք այս հայցի վերապատրաստման ժամերը:
		There are duplicate Class Numbers <Variable: class number> on your claim. You must delete rows with duplicate Class Number(s) from your claim before submitting.	Hay números de clase <Variable: class number> duplicados en su reclamo. Debe eliminar las filas con números de clase duplicados de su reclamo antes de enviarlo.	您的申报中有重複的课程編號 <Variable: class number>。在提交之前，您必須從申报中刪除具有重複课程編號的记录。	Ձեր հայցում կան <Variable: class number> դասի կրկնօրինակ համարներ: Դուք պետք է Ձեր հայցից ջնջեք կրկնօրինակ դասի համար(ներ) ունեցող տողերը՝ նախքան ներկայացնելը:
		You have previously submitted a claim for this class <Variable: class number>. You must delete rows with duplicate class number(s) from your claim before submitting or click cancel if you have no other Training Time to claim.”	Anteriormente ha presentado una reclamación para esta clase <Variable: class number>. Debe eliminar las filas con números de clase duplicados de su reclamo antes de enviarlo o hacer clic en cancelar si no tiene otro tiempo de entrenamiento para reclamar.	您之前已經提交了此课程 <Variable: class number> 的申报。您必須在提交之前從申报中刪除有重複课程編號的记录，或者如果您沒有其它培訓時間可以申請，請單擊取消。	Դուք նախկինում հայց եք ներկայացրել այս <Variable: class number> դասի համար: Դուք պետք է Ձեր հայցից ջնջեք կրկնօրինակ դասի համար(ներ) ունեցող տողերը՝ նախքան ներկայացնելը կամ սեղմեք Չեղարկել, եթե այլ վերապատրաստման ժամեր չունեք պահանջելու համար:
		Class Number field must contain numbers only.	El número de clase debe contener solo números.	课程編號字段必須僅包含數字。	Դասի համարի վանդակը պետք է պարունակի միայն թվեր:
		Class Number field must contain four (4) numbers only.	El número de clase debe contener solo cuatro (4) números.	课程編號字段必須僅包含四(4)個數字。	Դասի համարի վանդակը պետք է պարունակի միայն չորս(4) թվեր:
		You are not able to submit claims for courses taken after [DATE], as these are not eligible for compensation. Please remove any courses taken after [DATE] to submit your claim.	No puede presentar reclamaciones para cursos tomados después de [DATE], ya que estos no son elegibles para compensación. Por favor elimine todos los cursos tomados después de [DATE] para enviar su reclamo.	您無法申報在 [DATE] 之後參加的課程，因為這些課程不符合補償條件。請刪除在 [DATE] 之後參加的任何課程後再提交您的申報	Դուք չեք կարող հայց ներկայացնել [DATE]-ից հետո անցկացված դասընթացների համար, քանի որ այդ դասընթացները փոխհատուցման ենթակա չեն: Խնդրում ենք հեռացնել բոլոր դասընթացները, որոնք անցկացվել են [DATE]-ից հետո՝ ձեր հայցը ներկայացնելու համար:
	Button	Submit Claim	Enviar reclamación	提交報銷	Ներկայացնել Հայցը
		Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Link	Add New	Agregar nuevo	添加新建	Ավելացնել Նորը
		Delete	Eliminar	刪除	Ջնջել
Electronic Signature	Screen Title	**Electronic Signature**	Firma electrónica	電子簽名	電子簽名
	Static Text	**Please electronically sign your Training Time Claim**	Por favor, firme electrónicamente su Reclamo de tiempo de entrenamiento	請以電子方式簽署您的培訓時間申報	Խնդրում ենք էլեկտրոնային եղանակով ստորագրեք Ձեր վերապատրաստման հայցի ժամերը:
		I understand and agree that any false claim relating to this Training Time Claim may be prosecuted under Federal and State laws and if convicted of fraud, I may also be subject to civil penalties. By signing as the provider, I declare that the training time claimed on this Training Time Claim is true and correct. Once you sign this claim it will be submitted for review and you will not be able to make changes.	Entiendo y acepto que cualquier reclamo falso relacionado con este Reclamo de tiempo de entrenamiento puede ser procesado bajo las leyes federales y estatales y si soy declarado culpable de fraude, también puedo estar sujeto a sanciones civiles. Al firmar como proveedor, declaro que el tiempo de entrenamiento reclamado en esta Declaración de tiempo de entrenamiento es verdadero y correcto. Una vez que firme esta reclamación, se enviará para su revisión y no podrá realizar cambios.	我理解並同意，任何與本培訓時間申報有關的虛假聲明都可能受到聯邦和州法律的起訴，如果被判犯有欺詐罪，我也可能會受到民事處罰。通過簽署作為看護人，我聲稱此培訓時間申報中聲明的培訓時間是真實且正確的。 一旦您簽署此聲明，它將被提交以供審核，您將無法進行更改。	Ես հասկանում և համաձայն եմ, որ ցանկացած կեղծ հայց՝ կապված այս վերապատրաստման ժամերի հայցի հետ, կարող է հետապնդվել դաշնային և նահանգային օրենքների համաձայն, և եթե մեղավոր ճանաչվեմ խարդախության մեջ, ես կարող եմ նաև ենթարկվել քաղաքացիական տույժերի: Ստորագրելով որպես մատակարար՝ ես հայտարարում եմ, որ վերապատրաստման ժամերը ներկայացված այս Վերապատրաստման Ժամերի Հայցում ճշմարիտ և ճշգրիտ են: Այս հայցը ստորագրելուց հետո այն կներկայացվի վերանայման, և Դուք փոփոխություններ կատարելու հնարավորություն չեք ունենա:
	Check Box	I, (Provider Name), agree to the statement above.	Yo, <Provider Name>, estoy de acuerdo con los términos anteriores	本人, <Provider Name>, 同意上述條	Ես՝ <Provider Name>, համաձայն եմ վերոնշյալ պայմաններին:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
				款	
	Button	Sign and Submit	Firme y envíe	簽名並提交	Ստորագրեք և Ներկայացրեք
		Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Confirmation Message	Your claim will be reviewed. Please do not submit a duplicate claim as this may cause processing delays. You will receive notice once your claim has been processed.	Su reclamo será revisado. Por favor, no envíe una reclamación duplicada, ya que esto puede causar retrasos en el procesamiento. Recibirá un aviso una vez que se haya procesado su reclamo.	您的申报將被审核。請不要提交重複的申报，因為這可能會導致處理延遲。一旦您的申报得到處理，您將收到通知。	Ձեր հայցը կվերանայվի: Խնդրում ենք կրկնօրինակ հայց չներկայացնել, քանի որ դա կարող է հանգեցնել գործընթացի հետաձգման: Դուք ծանուցում կստանաք, երբ ձեր հայցը գործողության ընթացքի մեջ լինի:
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ
Incentive Claim Entry	Screen Title	**Incentive Claim Entry**	Entrada de reclamo de incentivo	獎勵申報輸入	Խրախուսական հայցի մուտքագրում
	Static Text *(When Claim Type = Training Incentive)*	To qualify for a Training Incentive payment, you must have completed 15 hours of training in the selected Career Pathway. You must complete all training prior to submitting the training incentive and all training courses completed must be from the IHSS Career Pathways Course Catalog.	Para calificar para un pago de Incentivo de entrenamiento debe haber completado 15 horas de entrenamiento en la Carrera profesional seleccionada. Debe completar todos los entrenamientos antes de enviar el incentivo de entrenamiento y todos los cursos de entrenamiento completados deben ser del catálogo de cursos de carreras profesionales de IHSS.	要獲得培訓獎勵金的資格，您必須在所選職業培訓中完成 15 小時的培訓。您必須在提交培訓獎勵之前完成所有培訓，且完成的所有培訓課程必須來自 IHSS 職業培訓課程目錄。	Վերապատրաստման խրախուսական վճարին իրավասու լինելու համար՝ Դուք պետք է անցած լինեք 15 ժամ վերապատրաստում Ձեր ընտրած Կարիերայի Ուղի ծրագրում: Դուք պետք է ավարտեք ամբողջ վերապատրաստման ուսուցումը նախքան վերապատրաստման խրախուսանք ներկայացնելը, և ավարտված բոլոր վերապատրաստման դասընթացները պետք է լինեն IHSS Կարիերայի ուղիների դասընթացների կատալոգից:
	Static Text *(When Claim Type = One-Month Assignment Incentive)*	You must meet the following requirements prior to submitting your 1 month incentive claim: 1. Complete 15 hours of training in a specialized Career Pathway, and then 2. Work for a Recipient who has a need for specialized care a minimum of 40 hours per month for at least 1 months.	Debe cumplir con los siguientes requisitos antes de presentar su reclamo de incentivo de 1 mes: 1. Completar 15 horas de entrenamiento en una carrera profesional especializado, y luego 2. Trabaje para un beneficiario que necesite atención especializada un mínimo de 40 horas por mes durante al menos 1 mes.	在提交 1 個月獎勵申請之前，您必須滿足以下要求： 1. 完成 15 小時的專業職業培訓，然後 2. 為需要專業護理的受看护人工作至少 1 個月，每月至少工作 40 小時。	Նախքան Ձեր մեկ (1) ամսվա խրախուսման հայցը ներկայացնելը, դուք պետք է բավարարեք հետևյալ պահանջները. 1. Ավարտել 15 ժամ վերապատրաստում Մասնագիտացված Կարիերայի Ուղի ծրագրի համար և հետո 2. Աշխատել այն Ստացողի համար, ով մասնագիտացված խնամքի կարիք ունի ամսական նվազագույնը 40 ժամ առնվազն մեկ (1) ամիս:
	Static Text *(When Claim Type = Six-Month Assignment Incentive)*	You must meet the following requirements prior to submitting your 6 month incentive claim: 1. Complete 15 hours of training in a specialized Career Pathway, and then 2. Work for a Recipient who has a need for specialized care a minimum of 40 hours per month for at least 6 months.	Debe cumplir con los siguientes requisitos antes de presentar su reclamo de incentivo de 6 meses: 1. Completar 15 horas de entrenamiento en una carrera profesional especializada, y luego 2. Trabaje para un beneficiario que necesite atención especializada un mínimo de 40 horas por mes durante al menos 6 meses.	在提交 6 個月獎勵申請之前，您必須滿足以下要求： 1. 完成 15 小時的專業職業培訓，然後 2. 為需要專業護理的受看护人工作至少 6 個月，每月至少工作 40 小時。	Նախքան Ձեր 6 ամսվա խրախուսման հայցը ներկայացնելը, դուք պետք է բավարարեք հետևյալ պահանջները. 1. Ավարտել 15 ժամ վերապատրաստում Մասնագիտացված Կարիերայի Ուղի ծրագրի համար և հետո 2. Աշխատել այն Ստացողի համար, ով մասնագիտացված խնամքի կարիք ունի ամսական նվազագույնը 40 ժամ առնվազն վեց (6) ամիս:
	Field Name	**Career Pathway**	Carrera profesional	職業培訓	Կարիերայի Ուղի
	Drop Down Menu Options	Adult Education	Educación de adultos	成人教育	Մեծահասակների կրթություն
		General Health/Safety	Salud/Seguridad General	大衆健康/安全	Ընդհանուր առողջություն/անվտանգություն
		Cognitive Impairment Behavioral Health	Deterioro cognitivo salud conductual	認知障礙行為健康	Ճանաչողական խանգարումներով վարքագծային առողջություն
		Complex Physical Care Needs	Necesidades complejas de cuidado físico	複合護理需求	Բարդ ֆիզիկական խնամքի կարիքներ
		Transition to Home/Community Living	Transición a la vida en el hogar/comunidad	家庭/社區的過渡	Անցում դեպի տուն/համայնքային ապրելակերպ
	Message	You have not met the eligibility criteria to submit an incentive claim.	No ha cumplido los criterios de elegibilidad para enviar un reclamo de incentivo.	您不符合提交獎勵申报的資格。	Դուք չեք համապատասխանում խրախուսման համար դիմելու իրավասության չափանիշներին:
	Static Text	**Electronic Signature:**	Firma electrónica	電子簽名	Էլեկտրոնային ստորագրություն
	Static Text	Please electronically sign and submit your <incentive claim type> claim. Once you submit this claim, it will be submitted for review and you will not be able to make changes.	Firme y envíe electrónicamente su reclamo de <Incentive Type>. Una vez que envíe este reclamo, se enviará para su revisión y no podrá realizar cambios.	請以電子方式簽署並提交您的 <獎勵類型> 申報。一旦您提交，它將被提交以審核，您將無法進行更改。	Խնդրում ենք էլեկտրոնային եղանակով ստորագրել և ներկայացնել Ձեր <Incentive Type> հայցը: Այս հայցը ներկայացնելուց հետո այն կներկայացվի վերանայման, և Դուք փոփոխություններ կատարելու հնարավորություն չեք ունենա:
	Checkbox	I, <Provider First Name Last Name>, understand and agree that any false claim to this incentive may be prosecuted under Federal and State laws, and if convicted of fraud, I may also be subject to civil penalties. By signing as the provider, I declare that the information on this claim is true and correct.	Yo, <Provider First Name Last Name>, entiendo y acepto que cualquier reclamo falso a este incentivo puede ser procesado bajo las leyes federales y estatales, y si soy declarado culpable de fraude, también puedo estar sujeto a sanciones civiles. Al firmar como proveedor, declaro que la información sobre esta afirmación es verdadera y correcta.	我，<Provider First Name Last Name>，理解並同意，根據聯邦和州法律，對本獎勵的任何虛假申報都可能受到起訴，如果被判犯有欺詐罪，我也可能會受到民事處罰。通過簽署作為看護人，我聲明有關此	Ես, <Provider First Name Last Name>-ս, հասկանում և համաձայն եմ, որ ցանկացած կեղծ հայց՝ կապված այս խրախուսական վճարի հետ, կարող է հետապնդվել դաշնային և նահանգային օրենքների համաձայն, և եթե մեղավոր ճանաչվեմ խարդախության մեջ, ես կարող եմ նաև ենթարկվել քաղաքացիական տույժերի: Ստորագրելով որպես մատակարար՝ ես հայտարարում եմ, որ այս հայցում ընդգրկված տեղեկատվությունը ճշմարիտ և ճշգրիտ է:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
				申報的信息是真實和正確的。	
	Button	Sign and Submit	Firme y envíe	簽名並提交	Ստորագրեք և Ներկայացրեք
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Confirmation Message	Your claim will be reviewed. Please do not submit a duplicate claim as this may cause processing delays. You will receive notice once your claim has been processed.	Su reclamo será revisado. Por favor, no envíe una reclamación duplicada, ya que esto puede causar retrasos en el procesamiento. Recibirá un aviso una vez que se haya procesado su reclamo.	您的申报將被审核。請不要提交重複的申报，因為這可能會導致處理延遲。一旦您的申报得到處理，您將收到通知。	Ձեր հայցը կվերանայվի: Խնդրում ենք կրկնօրինակ հայց չներկայացնել, քանի որ դա կարող է հանգեցնել գործընթացի հետաձգման: Դուք ծանուցում կստանաք, երբ ձեր հայցը գործողության ընթացքի մեջ լինի:
Career Pathways Training Report	**Screen Title**	**Career Pathways Training Report**	Reporte de entrenamiento sobre las carreras profesionales	職業培訓報告	Կարիերայի Ուղիներ դասընթացի/վերապատրաստման հաշվետվություն
	Static Text	Training Classes Completed	Clases de entrenamiento completadas	已完成培訓课程	Վերապատրաստման դասընթացներն ավարտվել են
	Static Text	Career Pathway	Carrera profesional	職業培訓	Կարիերայի Ուղի
	Static Text	Total Hours	Horas totales	总时数	Ընդհանուր ժամերը
	Static Text	The class history displayed on this page only reflects information from approved training time claims. Click the View Training Report button to generate a class history report.	El historial de clases que se muestra en esta página solo refleja información de reclamos de tiempo de entrenamiento aprobados. Haga clic en el botón Descargar reporte de entrenamiento para generar un reporte del historial de la clase.	此頁面上顯示的課程歷史記錄僅反映批准的培訓時間申报的信息。單擊“下載培訓報告”按鈕生成課程歷史報告。	Այս էջում ցուցադրված դասընթացների պատմությունն արտացոլում է միայն հաստատված վերապատրաստման ժամերի հայտերի տեղեկատվությունը: Սեղմեք «Ներբեռնել վերապատրաստման հաշվետվություն» կոճակը՝ դասընթացի պատմության հաշվետվություն ստեղծելու համար:
	Button	Download Training Report	Descargar reporte de entrenamiento	下載培訓報告	Ներբեռնեք վերապատրաստման հաշվետվությունը
PDF Download-Career Pathways Training Report	**Form Name**	**Career Pathways Training Report**	Reporte de entrenamiento sobre las carreras profesionales	職業培訓報告	Կարիերայի Ուղիներ դասընթացի/վերապատրաստման հաշվետվություն
	Static Text	Career Pathway	Carrera profesional	職業培訓	Կարիերայի Ուղի
	Static Text	Class Number	Número de clase	課程編號	Դասի համարը
	Static Text	Class Name	Nombre de clase	課程名稱	Դասի անունը
	Static Text	Training Date	Fecha de entrenamiento	培訓日期	Վերապատրաստման օրը
	Static Text	Hours Claimed	Horas reclamadas	報銷小時	Հայցված ժամերը
	Dynamic Text	Adult Education	Educación de adultos	成人教育	Մեծահասակների կրթություն
	Dynamic Text	General Health/Safety	Salud/Seguridad General	大衆健康/安全	Ընդհանուր առողջություն/անվտանգություն
	Dynamic Text	Cognitive Impairment Behavioral Health	Deterioro cognitivo salud conductual	認知障礙行為健康	Ճանաչողական խանգարումներով վարքագծային առողջություն
	Dynamic Text	Complex Physical Care Needs	Necesidades complejas de cuidado físico	複合護理需求	Բարդ ֆիզիկական խնամքի կարիքներ
	Dynamic Text	Transition to Home/Community Living	Transición a la vida en el hogar/comunidad	家庭/社區的過渡	Անցում դեպի տուն/համայնքային ապրելակերպ
Training - Career Pathways Training Report	**Screen Title**	**Career Pathways Training Report**	Reporte de entrenamiento sobre las carreras profesionales	職業培訓報告	Կարիերայի Ուղիներ դասընթացի/վերապատրաստման հաշվետվություն
	Static Text	How to View Your Career Pathways Training Report	Cómo ver su reporte de entrenamiento de carrera profesionales.	如何查看您的“職業培訓報告”	Ինչպես դիտարկել ել Ձեր Կարիերայի Ուղիներ վերապատրաստման հաշվետվությունը:
	Static Text	1. Click the Resources menu item and select Career Pathways Training Report. 2. Click on the Download Training Report button to view a list of all your approved Career Pathways claims. ◦ A pdf will open that you can view, save or print.	1. Haga clic en el elemento de menú Recursos y seleccione Reporte de entrenamiento de carrera profesionales. 2. Haga clic en el botón Descargar reporte de entrenamiento para ver una lista de todas sus reclamaciones aprobadas de las carreras profesionales. ◦ Se abrirá un pdf que puede ver, guardar o imprimir.	1. 單擊“資源”菜單項並選擇“職業培訓報告”。 2. 單擊“下載培訓報告”按鈕查看所有已批准的職業培训申报的列表。 ◦ 將打開一個 pdf 文件，您可以查看、保存或打印。	1. Սեղմեք Ռեսուրսներ ընտրացանկի տարրը և ընտրեք Կարիերայի Ուղիների Վերապատրաստման Հաշվետվություն: 2. Սեղմեք Ներբեռնել Վերապատրաստման Հաշվետվություն կոճակը՝ Ձեր Կարիերայի Ուղիների բոլոր հաստատված հայցերի ցանկը դիտելու համար: ◦ Կբացվի pdf, որը կարող եք դիտել, պահպանել կամ տպել:

DSD Appendix D/Message Center

CI
CI-823591 - DSD TRAN Message Center IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Message Center	**Screen Title**	**Message Center**	**Centro de mensajes**	**信息中心**	**Հաղորդագրության Կենտրոն**
INBOX TAB: COMMON (PROVIDER & RECIPIENT)					
Inbox	**Page Tab**	Inbox	Buzón de entrada	收件箱	Էլ. փոստի մուտքի արկղ
When No Messages Display	Static Text	You have no messages to display.	No tiene mensajes que mostrar.	無消息顯示。	Դուք հաղորդագրություններ չունեք ցուցադրելու համար:
Welcome Message	Subject	Welcome to the Electronic Services Portal!	¡Bienvenido al Portal de Servicios Electrónicos!	歡迎來到電子服務网站!	Բարի գալուստ Էլեկտրոնային Ծ
	Content	The California Department of Social Services would like to welcome you to the IHSS/WPCS Electronic Services Portal (ESP)! The ESP allows you to take care of your timesheet and payroll needs online, along with other self-service features, using a tablet, smartphone, laptop, or computer. As an ESP user, you will receive email notifications related to payroll processing and messages from your county. The What's New messages will notify you when there are changes to the ESP and the Training page has links to external resources along with up-to date how to guides for providers and recipients. The IHSS Service Desk is available to help any recipient or provider that needs assistance with the ESP. Please contact the IHSS Service Desk at (866) 376-7066 during normal business hours of 8am - 5pm Monday through Friday, excluding major holidays.	¡El Departamento de Servicios Sociales de California desea darle la bienvenida al Portal de Servicios Electrónicos (ESP) de IHSS/WPCS! El ESP le permite ocuparse de sus necesidades de hojas de tiempo y nómina en línea, junto con otras funciones de autoservicio, utilizando una tableta, teléfono inteligente, computadora portátil o computadora. Como usuario de ESP, recibirá notificaciones por correo electrónico relacionadas con el procesamiento de nóminas y mensajes de su condado. Los mensajes Qué hay de nuevo le notificarán cuando haya cambios en el ESP y la página Entrenamiento tiene enlaces a recursos externos junto con guías de procedimientos actualizados para proveedores y beneficiarios. El servicio de asistencia de IHSS está disponible para ayudar a cualquier beneficiario o proveedor que necesite ayuda con el ESP. Póngase en contacto con el servicio de asistencia de IHSS llamando al (866) 376-7066 durante el horario comercial normal de 8am a 5pm de lunes a viernes, excepto los días festivos principales.	加州社會服務部歡迎您訪問 IHSS/WPCS 電子服務网站 (ESP)！ ESP 允許您使用平板電腦、智能手機、筆記本電腦或計算機在線處理您的工时单和工薪需求，以及其他自助服務功能。作為 ESP 用戶，您將收到與工薪處理相關的電子郵件通知和來自您所在郡的消息。 ESP 發生的更新将以 最新消息 通知您，而 培訓 頁麵包含了外部資源的鏈接以及看护人和受看护人的最新指南。 IHSS 服務台可幫助任何需要 ESP 幫助的看护人或受看护人。請在周一至週五上午 8 點至下午 5 點的正常工作時間內致電 (866) 376-7066 聯繫 IHSS 服務台，重大節假日除外。	Կալիֆորնիայի Սոցիալական Ծառայությունների Բաժինը ցանկանում է ողջունել Ձեզ IHSS/WPCS Էլեկտրոնային Ծառայությունների Պորտալում (ESP): ESP-ն թույլ է տալիս առցանց հոգալ Ձեր ժամացուցակի և աշխատավարձի կարիքները, ինչպես նաև ինքնասպասարկման այլ գործառույթներ՝ օգտագործելով պլանշետ, սմարթֆոն, նոութբուք կամ համակարգիչ: Որպես ESP-ի օգտատեր, Դուք կստանաք ծանուցումներ Էլ.փոստով՝ կապված աշխատավարձի ստացման մշակման հետ և հաղորդագրություններ Ձեր վարչաշրջանից: «Նորություններ» հաղորդագրությունները ձեզ կտեղեկացնեն ESP-ի փոփոխությունների մասին, իսկ Ուսուցման էջում կան հղումներ դեպի արտաքին ռեսուրսներ, ինչպես նաև արդի ուղեցույցներ մատակարարների և ստացողների համար: IHSS-ի Աջակցության Բաժինը հասանելի է ցանկացած ստացողի կամ մատակարարի, ով օգնության կարիք ունի ESP-ի օգտագործման հետ: Խնդրում ենք կապվել IHSS Աջակցության Բաժնի հետ (866) 376-7066 հեռախոսահամարով՝ երկուշաբթիից -ուրբաթ, աշխատանքային ժամերի ընթացքում՝առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը բացառությամբ խոշոր տոների:
Delete Message Pop-Up	Static Text	Delete Message	Eliminar el mensaje	删除消息	Ջնջել հաղորդագրությունը
	Static Text	Are you sure you want to delete this message?	¿Está seguro que desea eliminar este mensaje?	你確定要刪除這條消息嗎?	Վստա՞հ եք, որ ցանկանում եք ջնջել այս հաղորդագրությունը:
	Button	Delete	Eliminar	删除	Ջնջել
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
Create Message Pop-Up - Message Templates	Subject	Reminder to complete and return form <var:SOC Form Name>	Recordatorio para completar y devolver el formulario <var:SOC Form Name>	提醒填寫並提交表格 <var:SOC Form Name>	Հիշեցում՝ լրացնել և վերադարձնել <var:SOC Form Name> ձևը:
	Content	Your IHSS county office has requested that you submit a completed <var:FullFormName> for processing by <var:MM/DD/YYYY>. As of the date of this	Su oficina del condado de IHSS le ha solicitado que envíe un <var:FullFormName> completo para su procesamiento anted del <var:MM/DD/YYYY>. A partir de la fecha de este	您的 IHSS 辦公室已要求您提交完整的 <var:FullFormName> 以便在 <var:MM/DD/YYYY> 之前處理。 截至本通知發出之日，我們的記錄顯	Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակը խնդրել է, որ Դուք ներկայացնեք լրացված <var:FullFormName> ձևը՝ գործընթացի համար մինչև <var:MM/DD/YYYY>-ը: Այս ծանուցման օրվա դրությամբ մեր գրառումները ցույց են տալիս, որ Դուք դեռ չեք վերադարձրել վերը նշված ձևը: Խնդրում ենք լրացնել, ստորագրել և վերադարձնել վերը նշված ձևը Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ: Եթե

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		notice, our records show you have not yet returned the requested form. Please fill out, sign, and return the form to your IHSS county office. If you believe you have already submitted this form, please call your IHSS county office to ensure that the form has been received. Submitting this form after <var:MM/DD/YYYY> may result in a delay. If you have any questions, please contact your IHSS county office.	aviso, nuestros registros muestran que aún no ha devuelto el formulario anterior. Por favor llene, firme y devuelva el formulario anterior a su oficina del condado de IHSS. Si usted cree que ya ha presentado este formulario, por favor llame a la oficina de su condado de IHSS para asegurarse de que el formulario ha sido recibido. El envío de este formulario después de <var:MM/DD/YYYY> puede provocar un retraso. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de su condado de IHSS.	示您尚未提交上述表格。 請填寫、簽署並將上述表格交回您所在的 IHSS 辦公室。 如果您認為您已經提交了此表格，請致電您的 IHSS 辦公室以確保其已收妥該表格。 在 <var:MM/DD/YYYY> 之後提交此表單可能會導致延遲。如果您有任何問題，請聯繫您所在的 IHSS 辦事處。	կարծում եք, որ արդեն ներկայացրել եք այս ձևը, խնդրում ենք զանգահարել Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ՝ համոզվելու համար, որ ձևը ստացել են: Այս ձևը <var:MM/DD/YYYY>-ից հետո ներկայացնելը կարող է հանգեցնել հետաձգման: Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք դիմեք Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ:
INBOX TAB: PROVIDER					
INBOX TAB: RECIPIENT					
Create Message Pop-Up -Message Templates	Subject	Upcoming IHSS Assessment	Próxima evaluación de IHSS	即將到來的 IHSS 评估探访	Առաջիկա IHSS գնահատման տեսակցություն
	Body	Your IHSS social worker would like to remind you of your upcoming assessment on <var:MM/DD/YYY>. Please be prepared to discuss your needs with your IHSS social worker. If you have a change to your address, need an interpreter or have questions, please contact your IHSS county office.	Su trabajador social de IHSS desea recordarle su próxima evaluación en <var:MM/DD/YYYY>. Por favor, prepárese para discutir sus necesidades con su trabajador social de IHSS. Si tiene un cambio en su dirección, necesita un intérprete o tiene preguntas, comuníquese con su trabajador social de la oficina del condado de IHSS.	您的 IHSS 社工想提醒您即將在 <var:MM/DD/YYYY> 進行的评估探访。請準備好與您的 IHSS 社工討論您的需求。 如果您的地址有變動、需要翻譯或有任何疑問，請聯繫您 IHSS 当地办事处的社工。	Ձեր IHSS սոցիալական աշխատակիցը ցանկանում է Ձեզ հիշեցնել Ձեր առաջիկա գնահատման տեսակցության մասին, որը տեղի կունենա՝ <var:MM/DD/YYYY>: Խնդրում ենք պատրաստ լինել IHSS սոցիալական աշխատակցի հետ քննարկելու Ձեր կարիքները: Եթե փոխել եք Ձեր հասցեն, թարգմանչի կարիք ունեք կամ հարցեր ունեք՝ խնդրում ենք դիմեք Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ:
3rd Party Forms ESP Message (English Only)	Subject	<CreatedOnDate> Required Form for IHSS Assessment <var:SOC Short Name>	<CreatedOnDate> Formulario requerido para la evaluación de IHSS <var:SOC Short Name>	<CreatedOnDate>IHSS 評估所需表格 <var:SOC Short Name>	<CreatedOnDate> IHSS գնահատման համար անհրաժեշտ ձև՝ <var:SOC Short Name>:
	Body	The attached <var:SOC Full Form Name> is required to complete your IHSS needs assessment and service authorization. Please review and give the attached form to your Licensed Health Care Professional to complete. Submit the completed and signed form to your IHSS county office by <var:DueDate>. [Complete the <var:SOC Full Form Name>.] ←Link to PDF Form If you have any questions, please contact your IHSS county office.	Se requiere el <var:SOC Full Form Name> adjunto para completar su evaluación de necesidades de IHSS y la autorización del servicio. Revise y entregue el formulario adjunto a su profesional de la salud con licencia para que lo complete. Envíe el formulario completo y firmado a la oficina de su condado de IHSS antes de <var:DueDate>. Complete el <var: SOC FullFormName >. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de su condado de IHSS.	需要隨附的 <var:SOC Full Form Name> 來完成您的 IHSS 需求評估和服務授權。 請查看所附表格並將其交給您的持照醫療保健專業人員來完成。在 <var:DueDate> 之前將填妥並簽署的表格提交給您的 IHSS 縣辦公室。 填寫 <var:SOC Full Form Name>。 如果您有任何問題，請聯繫您所在的 IHSS 辦事處。	Կցված <var:SOC Full Form Name> ձևը պահանջվում է՝ Ձեր IHSS կարիքների գնահատումն և սպասարկման թույլտվության համար: Խնդրում ենք վերանայել և տրամադրել կից ձևը Ձեր լիցենզավորված բուժաշխատողին՝ լրացնելու համար: Ներկայացրեք լրացված և ստորագրված ձևը ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ մինչև հետևյալ օրը՝ <var:DueDate>: Լրացրեք հետևյալ ձևը՝ <var:SOC Full Form Name>: Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք դիմեք Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
3rd Party Forms ESP Message (Threshold/Additional Language Only)	Subject	<CreatedOnDate> Required Form for IHSS Assessment <var:SOC Short Name>	<CreatedOnDate> Formulario requerido para la evaluación de IHSS <var:SOC Short Name>	<CreatedOnDate>IHSS 評估所需表格 <var:SOC Short Name>	<CreatedOnDate> IHSS գնահատման համար անհրաժեշտ ձև՝ <var:SOC Short Name>:
	Body	Attached are the <var:SOC Full Form Name>. The English form is for you to sign and provide to your doctor to complete. Please return the completed English form signed by your doctor to your IHSS county office by <var:DueDate>. The <var:Selected Form Language> form is provided to you based on your preferred language. Please keep it for your record. ONLY return the English form to your IHSS county office. Complete the [var:SOC Full Form Name>.] ←Link to PDF Form If you have any questions, please contact your IHSS county office.	Se adjuntan los <var:SOC Full Form Name>. El formulario en inglés es para que usted lo firme y se lo entregue a su médico para que lo complete. Por favor, devuelva el formulario en inglés completo y firmado por su médico a la oficina de IHSS del condado antes de <var:DueDate>. El formulario <var:Selected Form Language> se le proporciona en función de su idioma preferido. Por favor, guárdelo para su registro. SOLO devuelva el formulario en inglés a la oficina de IHSS en el condado. Complete el <var: SOC FullFormName >. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de su condado de IHSS.	附上<var:SOC Full Form Name>。英文表格由您签署并提供给您的医生填写。请将由您的医生签署的完整英文表格返回给您的 IHSS 县办公室 <var:DueDate>。< var:Selected Form Language >表格是根据您的首选语言提供给您的。请妥善保管。仅将英文表格返回给您的 IHSS 县办公室。 填寫 <var:SOC Full Form Name>。 如果您有任何問題，請聯繫您所在的 IHSS 辦事處。	Կից են <var:SOC Full Form Name>-ը: Անգլերեն ձեւը ձեզ համար է, որ դուք ստորագրեք եւ տրամադրեք ձեր բժշկին, որպեսզի լրացնեք: Խնդրում ենք ձեր բժշկի կողմից ստորագրված անգլերենի լրացված ձեւը վերադարձնել ձեր IHSS county գրասենյակ՝ <var:DueDate>: <var:Selected Form Language> ձեւը տրվում է Ձեզ՝ ելնելով Ձեր նախընտրած լեզվից: Խնդրում ենք պահպանել այն ձեր գրառման համար: ՄԻԱՅՆ վերադարձրեք անգլերեն բլանկը ձեր IHSS county գրասենյակ: Լրացրեք հետևյալ ձևը՝ <var:SOC Full Form Name>: Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք դիմեք Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ:
ELECTRONIC FORMS TAB: COMMON (PROVIDER & RECIPIENT)					
Electronic Forms	**Page Tab**	Electronic Forms	Formularios electrónicos	電子表格	Էլեկտրոնային ձևեր
	Radio Label	Select forms to show:	Seleccione los formularios que desea mostrar:	選擇要顯示的表格：	Ընտրեք ձևերը՝ ցուցադրելու համար.
	Radio	Only show Pending Forms	Mostrar sólo formularios pendientes	僅顯示待處理表格	Ցուցադրել միայն Սպասվող Ձևերը:
	Radio	Show Pending and Accepted Forms	Mostrar formularios pendientes y aceptados	顯示待處理和已接受的表格	Ցույց տալ Սպասվող և Ընդունված Ձևերը:
	Static text	You have no Pending Forms to display.	No tiene formularios pendientes para mostrar.	您沒有可顯示的待處理表格。	Դուք չունեք Սպասվող Ձևեր ցուցադրելու համար:
	Static text	You have no Accepted Forms to display.	No tiene formularios aceptados para mostrar.	您沒有可顯示的已接受表格。	Դուք չունեք Ընդունված Ձևեր ցուցադրելու համար:
When No Electronic Forms Display	Static Text	You have no electronic forms to display.	No tiene formularios electrónicos para mostrar.	您沒有可顯示的電子表格。	Դուք էլեկտրոնային ձևեր չունեք ցուցադրելու համար:
No Electronic Forms Pop-Up	Static Text	You have no electronic forms to display. You can find your ESP messages by selecting the 'Go to Inbox' button.	No tiene formularios electrónicos para mostrar. Puede encontrar sus mensajes ESP seleccionando el botón 'Vaya al buzón de entrada'.	您沒有可顯示的電子表格。您可以透過選擇「前往收件夹」按鈕來尋找您的 ESP 訊息。	Դուք էլեկտրոնային ձևեր չունեք ցուցադրելու համար: Դուք կարող եք գտնել Ձեր ESP հաղորդագրություններն՝ ընտրելով «Գնալ մուտքի արկղ/inbox» կոճակը:
	Button	Go to Inbox	Vaya al buzón de entrada	前往收件箱	Գնացեք մուտքի արկղ
	Button	Back to Home	Volver a la pagina de inicio	返回首页	Վերադարձ դեպի տուն
Training Electronic Forms screen	**Screen Title**	IHSS Website - Training | Electronic Forms	Sitio web de IHSS - Entrenamiento | Formularios electrónicos	IHSS 網站 - 培訓 |電子表格	IHSS կայքէջ - Ուսուցում/Վերապատրաստում | Էլեկտրոնային ձևեր
	Header	**Training Electronic Forms**	**Formularios electrónicos de entrenamiento**	**培訓電子表格**	**Ուսուցման էլեկտրոնային ձևեր**
	Body	**IHSS Electronic Forms** Your county can send you IHSS program forms for electronic completion through the ESP Message Center	**Formularios electrónicos IHSS** Su condado puede enviarle formularios del programa IHSS para completar electrónicamente a través del Centro de mensajes de	**IHSS 電子表格** 您的縣可以透過ESP消息中心以電子形式向您發送IHSS計劃表格，供您完成。當您在消息中心收到電子表格時，將向您發送電子郵件和/或	**IHSS էլեկտրոնային ձևեր** Ձեր վարչաշրջանը կարող է Ձեզ ուղարկել IHSS ծրագրի ձևերը՝ էլեկտրոնային եղանակով լրացնելու համար ESP Հաղորդագրությունների կենտրոնի միջոցով՝ որպես էլեկտրոնային ձև: Էլ. փոստով ծանուցում և/կամ տեքստային հաղորդագրության կուղարկվի Ձեզ, երբ էլեկտրոնային ձև ստանաք Ձեր Հաղորդագրությունների

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		as an electronic form. An email and/or text message notification will be sent to you when you receive an electronic form in your Message Center. You can select your notification option on the 'My Preferences' screen. You can access your electronic forms by selecting the Message Center link or the mail icon on the top right of your screen. The Message Center mail icon will display a count of how many unread messages and/or electronic forms you have. Your newest electronic forms are displayed at the top and will be shown in bold until viewed. High priority electronic forms will be labeled with a red exclamation mark (!). **Completing IHSS Electronic Forms** On the Electronic Forms tab, you can complete your electronic forms by selecting the message subject then selecting the link within the message. The editable electronic form will be displayed in a new browser window, which may require you to disable your browser's pop-up blocker. Electronic Forms may span multiple pages, you can navigate between pages by using the Back and Next buttons on the bottom of the page or by selecting a tab from the top of the page. Selecting the 'Save' button will save a draft copy of the electronic form so that you can return and complete/submit it later. Your county will be unable to view the electronic form until it has been submitted. Selecting the 'Submit' button will trigger field validation. If every required field has been completed, then the form will be submitted to your county for review. **Viewing or downloading completed IHSS Electronic Forms** Once your county accepts your electronic form, you will receive a new message allowing you to view or download a PDF of	ESP como un formulario electrónico. Se le enviará una notificación por correo electrónico y/o mensaje de texto cuando reciba un formulario electrónico en su Centro de mensajes. Puede seleccionar su opción de notificación en la pantalla "Mis preferencias". Puede acceder a sus formularios electrónicos seleccionando el enlace Centro de mensajes o el icono de correo en la parte superior derecha de la pantalla. El icono de correo del Centro de mensajes mostrará un recuento de cuántos mensajes y/o formularios electrónicos no leídos tiene. Sus formularios electrónicos más recientes se muestran en la parte superior y se mostrarán en negrita hasta que se vean. Los formularios electrónicos de alta prioridad se etiquetarán con un signo de exclamación rojo (!). **Completar formularios electrónicos de IHSS** En la pestaña Formularios electrónicos, puede completar sus formularios electrónicos seleccionando el asunto del mensaje y seleccionando el enlace dentro del mensaje. El formulario electrónico editable se mostrará en una nueva ventana del navegador, que puede requerir que desactive el bloqueador de ventanas emergentes de su navegador. Los formularios electrónicos pueden abarcar varias páginas, puede navegar entre páginas utilizando los botones Atrás y Siguiente en la parte inferior de la página o seleccionando una pestaña en la parte superior de la página. Al seleccionar el botón 'Guardar' se guardará un borrador del formulario electrónico para que pueda devolverlo y completarlo / enviarlo más tarde. Su condado no podrá ver el formulario electrónico hasta que se haya enviado. Al seleccionar el botón 'Enviar' se activará la validación. Si se han completado todos los campos requeridos, el formulario se enviará a su condado para su revisión. **Ver o descargar formularios electrónicos IHSS completados** Una vez que su condado acepte su formulario electrónico, recibirá un nuevo mensaje que le permitirá ver o descargar un PDF de su formulario completado. Puede ver sus formularios electrónicos completados seleccionando	短信通知。您可以在“我的首選設定”屏幕上選擇您的通知選項。 您可以透過選擇螢幕右上角的訊息中心連結或郵件圖示來存取您的電子表格。訊息中心的郵件圖示將顯示您有多少未讀訊息和/或電子表格。您最新的電子表格會顯示在頂部，並且會以粗體顯示，直到被查看狀況。優先順序的電子表格將以紅色感嘆號（！）標記。 **填寫 IHSS 電子表格** 在「電子表格」標籤上，您可以透過選擇訊息主題，然後選擇訊息內的連結來您的電子表格。可編輯的電子表格將顯示在新的瀏覽器視窗中，可能需要您取消瀏覽器的彈出視窗阻止器。 電子表格可能跨越多個頁面，您可以使用頁面底部的「後退」和「下一步」按鈕或選擇頁面頂部的標籤在頁面之間導航。 選擇“儲存”按鈕將保存電子表格的草稿副本，以便您稍後返回並完成/提交。在提交電子表格之前，您所在的縣將無法查看電子表格。選擇“提交”按鈕將觸發欄位驗證。如果所有必填欄位均已填寫，則該表格將提交給您所在的縣進行審核。 **查看或下載完整的 IHSS 電子表格** 一旦您所在的縣接受您的電子表格，您將收到一條新訊息，讓您可以查看或下載已填寫表格的 PDF 版本。您可以選擇「顯示待處理和已接受的表格」單選按鈕來查看已填寫的電子表格。	կենտրոնում: Դուք կարող եք ընտրել Ձեր ծանուցման տարբերակը «Իմ նախընտրությունները» էկրանին: Դուք կարող եք մուտք գործել Ձեր էլեկտրոնային ձևերն՝ ընտրելով Հաղորդագրությունների կենտրոն հղումը կամ էլ. փոստի պատկերակը Ձեր էկրանի վերևի աջ մասում: Հաղորդագրությունների կենտրոնի փոստի պատկերակը կցուցադրի Ձեր չընթերցված հաղորդագրությունների և/կամ էլեկտրոնային ձևերի քանակը: Ձեր ստացած ամենավերջին էլեկտրոնային ձևերը ցուցադրվում են վերևում և կլինեն թավատառ մինչև չդիտվեն/չընթերցվեն: Բարձր առաջնահերթության էլեկտրոնային ձևերը կնշվեն կարմիր բացականչական նշանով (!): **Լրացնել IHSS էլեկտրոնային ձևերը:** Էլեկտրոնային ձևեր ներդիրում կարող եք լրացնել Ձեր էլեկտրոնային ձևերն՝ ընտրելով հաղորդագրության թեման, այնուհետև ընտրելով հաղորդագրության մեջ եղած հղումը: Խմբագրելի էլեկտրոնային ձևը կցուցադրվի դիտարկիչի նոր պատուհանում, որը կարող է ձեզանից պահանջել անջատել ձեր բրաուզերի pop-up- blocker-ը: Էլեկտրոնային ձևերը կարող են պարունակել բազմաթիվ էջեր, և Դուք կարող եք հետևել էջերին՝ օգտագործելով էջի ներքևի մասում գտնվող Հետ վերադառնալ և Հաջորդ կոճակները կամ ընտրելով էջի վերևում գտնվող ներդիրը: Ընտրելով «Պահպանել» կոճակը, էլեկտրոնային ձևի սևագիր տարբերակը կպահպանվի, որպեսզի երբ հետագայում վերադառնաք, կարողանաք ամբողջովին լրացնել/ներկայացնել ձևը: Ձեր վարչաշրջանը չի կարող տեսնել էլեկտրոնային ձևը մինչև այն չներկայացվի: Սեղմելով «Ներկայացնել» կոճակը՝ ձևը կհաստատվի և կուղարկվի, եթե բոլոր պահանջվող վանդակները լրացված են: Ձևը կներկայացվի Ձեր վարչաշրջան՝ վերանայման համար: **Լրացված IHSS էլեկտրոնային ձևերի դիտարկում կամ ներբեռնում:** Երբ Ձեր վարչաշրջանն ընդունի Ձեր էլեկտրոնային ձևը, Դուք կստանաք նոր հաղորդագրություն, որը թույլ կտա դիտարկել կամ ներբեռնել Ձեր լրացված ձևի PDF տարբերակը: Դուք կարող եք դիտարկել Ձեր լրացված էլեկտրոնային ձևերն՝ ընտրելով «Ցուցադրել գործընթացի մեջ գտնվող և ընդունված ձևերը» ռադիոկոճակը:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		your completed form. You can view your completed electronic forms by selecting the 'Show Pending and Accepted Forms' radio button.	el botón de opción "Mostrar formularios pendientes y aceptados".		
ELECTRONIC FORMS TAB: PROVIDER					
ELECTRONIC FORMS TAB: RECIPIENT					
Electronic Form Completion Request message	Subject	Electronic Form Completion Request for <var:SOC Form Name>	Solicitud electrónica de finalización del formulario para < var: Nombre del formulario SOC >	<var:SOCForm Name> 的電子表格完成申请。	Էլեկտրոնային ձևի լրացման հարցում <var:SOC Form Name>-ի համար:
	Body	Your IHSS county office has requested that you complete and submit an electronic <var:FullFormName> for processing by <var:Action Date>.	Su oficina del condado de IHSS ha solicitado que complete y envíe un < var: FullFormName > electrónico para su procesamiento antes de < var: Date >.	您的 IHSS 郡辦公室已要求您在 <var:Date> 之前完成並提交電子 <var:FullFormName> 以供處理。	Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակը խնդրել է, որ Դուք լրացնեք և ներկայացնեք էլեկտրոնային <var:FullFormName> ձևը մգործընթացի համար մինչև <var:Date>-ը:
		Please electronically complete, sign, and submit the attached form to your IHSS county office. If you believe you have already submitted this form, please call your IHSS county office to ensure that the form has been received.	Por favor complete, firme y envíe electrónicamente el formulario adjunto a la oficina de su condado de IHSS. Si usted cree que ya ha enviado este formulario, por favor llame a su oficina del condado de IHSS para asegurarse de que el formulario ha sido recibido.	請以電子方式填寫、簽名並將所附表格提交給您的 IHSS 郡辦公室。如果您認為您已經提交了此表格，請致電您的 IHSS 郡辦公室以確保已收到該表格。	Խնդրում ենք էլեկտրոնային եղանակով լրացնել կցված ձևը, ստորագրել և ներկայացնել Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ: Եթե կարծում եք, որ արդեն ներկայացրել եք այս ձևը, խնդրում ենք զանգահարել Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ՝ համոզվելու համար, որ ձևը ստացել են:
		[Complete the <var:FullFormName>.] ←Link to Adaptive Form	Complete el <var:FullFormName>.	完成 <var:FullFormName>	Լրացրեք <var:FullFormName>-ը:
		Submitting this form after <var:Action Date> may result in a delay. If you have any questions or prefer a paper form, please contact your IHSS county office.	El envío de este formulario después de <var:Date> puede provocar un retraso. Si tiene alguna pregunta o prefiere un formulario en papel, comuníquese con la oficina del condado de IHSS.	在 <var:Date> 之後提交此表格可能會導致延遲。如果您有任何疑問或更喜歡紙質表格，請聯繫您的 IHSS 郡辦公室。	Այս ձևը <var:Date>-ից հետո ներկայացնելը կարող է հանգեցնել հետաձգման: Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք դիմեք Ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ:
Training Message Center screen	**Screen Title**	IHSS Website - Training | Message Center	N/A	N/A	N/A
	Header	**Training Message Center**	**Entrenamiento del Centro de mensajes**	**培訓通知中心**	**Ուսումնական/վերապատրաստման հաղորդագրությունների կենտրոն**
	Body	**Message Center**	**Centro de mensajes**	**信息中心**	**Հաղորդագրության Կենտրոն**
		You can receive important IHSS messages electronically through the ESP Message Center. An email notification and/or text message will be sent to you when you receive messages in your Message Center. You can access the Message Center by selecting the Message Center link or the mail icon on the top right of your screen. The Message Center mail icon will display a count of how many unread messages you have.	Puede recibir mensajes importantes de IHSS electrónicamente a través del Centro de mensajes ESP. Se le enviará una notificación por correo electrónico y/o un mensaje de texto cuando reciba mensajes en su Centro de mensajes. Puede acceder al Centro de mensajes seleccionando el enlace Centro de mensajes o el icono de correo en la parte superior derecha de la pantalla. El icono de correo del Centro de mensajes mostrará un recuento de cuántos mensajes no leídos tiene. En la pantalla Buzón de entrada, puede ver los mensajes ampliando o	您可以通過 ESP 通知中心以電子方式接收重要的 IHSS 通知。 當您在消息中心收到消息時，將向您發送電子郵件通知和/或短信。 您可以通過選擇通知中心鏈接或屏幕右上角的郵件圖標來訪問通知中心。 通知中心郵件圖標將顯示您有多少未讀通知的計數。 選擇“收件箱”，您可以通過点击郵件主題來展開或折疊每封郵件來查看。 您的最新通知顯示在頂部，並以粗體顯示，直到被查看。 高優先級通知將標有感嘆號 (!)。 如果您對通知有任何疑問，請聯繫您當地的	Դուք կարող եք ստանալ կարևոր IHSS հաղորդագրություններ էլեկտրոնային եղանակով՝ ESP հաղորդագրությունների կենտրոնի միջոցով: Էլ.փոստով ծանուցում և/կամ տեքստային հաղորդագրություն կուղարկվի Ձեզ, երբ Դուք հաղորդագրություններ ստանաք Ձեր Հաղորդագրությունների կենտրոնում: Դուք կարող եք մուտք գործել Հաղորդագրությունների կենտրոն՝ ընտրելով Հաղորդագրությունների կենտրոնի հղումը կամ էլ.փոստի պատկերակը Ձեր էկրանի վերևի աջ կողմում: Հաղորդագրությունների կենտրոնի փոստի պատկերակը կցուցադրի Ձեր չընթերցած հաղորդագրությունների քանակը: Inbox-ում կարող եք դիտել Ձեր հաղորդագրությունները՝ ընդլայնելով կամ փոքրացնելով յուրաքանչյուր հաղորդագրություն՝ ընտրելով հաղորդագրության թեման: Ձեր ամենավերջին ստացած հաղորդագրությունները հայտնվում են վերևում և կլինեն թավատառ, մինչև դրանք չդիտվեն: Առաջնահերթ հաղորդագրությունները կնշվեն կարմիր բացականչական նշանով (!): Եթե Ձեր հաղորդագրություններից որևէ մեկի վերաբերյալ հարցեր ունեք, դիմեք Ձեր շրջանային IHSS գրասենյակ:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		On the Inbox tab, you can view your messages by expanding or collapsing each message by selecting the message subject. Your newest messages are displayed on top and will be shown in bold until viewed. High priority messages will be labeled with an exclamation mark (!). If you have questions about any of your messages, please contact your local IHSS office.	reduciendo cada mensaje seleccionando el asunto del mensaje. Los mensajes más recientes se muestran en la parte superior y se mostrarán en negrita hasta que se vean. Los mensajes de alta prioridad se mostrarán con un signo de exclamación (!). Si tiene preguntas sobre cualquiera de sus mensajes, comuníquese con su oficina local de IHSS.	IHSS 辦公室。	

DSD Appendix D/IHSS EVV Location Services

CI
CI-823706 - DSD TRAN IHSS EVV Location Services IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**Check-In/Out**	**Verificar Entrada/Salida**	**簽入/簽出**	**Մուտք գործել/Ելք կատարել**
	Banner Alert *(displays upon initial sign-in or if location services are temporarily turned off)*	This app requires the location services to be enabled in order to check in/out.	Esta aplicación requiere que los servicios de ubicación estén activados para poder verificar entrada/salida.	此應用程序需要打開定位服務才能簽入/簽出。	Այս ծրագիրը պահանջում է միացնել տեղորոշման ծառայությունները՝ մուտք գործելու / ելք կատարելու համար:
	Static Text	Please select one of the options below to begin. ◦ Select Check-In if you need to check-in for a Recipient you are working for today. ◦ Select Check-Out if you need to check-out for a Recipient you worked for today. ◦ You will select your Recipient on the next screen. ◦ You can enter or modify the check-in or check-out time for a prior date on the Timesheet Entry screen.	Seleccione una de las siguientes opciones para comenzar. • Seleccione Verificar entrada si necesita verificar su entrada para un beneficiario para el que está trabajando hoy. • Seleccione Verificar salida si necesita verificar su salida para un beneficiario para el que está trabajando hoy. • Seleccionará su beneficiario en la siguiente pantalla. • Puede introducir o modificar la hora de verificación de entrada o salida de una fecha anterior en la pantalla Ingreso de hoja de tiempo.	請選擇以下一項開始。 如果您需要為今天工作的受看护人簽入，請選擇“簽入”。 如果您需要為今天工作的受看护人簽出，請選擇“簽出”。 您將在下一個屏幕上選擇您的受看护人。 您可以在工时单輸入屏幕上輸入或修改先前日期的签到或签出。	Խնդրում ենք ընտրել ստորև ներկայացված տարբերակներից մեկը՝ սկսելու համար: Ընտրեք Մուտք գործել, եթե Ձեզ անհրաժեշտ է գրանցվել Ստացողի համար, ում համար աշխատում եք այսօր: Ընտրեք Ելք կատարել, եթե Դուք ավարտել եք աշխատանքը Ստացողի համար, ում համար աշխատել եք այսօր: Դուք կընտրեք Ձեր Ստացողին հաջորդ էկրանին: Ժամացուցակի մուտքագրման էկրանի վրա՝ Դուք կարող եք մուտքագրել կամ փոխել մուտք գործելու կամ ելք կատարելու ժամը նախորդ օրվա համար:
	Button/Card	Check-In	Verificar Entrada	簽入	Մուտք գործել
	Button/Card	Check-Out	Verificar Salida	簽出	Ելք կատարել
	Banner Alert *(displays upon initial sign-in or if location services are temporarily turned off)*	This app requires the location services to be turned on in order to check in/out. Please enable the location services to proceed.	Esta aplicación requiere que los servicios de ubicación estén activados para poder verificar entrada/salida. Por favor, habilite los servicios de ubicación para continuar.	此應用程序需要打開定位服務才能簽入/簽出。請啟用定位服務以繼續。	Այս ծրագիրը պահանջում է միացնել տեղորոշման ծառայությունները՝ մուտք գործելու / ելք կատարելու համար: Շարունակելու համար խնդրում ենք միացնել տեղորոշման ծառայությունները:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Banner Alert *(displays if location services are blocked, or enabled but precise location shared is not permitted)*	We are unable to access your exact location. Please enable the location services to proceed with check-in/out. To get more information about location services, please check out <variable: browser support page>.	No podemos acceder a su ubicación exacta. Por favor, habilite los servicios de ubicación para continuar con el check-in/ out. Para obtener más información sobre los servicios de localización, consulta la <variable: browser support page>.	無法訪問您的確切位置。請啟用定位服務以繼續簽入/簽出。要獲取有關位置服務的更多資訊，請查看 <variable: browser support page>.	Մենք չենք կարողանում տեղակայել Ձեր ճշգրիտ վայրը: Խնդրում ենք միացնել տեղորոշման ծառայությունները՝ մուտք գործելը/ելք կատարելը շարունակելու համար: Տեղորոշման ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար՝ խնդրում ենք այցելել <variable: browser support page>:
	Screen Title	**Enable Your Location**	**Habilitar Ubicación**	**啟用您的位置**	**Միացրեք Ձեր գտնվելու վայրը**
	Static Text	This app requires the location services to be enabled in order to check in/out.	Esta aplicación requiere que los servicios de ubicación estén activados para poder verificar entrada/salida.	此應用程序需要打開定位服務才能簽入/簽出。	Այս ծրագիրը պահանջում է միացնել տեղորոշման ծառայությունները՝ մուտք գործելու / ելք կատարելու համար:
	Button	Enable	Permitir	啓用	Միացնել
	Button	Not Now	Ahora no	稍後	Հետագայում
	Screen Title	**Enable your location in Settings**	**Habilitar su ubicación en Configuración**	**在“設置”中啟用您的位置**	**Միացրեք Ձեր գտնվելու վայրը "Կարգավորումներ" բաժնում**
	Static Text	It seems you haven't shared your location with us, or you've disabled precise location. Share your precise location in Settings to proceed with check-in/out.	Parece que no ha compartido su ubicación con nosotros, o que ha deshabilitado la ubicación precisa. Comparta su ubicación precisa en Configuración para continuar con el check-in/out.	您沒有分享您的位置，或者您已禁用精確定位。請在“設置”中分享您的精確定位以繼續簽入/簽出。	Դուք չեք բաժնեկցել Ձեր գտնվելու վայրը մեզ հետ կամ անջատել եք ճշգրիտ դիրքորոշման վայրը: Մուտք գործելը/ելք կատարելը շարունակելու համար՝ բաժնեկցեք Ձեր ճշգրիտ գտնվելու վայրը "Կարգավորումներ" բաժնում:
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ
	Screen Title	**Check-In**	**Verificar Entrada**	**簽入**	**Մուտք գործել**
	Static Text	Select the Recipient you are working for today. If you provide services for both the IHSS and WPCS Programs, you can select the Program Type after selecting your recipient. Then select the Location where you are checking in. Finally, select Check-In to complete your Check-In for this recipient.	Seleccione el beneficiario para el que está trabajando hoy. Si proporciona servicios para los programas IHSS y WPCS, puede seleccionar el Tipo de programa después de seleccionar su beneficiario. A continuación, seleccione la ubicación donde se está registrando. Por último, seleccione Verificar entrada para completar su verificación de entrada para este beneficiario.	選擇您今天為其工作的受看护人。如果您同時為 IHSS 和 WPCS 計劃提供服務，您可以在選擇受看护人後選擇“計劃類型”。然後選擇您簽入的“位置”。最後，選擇“簽入”以完成此受看护人的簽入。	Ընտրեք Ստացողին, ում համար աշխատում եք այսօր: Եթե ծառայություններ եք մատուցում և՛ IHSS, և՛ WPCS ծրագրերի համար, ապա կարող եք ընտրել Ծրագրի տեսակը Ձեր ստացողին ընտրելուց հետո: Այնուհետև ընտրեք այն վայրը, որտեղ պետք է սկսեք աշխատանքը: Վերջապես, ընտրեք Մուտք գործել՝ մուտքի գրանցումն ավարտելու այս ստացողի համար:
	Static Text	Select Recipient:	Seleccione un beneficiario:	選擇受看護人:	Ընտրեք Ստացողին.
	Dynamic Text	Select Program Type:	Seleccione el tipo de programa:	選擇計劃的類型:	Ընտրեք ծրագրի տեսակը.
	Dynamic Text	Program Type	Tipo de programa	项目類型	Ծրագրի տեսակը
	Static Text	Select Location	Seleccione la ubicación	選擇地點	Ընտրեք գտնվելու վայրը
	Static Text	Home	Hogar	家裏	Տուն
	Static Text *(displays if provider has no recipients eligible for EVV check-in)*	There are no recipients	No hay Beneficiarios.	無受看護人	Ստացողներ չկան:
	Static Text	Community	Comunidad	社區	Համայնք
	Button	Check-In	Verificar Entrada	簽入	Մուտք գործել
	Button	Cancel	Cancelar	取消	Չեղարկել
	Screen Title	**Are you sure you want to check in for the below Recipient?**	**¿Está seguro de que desea verificar la entrada del siguiente Beneficiario?**	**您確定要簽入以下受看護人嗎?**	**Վստա՞հ եք, որ ցանկանում եք մուտք գործել ստորև նշված ստացողի համար:**
	Static Text	Recipient ID:	Identificación del beneficiario	受看護人ID	Ստացողի գործի համարը
	Static Text	Program:	Programa	計劃	Ծրագիր
	Static Text	Location:	Ubicación	定位	Գտնվելու վայրը
	Dynamic Text	Home	Hogar	家裏	Տուն

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Dynamic Text	Community	Comunidad	社區	Համայնք
	Button	Yes	Sí	是	Այո
	Button	No	No	否	Ոչ
	Screen Title	**Check-In Confirmation**	**Confirmación de Verificar Entrada**	**確認簽入**	**Մուտքի հաստատում**
	Header	Success	Éxito	成功	Հաջողություն
	Static Text	You have successfully checked in for the Recipient below.	Ha verificado la entrada correctamente para el beneficiario a continuación.	您已成功簽入以下受看护人。	Դուք հաջողությամբ Մուտք եք գործել ստորև նշված Ստացողի համար:
	Static Text	Recipient ID:	Identificación del beneficiario	受看護人ID	Ստացողի գործի համարը
	Static Text	Program:	Programa	計劃	Ծրագիր
	Static Text	Location:	Ubicación	定位	Գտնվելու վայրը
	Dynamic Text	Home	Hogar	家裏	Տուն
	Dynamic Text	Community	Comunidad	社區	Համայնք
	Button	Back to Home	Regresar al Inicio	返回主頁	Վերադառնալ հիմնական էջին
	Button	Check-In Another Recipient	Verificar Entrada de Otro Beneficiario	簽入另一位受看護人	Մուտք գործել մեկ այլ ստացողի համար
	Screen Title	**Check-Out**	**Verificar Salida**	**簽出**	**Ելք կատարել**
	Static Text	Select the Recipient you worked for today. If you provide services for both the IHSS and WPCS Programs, you can select the Program Type after selecting your recipient. Then select the Location where you are checking out.	Seleccione el beneficiario para el que trabajó hoy. Si proporciona servicios para los programas IHSS y WPCS, puede seleccionar el Tipo de programa después de seleccionar su beneficiario. A continuación, seleccione la ubicación donde está verificando su salida.	選擇您今天為其工作的受看护人。如果您同時為 IHSS 和 WPCS 計劃提供服務，您可以在選擇受看护人後選擇"計劃類型"。然後選擇您簽出的"位置"。	Ընտրեք Ստացողին, ում համար աշխատում եք այսօր: Եթե ծառայություններ եք մատուցում և՛ IHSS, և՛ WPCS ծրագրերի համար, ապա կարող եք ընտրել Ծրագրի տեսակը Ձեր ստացողին ընտրելուց հետո: Այնուհետև ընտրեք այն վայրը, որտեղից Դուք ելք եք կատարում:
	Static Text	Select Program Type:	Seleccione el tipo de programa:	選擇一位受看護人簽出：	Ընտրեք ստացողին՝ ելք կատարելու/դուրս գալու համար.
	Static Text	Input Hours Worked:	Ingiriese Horas Trabajadas:	選擇計劃的類型：	Ընտրեք ծրագրի տեսակը.
	Static Text	Hours	Horas	分鐘	Ժամեր
	Static Text	Minutes	Minutos	無受看護人	Րոպեներ
	Static Text	Location:	Ubicación:	定位:	Գտնվելու վայրը.
	Static Text	Home	Hogar	家裏	Տուն
	Static Text	Community	Comunidad	社區	Համայնք
	Error Message	Minimum hours is 0.	Las horas mínimas son 0.	最少小時數為 0。	Նվազագույն ժամը՝ 0:
	Error Message	Maximum hours is 24.	El máximo de horas es de 24.	最多小時數為 24。	Առավելագույն ժամերը՝ 24:
	Error Message	Minimum minutes is 0.	Los minutos mínimos son 0.	最少分鐘數為 0。	Նվազագույն րոպեն՝ 0:
	Error Message	Maximum minutes is 59.	El máximo de minutos es de 59.	最多分鐘數為 59。	Առավելագույն րոպեները՝ 59:
	Error Message	You cannot claim more than 24 hours in a day.	No puede reclamar más de 24 horas en un día.	您一天中的申報時間不能超過 24 小時。	Դուք չեք կարող պահանջել օրական ավելի քան 24 ժամ:
	Error Message	Only numbers allowed for Hours	Solo se permiten números para horas.	小時只允許輸入數字	Թույլատրվում է օգտագործել միայն թվեր Ժամերը նշելու համար:
	Error Message	Only numbers allowed for Minutes	Solo se permiten números para minutos.	分鐘只允許輸入數字	Թույլատրվում է օգտագործել միայն թվեր Րոպեները նշելու համար:
	Button	Check-Out	Verificar Salida	簽出	Ելք կատարել
	Screen Title	**Are you sure you want to check-out for the below Recipient?**	**¿Está seguro de que desea verificar la salida del siguiente Beneficiario?**	**您確定要簽出以下受看護人嗎?**	**Վստա՞հ եք, որ ցանկանում եք ելք կատարել ստորև նշված ստացողի համար:**
	Static Text	Recipient ID:	Identificación del beneficiario	受看護人ID:	Ստացողի գործի համարը
	Static Text	Program:	Programa	計劃:	Ծրագիր
	Static Text	Hours Worked:	Horas Trabajadas:	工時:	Աշխատած ժամերը
	Static Text	Location:	Ubicación	定位	Գտնվելու վայրը

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Dynamic Text	Home	Hogar	家裏	Տուն
	Dynamic Text	Community	Comunidad	社區	Համայնք
	Button	Yes	Sí	是	Այո
	Button	No	No	否	Ոչ
	Screen Title	**Check-Out Confirmation**	**Confirmación de Verificar Salida**	**確認簽出**	**Ելքի հաստատում**
	Static Text	You have successfully checked out for the Recipient below.	Ha realizado correctamente la verificación de salida para el beneficiario a continuación.	您已成功簽出以下您已成功簽出以下收件人。。	Դուք հաջողությամբ Ելք եք կատարել ստորև նշված Ստացողի համար:
	Static Text	Recipient ID:	Identificación del beneficiario	受看護人ID:	Ստացողի գործի համարը
	Static Text	Program:	Programa	計劃:	Ծրագիր
	Static Text	Hours Worked:	Horas Trabajadas:	工時:	Աշխատած ժամերը
	Static Text	Location:	Ubicación	定位	Գտնվելու վայրը
	Dynamic Text	Home	Hogar	家裏	Տուն
	Dynamic Text	Community	Comunidad	社區	Համայնք
	Button	Back to Home	Regresar al Inicio	返回主頁	Վերադառնալ հիմնական էջին
	Button	Check-Out Another Recipient	Verificar Salida de Otro Beneficiario	簽出另一位受看護人	Ելք կատարել մեկ այլ ստացողի համար

DSD Appendix D/Enter Verification Code

CI
CI-824120 - DSD TRAN Enter Verification Code **IMPLEMENTED**

Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Static Text	An asterisk (*) indicates a required field.	Un asterisco (*) indica una sección obligatoria.	星號 (*) 標示必填項.	Աստղանիշը (*) ցույց է տալիս, որ պարտադիր պետք է լրացվի
Screen Title	Enter Verification Code	Ingrese el código de verificación	輸入驗證碼	Մուտքագրեք հաստատման կոդը
Static Text	We sent an email with your verification code to your email address. Please enter the code below. The code expires after 10 minutes. If you did not receive a code or if it expired, select "Resend Code" to receive a new code.	Hemos enviado un correo electrónico con su código de verificación a su correo electrónico. Por favor, ingrese el código a continuación. El código caduca después de 10 minutos. Si no recibió un código o si ha caducado, seleccione "Reenviar código" para recibir un nuevo código.	我們向您的電子郵件地址發送了一封包含您的驗證碼的電子郵件。請在下面輸入驗證碼。驗證碼將在 10 分鐘後過期。如果您沒有收到或驗證碼已過期，請選擇“重新發送驗證碼”以接收新驗證碼。	Մենք Ձեր հաստատման կոդով նամակ ենք ուղարկել Ձեր էլ. փոստի հասցեին: Խնդրում ենք մուտքագրել ստորև նշված կոդը: Կոդը կսպառվի 10 րոպե անց: Եթե կոդը չեք ստացել կամ ժամանակը լրացել է, ընտրեք «Կրկին ուղարկել կոդը»՝ նոր կոդ ստանալու համար:
Static Text	We sent a text message with your verification code to your cell phone number. Please enter the code below. The code expires after 10 minutes. If you didn't receive a code or if it expired, select "Resend Code" to receive a new code.	Hemos enviado un mensaje de texto con su código de verificación a su número de teléfono celular. Por favor, ingrese el código a continuación. El código caduca 10 minutos después de su envío. Si no recibió un código o si ha caducado, seleccione "Reenviar código" para recibir un nuevo código.	我們向您的手機號碼發送了驗證碼短信。。請輸入驗證碼。驗證碼將在 10 分鐘後過期。如果您沒有收到或已過期，請選擇“重新發送驗證碼”以接收新碼。	Մենք Ձեր հաստատման կոդով հաղորդագրություն ենք ուղարկել Ձեր հեռախոսահամարին: Խնդրում ենք մուտքագրել ստորև նշված կոդը: Կոդը կսպառվի ուղարկվելուց 10 րոպե անց: Եթե կոդը չեք ստացել կամ ժամանակը լրացել է, ընտրեք «Կրկին ուղարկել կոդը»՝ նոր կոդ ստանալու համար:
Static Text	We sent a voice message with your verification code to your primary phone number. Please enter the code below. The code expires after 10 minutes. If you did not receive a code or if it expired, select "Resend Code" to receive a new code.	Hemos enviado un mensaje de voz con su código de verificación a su número de teléfono principal. Ingrese el código a continuación. El código caduca después de 10 minutos. Si no ha recibido un código o si ha caducado, seleccione “Reenviar código” para recibir un código nuevo.	我們向您的主要電話號碼發送了驗證碼的語音消息。請輸入驗證碼，驗證碼將在 10 分鐘後過期。如果您沒有收到或已過期，請選擇“重新發送驗證碼”以接收新碼。	Մենք ձայնային հաղորդագրությունով հաստատման կոդն ուղարկել ենք Ձեր հիմնական հեռախոսահամարին: Խնդրում ենք մուտքագրել ստորև նշված կոդը: Կոդը կսպառվի 10 րոպե անց: Եթե կոդը չեք ստացել կամ ժամանակը լրացել է, ընտրեք «Կրկին ուղարկել կոդը»՝ նոր կոդ ստանալու համար:
Button	Verify	Verificar	驗證	Հաստատել
Button	Resend Code	Reenviar código	重新發送驗證碼	Կրկին ուղարկել կոդը
Button	Cancel Request	Cancelar la petición	取消請求	Չեղյալ համարել
Error Message	Verification Code cannot be blank.	El código de verificación no puede estar en blanco.	驗證碼不能為空。	Հաստատման կոդը չի կարող դատարկ լինել:

Error Message	Verification Code must contain numbers only.	El código de verificación debe contener solo números.	驗證碼只能包含數字。	Հաստատման կոդը պետք է պարունակի միայն թվեր:
Error Message	Invalid verification code, please re-enter the verification code.	Código de verificación no válido, vuelva a ingresar el código de verificación.	驗證碼無效，請重新輸入驗證碼。	Հաստատման կոդն անվավեր է, խնդրում ենք կրկին մուտքագրել հաստատման կոդը:
Error Message	The verification code has expired, please select "Resend Code" to receive a new code.	El código de verificación ha caducado, seleccione "Reenviar código" para recibir un nuevo código.	驗證碼已過期，請選擇“重新發送驗證碼”接收新驗證碼。	Հաստատման կոդի ժամանակը սպառվել է, խնդրում ենք ընտրել «Կրկին ուղարկել կոդը»՝ նոր կոդ ստանալու համար:
Error Message	This verification code is no longer valid since you entered an incorrect verification code more than 5 times. Please select "Resend Code" to receive a new code.	Este código de verificación ya no es válido ya que has introducido un código de verificación incorrecto más de 5 veces. Seleccione "Reenviar código" para recibir un nuevo código.	由於您輸入錯誤的驗證碼超過 5 次，此驗證碼已失效。請選擇“重新發送代碼”以接收新代碼。	Այս հաստատման կոդն այլևս վավեր չէ, քանի որ Դուք 5 անգամից ավելի սխալ հաստատման կոդ եք մուտքագրել: Խնդրում ենք ընտրել «Կրկին ուղարկել կոդը»՝ նոր կոդ ստանալու համար:

DSD Appendix D/Hire Provider - Action Requires Verification Code

CI
CI-824126 - DSD TRAN Hire Provider - Action Requires Verification Code IMPLEMENTED

Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Screen Title	Action Requires Verification Code	La acción requiere código de verificación	操作需要驗證碼	Գործողությունը կատարելու համար անհրաժեշտ է հաստատման կոդ:
Static Text	In order to hire a provider, we must first send you a one-time verification code.	Para contratar a un proveedor, primero debemos enviarle un código de verificación de un solo uso.	為了僱用看護人，我們必須首先向您發送一次性驗證碼。	Մատակարարին վարձելու/աշխատանքի ընդունելու համար նախ պետք է ձեզ մեկանգամյա հաստատման կոդը ուղարկենք:
Static Text	If you select "Email me," the verification code will be sent to your email address.	Si selecciona "Enviarme un correo electrónico", el código de verificación se enviará a su correo electrónico.	如果您選擇“發送電郵”，驗證碼將發送到您的電子郵件地址。	Եթե ընտրեք «Ուղարկեք ինձ էլ. փոստով», հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր էլ. փոստի հասցեին:
Static Text	If you select "Text me," the verification code will be sent to your cell phone number. You may be charged a text messaging fee from your mobile service provider. For more information please view our SMS Terms of Service and Privacy Policy.	Si selecciona "Enviarme un mensaje de texto", el código de verificación se enviará a su número de teléfono celular. Es posible que su proveedor de servicios móviles le cobre una tarifa por mensajería de texto. Para obtener más información, consulte nuestros Términos de servicio de SMS y Política de privacidad.	如果您選擇“發短信”，驗證碼將發送到您的手機號碼。您的移動服務公司可能會向您收取短信費用。有關更多信息，請查看我們的 SMS 服務條款和隱私政策。	Եթե ընտրեք «Ուղարկեք ինձ հաղորդագրություն», ապա հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր բջջային հեռախոսահամարին: Ձեզնից կարող է գանձվել տեքստային հաղորդագրությունների վճար Ձեր բջջային ծառայության մատակարարից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ խնդրում ենք դիտել մեր SMS Ծառայության Պայմանները և Գաղտնիության Քաղաքականությունը:
Static Text	If you select "Call me," the verification code will be verbally provided to you in an automated telephone call to your primary telephone number.	Si selecciona "Llámame", el código de verificación se le proporcionará verbalmente en una llamada telefónica automática a su número de teléfono principal.	如果您選擇“打电话”，驗證碼將通過自動電話您的主要電話號碼口頭提供給您。	Եթե ընտրեք «Զանգահարիր ինձ», հաստատման կոդը Ձեզ կտրամադրվի բանավոր՝ Ձեր հիմնական հեռախոսահամարին ավտոմատացված հեռախոսազանգով:
Static Text	The verification code will be sent to your email address. The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your email <a***@dom***>.	El código de verificación se enviará a su correo electrónico. El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su correo electrónico <a***@dom***>.	驗證碼將發送到您的電子郵箱。驗證碼將在發送後 10 分鐘後失效，請確保您可以訪問您的電子郵箱 <a**@dom**>。	Հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր էլ. փոստի հասցեին: Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկվելուց 10 րոպե անց, ուստի համոզվեք, որ Դուք մուտք ունեք Ձեր էլ. փոստին <a***@dom***>:
Static Text	The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your phone.	El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su teléfono.	驗證碼將在發送後 10 分鐘後過期，因此請確保您可以使用您的手機。	Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկելուց 10 րոպե անց, այնպես որ ուշադիր եղեք, որ ձեր հեռախոսը հասանելի լինի:
Static Text	The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your email or phone.	El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su correo electrónico o teléfono.	驗證碼將在發送 10 分鐘後過期，因此請確保您可以訪問您的電子郵件或電話。	Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկվելուց 10 րոպե անց, ուստի համոզվեք, որ մուտք ունեք Ձեր էլ. փոստին կամ հեռախոսին:
Static Text	Select your verification option	Selecciona su opción de verificación	選擇您的驗證選項	Ընտրեք Ձեր հաստատման տարբերակը
Radio Button	Email me at <a***@dom***>	Envíeme un correo electrónico a <a***@dom***>	發至我的電子郵件 <a***@dom***>	Էլ. նամակ ուղարկեք ինձ հետևյալ հասցեով՝ <a***@dom***>
Radio Button	Text me at <***-***-####>	Envíame un mensaje de texto a <***-***-#####>	發短信至 <***-***-####>	Հաղորդագրություն ուղարկեք հետևյալ հեռախոսահամարին՝ <***-***-####>

Radio Button	Call me at <***-***-####>	Llámame a <***-***-####>	打電話至 <***-***-####>	Զանգահարեք ինձ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ <***-***-####>
Button	Cancel Request	Cancelar la petición	取消請求	Չեղյալ համարել
Button	Send Verification Code	Enviar código de verificación	發送驗證碼	Ուղարկեք հաստատման կոդը

DSD Appendix D/Sick Leave Claim History & FAQ's

CI
CI-822542 - DSD TRAN Sick Leave Claim History and FAQs IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Sick Leave Claim History	Screen Title	**Sick Leave Claim History**	**Historial de reclamos de tiempo de enfermedad**	**病假報銷歷史**	**Հիվանդության բացակա հայցի պատմություն**
	Static Text	There have been no claims submitted in the last 2 fiscal years.	No se han presentado reclamaciones en los últimos 2 años fiscales.	在過去2個財政年度裡沒有提交報銷。	Վերջին երկու ֆինանսակա ընթացքում հայցեր չեն ներ
	Static Text	Select a Pay Period from the dropdown to view your Sick Leave Claims for that Pay Period.	Seleccione un periodo de pago en la lista desplegable para ver sus reclamaciones de tiempo de enfermedad para ese período de pago.	從下拉菜單中選擇一個付款期以查看該付款期的病假申報。	Բացվող ցանկից ընտրեք վ ժամանակահատվածը՝ տես հիվանդության պատճառու բացակայության հայցերն ա վճարման ժամանակահատ համար:
	Dropdown	Pay Period	Período de pago	付款期	Վճարման ժամանակահատ
	Field	**Recipient ID**	**Identificación del beneficiario**	**受看護人ID**	**Ստացողի գործի համար**
	Field	**Sick Leave Claim Number**	**Número de reclamo de tiempo de enfermedad**	**病假報銷號碼**	**Հիվանդության բացակա հայցի համարը**
	Field	**Hours Claimed**	**Horas reclamadas**	**報銷小時**	**Հայցված ժամերը**
	Field	**Status**	**Estado**	**狀態**	**Կարգավիճակ**
	Field	**Status Date**	**Fecha de estado**	**狀態日期**	**Կարգավիճակի ամսաթի**
	Field	**Hours Paid**	**Horas pagadas**	**支付時間**	**Վճարված ժամերը**
	Button	View Sick Leave Claim Details	Ver detalles de reclamación de tiempo de enfermedad	查看病假申報詳情	Դիտարկեք հիվանդության պատճառով բացակայությ մանրամասները:
	Screen Title	**Sick Leave Claim Details**	**Detalles de reclamo de tiempo de enfermedad**	**病假付款詳情**	**Հիվանդության պատճառ բացակայության հայցի մանրամասները**
	Cluster Heading	**Overview**	**Resumen**	**概論**	**Ամփոփում**
	Field	**Pay Period - Sick Leave**	**Período de pago -Tiempo de enfermedad**	**付款期 - 病假**	**Վճարման ժամկետը - Հիվանդության բացակա**
	Field	**Sick Leave Claim Number**	**Número de reclamo de tiempo de enfermedad**	**病假報銷號碼**	**Հիվանդության բացակա հայցի համարը**
	Field	**Hours Claimed**	**Horas reclamadas**	**報銷時間**	**Հայցված ժամերը**
	Field	**Hours Paid**	**Horas pagadas**	**支付時間**	**Վճարված ժամերը**
	Field	**Hours Not Paid**	**Horas no pagadas**	**未支付時間**	**Չվճարված ժամերը**
	Field	**Mode of Entry**	**Modo de ingreso**	**輸入方式**	**Մուտքագրման ձևը**
	Code Value	Online	En línea	線上	Առցանց
	Code Value	Paper	Papel	紙	Թղթե
	Field	**Claim Status**	**Estado del reclamo**	**報銷狀態**	**Հայցի կարգավիճակը**
	Code Value	Submitted	Presentado	提交	Ներկայացված

	Code Value	Processed	Procesado	處理	Թողարկված
	Code Value	Rejected	Rechazada	拒絕	Մերժված
	Field	**Status Date**	**Fecha de estado**	**狀態日期**	**Կարգավիճակի ամսաթի**
	Cluster Heading	**Payment Details**	**Detalles de pago**	**付款詳情**	**Վճարման մանրամասնե**
	Field	**Warrant Number**	**Número de autorización**	**支票號碼**	**Չեկի համարը**
	Field	**Issue Date:**	**Fecha de emisión**	**發行日期**	**Թողարկման ամսաթիվը**
	Field	**Direct Deposit**	**Depósito directo**	**直接存款**	**Ուղղակի Ավանդ**
	Code Value	No	No	不	Ոչ
	Code Value	Yes	Sí	是的	Այո
	Field	**Payment Status**	**Estado del pago**	**付款狀態**	**Վճարման կարգավիճակ**
	Code Value	Waiting for Payment	Esperando el pago	等待付款	Սպասել վճարման
	Code Value	Payment Issued	Pago emitido	付款已發出	Վճարումը թողարկված է
	Code Value	Exception	Excepción	例外	Բացառություն
	Code Value	Cancelled	Cancelado	取消	Չեղարկված է
	Static Text	**Earnings Statement**	**Declaración de ganancias**	**收益聲明**	**Եկամուտի հաշվետվությ**
	Field	**Current**	**Actual**	**目前**	**Ընթացիկ**
	Field	**Sick Leave Pay**	**Pago del tiempo de enfermedad**	**病假工資**	**Հիվանդության բացակա վճարը**
	Field	**Overtime**	**Horas extras**	**加班**	**Արտաժամյա**
	Field	**Total Gross**	**Total en bruto**	**總額**	**Ընդհանուր գումարը**
	Field	**Total Deductions**	**Deducciones totales**	**總扣除額**	**Ընդհանուր պահումները**
	Field	**Net Pay**	**Pago neto**	**淨工資**	**Զուտ վճարը**
	Cluster Heading	**Sick Leave Claim Details**			
	Static Text	**Messages**	**Mensajes**	**消息**	**Հաղորդագրություններ**
	Sub-cluster Heading	**Absence Details**	**Detalles de la ausencia**	**缺勤詳情**	**Բացակայության մանրա**
	Field	**Sunday** **Monday** **Tuesday** **Wednesday** **Thursday** **Friday** **Saturday**	**Domingo** **Lunes** **Martes** **Miércoles** **Jueves** **Viernes** **Sábado**	**星期日** **星期一** **星期二** **星期三** **星期四** **星期五** **星期六**	**Կիրակի** **Երկուշաբթի** **Երեքշաբթի** **Չորեքշաբթի** **Հինգշաբթի** **Ուրբաթ** **Շաբաթ**
	Field	Jan Feb Mar Apr May Jun Jul Aug Sep Oct Nov Dec	Ene. Feb. Mar. Abr. May. Jun. Jul. Ago. Sept. Oct. Nov. Dic.	一月 二月 三月 四月 五月 六月 七月 八月 九月 十月 十一月 十二月	Հունվ. Փետ. Մրտ. Ապր. Մայ. Հուն. Հուլ. Օգոս. Սեպ. Հոկ.
	Field	**Hours Claimed**	**Horas reclamadas**	**報銷小時**	**Հայցված ժամերը**
(do not translate <00>, only the 'H'		<00>H	<00>H	<00>小時	<00>Ժ

needs to be translated)					
(do not translate <00>, only the 'M' needs to be translated)		<00>M	<00>M	<00>分鐘	<00>Ր
Sick Leave Claim FAQ	Hyperlink to pdf document	https://cdss.ca.gov/Portals/9/IHSS/Sick-Leave-Claims/Sick-Leave-Claim-FAQS.pdf	https://cdss.ca.gov/Portals/9/IHSS/Sick-Leave-Claims/Sick-Leave-Claim-FAQS-Spanish.pdf	https://cdss.ca.gov/Portals/9/IHSS/Sick-Leave-Claims/Sick-Leave-Claim-FAQS-Chinese.pdf	https://cdss.ca.gov/Portals/9 Leave-Claims/Sick-Leave-Cl Armenian.pdf

DSD Appendix D/Two-Step Verification

CI
CI-823739 - DSD TRAN Two-Step Verification **IMPLEMENTED**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Hyperlinks to section	Screen Title	**Two-Step Verification**	**Verificación en dos pasos**	**兩步驗證**	**Երկքայլ հաստատում**
Email Only	Static Text	The verification code will be sent to your email address. The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your email <a***@dom***>.	El código de verificación se enviará a su correo electrónico. El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su correo electrónico <a***@dom***>.	驗證碼將發送到您的電子郵箱。驗證碼將在發送後 10 分鐘後失效，請確保您可以訪問您的電子郵箱。<a***@dom***>。	Հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր էլ. փոստի հասցեին: Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկվելուց 10 րոպե անց, ուստի համոզվեք, որ Դուք մուտք ունեք Ձեր էլ.փոստին <a***@dom***>:
Email & Call	Static Text	If you select "Email me," the verification code will be sent to your email address. If you select "Call me," the verification code will be verbally provided to you in an automated telephone call to your primary telephone number. The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your email or phone.	Si selecciona "Enviarme un correo electrónico", el código de verificación se enviará a su correo electrónico. Si selecciona "Llámame", el código de verificación se le proporcionará verbalmente en una llamada telefónica automática a su número de teléfono principal. El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su correo electrónico o teléfono.	如果您選擇“發送電郵”，驗證碼將發送到您的電子郵件地址。 如果您選擇“打电话”，驗證碼將通過自動電話您的主要電話號碼口頭提供給您。 驗證碼將在發送 10 分鐘後過期，因此請確保您可以訪問您的電子郵件或電話。	Եթե ընտրեք «Ուղարկեք ինձ էլ. փոստով», հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր էլ. փոստի հասցեին: Եթե ընտրեք «Զանգահարիր ինձ», հաստատման կոդը Ձեզ կտրամադրվի բանավոր՝ Ձեր հիմնական հեռախոսահամարին ավտոմատացված հեռախոսազանգով: Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկվելուց 10 րոպե անց, ուստի համոզվեք, որ մուտք ունեք Ձեր էլ. փոստին կամ հեռախոսին:
Email, Call & Text	Static Text	If you select "Email me," the verification code will be sent to your email address. If you select "Text me," the verification code will be sent to your cell phone number. You may be charged a text messaging fee from your mobile service provider. For more information please view our SMS Terms of Service and Privacy Policy. If you select "Call me," the verification code will be verbally provided to you in an automated telephone call to your primary telephone number. The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your email or phone.	Si selecciona "Enviarme un correo electrónico", el código de verificación se enviará a su dirección de correo electrónico actual. Si selecciona "Enviarme un mensaje de texto", el código de verificación se enviará a su número de teléfono celular. Es posible que su proveedor de servicios móviles le cobre una tarifa por mensajería de texto. Para obtener más información, consulte nuestros Términos de servicio de SMS y Política de privacidad. Si selecciona "Llámame", el código de verificación se le proporcionará verbalmente en una llamada telefónica automática a su número de teléfono principal. El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su correo electrónico o teléfono.	如果您選擇“發電子郵件”，驗證碼將發送到您當前的電子郵件地址。 如果您選擇“發短信”，驗證碼將發送到您的手機號碼。您的移動服務公司可能會向您收取短信費用。有關更多信息，請查看我們的 SMS 服務條款和隱私政策。 如果您選擇“打电话”，驗證碼將通過自動電話您的主要電話號碼口頭提供給您。 驗證碼將在發送 10 分鐘後過期，因此請確保您可以訪問您的電子郵件或電話。	Եթե ընտրեք «Ուղարկեք ինձ էլ. փոստով», հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր ընթացիկ էլ. փոստի հասցեին: Եթե ընտրեք «Ուղարկեք ինձ հաղորդագրություն», ապա հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր բջջային հեռախոսահամարին: Ձեզնից կարող է գանձվել տեքստային հաղորդագրությունների վճար Ձեր բջջային ծառայության մատակարարից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ խնդրում ենք դիտել մեր SMS Ծառայության Պայմանները և Գաղտնիության Քաղաքականությունը: Եթե ընտրեք «Զանգահարիր ինձ», հաստատման կոդը Ձեզ կտրամադրվի բանավոր՝ Ձեր հիմնական հեռախոսահամարին ավտոմատացված հեռախոսազանգով: Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկվելուց 10 րոպե անց, ուստի համոզվեք, որ մուտք ունեք Ձեր էլ. փոստին կամ հեռախոսին:
No Email or Phone Number	Static Text	We cannot send a one-time verification code at this time because we do not have a phone number or email address, or they have been updated too recently. You will need to wait 24 hours to	No podemos enviar un código de verificación de un solo uso en este momento porque no tenemos un número de teléfono o correo electrónico, o se han actualizado demasiado recientemente. Deberá esperar 24 horas para solicitar un	我們目前無法發送一次性驗證碼，因為我們沒有電話號碼或電子郵件地址，或者它們剛才更新。您需要等待 24 小時才能請求驗證碼，或聯	Մենք չենք կարող ուղարկել մեկանգամյա հաստատման կոդը, քանի որ չունենք հեռախոսահամար կամ էլ.փոստի հասցե, կամ դրանք միայն վերջերս են թարմացվել: Դուք պետք է սպասեք 24 ժամ՝ հաստատման կոդ խնդրելու համար կամ կապվեք Ձեր

		request a verification code, or contact your county for more information.	código de verificación o comunicarse con su condado para obtener más información.	繫您所在的郡了解更多信息。	վարչաշրջանի հետ՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
	Static Text	**Select your verification option**	**Selecciona su opción de verificación**	**選擇您的驗證選項**	**Ընտրեք Ձեր հաստատման տարբերակը**
	Radio Button	Email me at <a***@dom***>	Envíeme un correo electrónico a <a***@dom***>	發至我的電子郵件 <a***@dom***>	Էլ. նամակ ուղարկեք ինձ հետևյալ հասցեով՝ <a***@dom***>
	Radio Button	Text me at <***-***-####>	Envíame un mensaje de texto a <***-***-#####>	發短信至 <***-***-####>	Հաղորդագրություն ուղարկեք հետևյալ հեռախոսահամարին՝ <***-***-####>
	Radio Button	Call me at <***-***-####>	Llámame a <***-***-####>	打電話至 <***-***-####>	Զանգահարեք ինձ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ <***-***-####>
	Button	Send Verification Code	Enviar código de verificación	發送驗證碼	Ուղարկեք հաստատման կոդը
	Button	Cancel Request	Cancelar la petición	取消請求	Չեղյալ համարել
	Button	Contact Us	Comuníquese con nosotros	聯繫我們	Կապ մեզ հետ
	Static Text	If you have any questions, please contact the Help Desk between 8:00 AM and 5:00 PM, Monday through Friday, excluding major holidays, at 1-866-376-7066.	Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la línea de asistencia entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m., de lunes a viernes, excepto los días festivos, al 1-866-376-7066.	如果您有任何疑問，請在周一至週五上午 8:00 至下午 5:00 之間聯繫服務台(節假日除外)電話號碼為 1-866-376-7066。	Հարցերի դեպքում խնդրում ենք զանգահարել աջակցության բաժին աշխատանքային ժամերի ընթացքում՝ Երկուշաբթիից - Ուրբաթ, առավոտյան ժամը 8-ից մինչև երեկոյան ժամը 5-ը, 1-866-376-7066 հեռախոսահամարով:
	Button	OK	De acuerdo	好	Համաձայն եմ

DSD Appendix D/Enter Verification Code (2)

CI
CI-823740 - DSD TRAN Enter Verification Code CANCELLED

Cancelled by ASR - Team 3 (TMS) - Sprint 110

DSD Appendix D/Direct Deposit - Action Requires Verification Code

CI
CI-824127 - DSD TRAN Direct Deposit - Action Requires Verification Code IMPLEMENTED

Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Screen Title	Action Requires Verification Code	La acción requiere código de verificación	操作需要驗證碼	Գործողությունը կատարելու համար անհրաժեշտ է հաստատման կոդ:
Static Text	To enroll in or change your direct deposit, we must first send you a one-time verification code.	Para inscribirse o cambiar su depósito directo, primero debemos enviarle un código de verificación de un solo uso.	要註冊或更改您的直接存款，我們必須首先向您發送一次性驗證碼。	Ուղղակի ավանդին գրանցվելու կամ փոփոխություն կատարելու համար՝ մենք նախ պետք է Ձեզ ուղարկենք մեկանգամյա հաստատման կոդ:
Static Text	If you select "Email me," the verification code will be sent to your email address.	Si selecciona "Enviarme un correo electrónico", el código de verificación se enviará a su correo electrónico.	如果您選擇“發送電郵”，驗證碼將發送到您的電子郵件地址。	Եթե ընտրեք «Ուղարկեք ինձ էլ. փոստով», հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր էլ. փոստի հասցեին:
Static Text	If you select "Text me," the verification code will be sent to your cell phone number. You may be charged a text messaging fee from your mobile service provider. For more information please view our SMS Terms of Service and Privacy Policy.	Si selecciona "Enviarme un mensaje de texto", el código de verificación se enviará a su número de teléfono celular. Es posible que su proveedor de servicios móviles le cobre una tarifa por mensajería de texto. Para obtener más información, consulte nuestros Términos de servicio de SMS y Política de privacidad.	如果您選擇“發短信”，驗證碼將發送到您的手機號碼。您的移動服務公司可能會向您收取短信費用。有關更多信息，請查看我們的 SMS 服務條款和隱私政策。	Եթե ընտրեք «Ուղարկեք ինձ հաղորդագրություն», ապա հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր բջջային հեռախոսահամարին: Ձեզնից կարող է գանձվել տեքստային հաղորդագրությունների վճար Ձեր բջջային ծառայության մատակարարից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ խնդրում ենք դիտել մեր SMS Ծառայության Պայմանները և Գաղտնիության Քաղաքականությունը:
Static Text	If you select "Call me," the verification code will be verbally provided to you in an automated telephone call to your primary telephone number.	Si selecciona "Llámame", el código de verificación se le proporcionará verbalmente en una llamada telefónica automática a su número de teléfono principal.	如果您選擇“打电话”，驗證碼將通過自動電話您的主要電話號碼口頭提供給您。	Եթե ընտրեք «Զանգահարիր ինձ», հաստատման կոդը Ձեզ կտրամադրվի բանավոր՝ Ձեր հիմնական հեռախոսահամարին ավտոմատացված հեռախոսազանգով:
Static Text	The verification code will be sent to your email address. The verification code will expire 10 minutes after	El código de verificación se enviará a su correo electrónico. El código de verificación caducará 10 minutos	驗證碼將發送到您的電子郵箱。驗證碼將在發送後 10 分鐘後失效，請確保您可以	Հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր էլ. փոստի հասցեին: Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկվելուց 10 րոպե

	being sent, so be sure you have access to your email <a***@dom***>.	después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su correo electrónico <a***@dom***>.	訪問您的電子郵箱 <a**@dom**>。	անց, ուստի համոզվեք, որ Դուք մուտք ունեք Ձեր էլ. փոստին <a***@dom***>:
Static Text	The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your phone.	El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su teléfono.	驗證碼將在發送後 10 分鐘後過期，因此請確保您可以使用您的手機。	Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկելուց 10 րոպե անց, այնպես որ ուշադիր եղեք, որ ձեր հեռախոսը հասանելի լինի:
Static Text	The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your email or phone.	El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su correo electrónico o teléfono.	驗證碼將在發送 10 分鐘後過期，因此請確保您可以訪問您的電子郵件或電話。	Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկվելուց 10 րոպե անց, ուստի համոզվեք, որ մուտք ունեք Ձեր էլ. փոստին կամ հեռախոսին:
Static Text	Select your verification option	Selecciona su opción de verificación	選擇您的驗證選項	Ընտրեք Ձեր հաստատման տարբերակը
Radio Button	Email me at <a***@dom***>	Envíeme un correo electrónico a <a***@dom***>	發至我的電子郵件 <a***@dom***>	Էլ. նամակ ուղարկեք ինձ հետևյալ հասցեով՝ <a***@dom***>
Radio Button	Text me at <***-***-####>	Envíame un mensaje de texto a <***-***-#####>	發短信至 <***-***-####>	Հաղորդագրություն ուղարկեք հետևյալ հեռախոսահամարին՝ <***-***-####>
Radio Button	Call me at <***-***-####>	Llámame a <***-***-####>	打電話至 <***-***-####>	Զանգահարեք ինձ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ <***-***-####>
Button	Cancel Request	Cancelar la petición	取消請求	Չեղյալ համարել
Button	Send Verification Code	Enviar código de verificación	發送驗證碼	Ուղարկեք հաստատման կոդը

DSD Appendix D/Contact Information - Action Requires Verification Code

CI
CI-824150 - DSD TRAN Contact Information - Action Requires Verification Code IMPLEMENTED

Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Screen Title	Action Requires Verification Code	La acción requiere código de verificación	操作需要驗證碼	Գործողությունը կատարելու համար անհրաժեշտ է հաստատման կոդ:
Static Text	In order to update your contact information, we must first send you a one-time verification code.	Para actualizar su información de contacto, primero debemos enviarle un código de verificación de un solo uso.	為了更新您的聯繫信息，我們必須首先向您發送一次性驗證碼。	Ձեր կոնտակտային տվյալները թարմացնելու համար՝ մենք նախ պետք է Ձեզ մեկանգամյա հաստատման կոդը ուղարկենք:
Static Text	If you select "Email me," the verification code will be sent to your email address.	Si selecciona "Enviarme un correo electrónico", el código de verificación se enviará a su correo electrónico.	如果您選擇"發送電郵"，驗證碼將發送到您的電子郵件地址。	Եթե ընտրեք «Ուղարկեք ինձ էլ. փոստով», հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր էլ. փոստի հասցեին:
Static Text	If you select "Text me," the verification code will be sent to your cell phone number. You may be charged a text messaging fee from your mobile service provider. For more information please view our SMS Terms of Service and Privacy Policy.	Si selecciona "Enviarme un mensaje de texto", el código de verificación se enviará a su número de teléfono celular. Es posible que su proveedor de servicios móviles le cobre una tarifa por mensajería de texto. Para obtener más información, consulte nuestros Términos de servicio de SMS y Política de privacidad.	如果您選擇"發短信"，驗證碼將發送到您的手機號碼。您的移動服務公司可能會向您收取短信費用。有關更多信息，請查看我們的 SMS 服務條款和隱私政策。	Եթե ընտրեք «Ուղարկեք ինձ հաղորդագրություն», ապա հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր բջջային հեռախոսահամարին: Ձեզնից կարող է գանձվել տեքստային հաղորդագրությունների վճար Ձեր բջջային ծառայության մատակարարից: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ խնդրում ենք դիտել մեր SMS Ծառայության Պայմանները և Գաղտնիության Քաղաքականությունը:
Static Text	If you select "Call me," the verification code will be verbally provided to you in an automated telephone call to your primary telephone number.	Si selecciona "Llámame", el código de verificación se le proporcionará verbalmente en una llamada telefónica automática a su número de teléfono principal.	如果您選擇"打电话"，驗證碼將通過自動電話您的主要電話號碼口頭提供給您。	Եթե ընտրեք «Զանգահարիր ինձ», հաստատման կոդը Ձեզ կտրամադրվի բանավոր՝ Ձեր հիմնական հեռախոսահամարին ավտոմատացված հեռախոսազանգով:
Static Text	The verification code will be sent to your email address. The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your email <a***@dom***>.	El código de verificación se enviará a su correo electrónico. El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su correo electrónico <a***@dom***>.	驗證碼將發送到您的電子郵箱。驗證碼將在發送後 10 分鐘後失效，請確保您可以訪問您的電子郵箱 <a**@dom**>。	Հաստատման կոդը կուղարկվի Ձեր էլ. փոստի հասցեին: Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկվելուց 10 րոպե անց, ուստի համոզվեք, որ Դուք մուտք ունեք Ձեր էլ.փոստին <a***@dom***>:
Static Text	The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your phone.	El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su teléfono.	驗證碼將在發送後 10 分鐘後過期，因此請確保您可以使用您的手機。	Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկելուց 10 րոպե անց, այնպես որ ուշադիր եղեք, որ ձեր հեռախոսը հասանելի լինի:
Static Text	The verification code will expire 10 minutes after being sent, so be sure you have access to your email or phone.	El código de verificación caducará 10 minutos después de ser enviado, así que asegúrese de tener acceso a su correo electrónico o teléfono.	驗證碼將在發送 10 分鐘後過期，因此請確保您可以訪問您的電子郵件或電話。	Հաստատման կոդը կսպառվի ուղարկվելուց 10 րոպե անց, ուստի համոզվեք, որ մուտք ունեք Ձեր էլ. փոստին կամ հեռախոսին:

Static Text	We cannot send a one-time verification code at this time because we do not have a phone number or email address, or they have been updated too recently. You will need to wait 24 hours to request a verification code, or contact your county for more information.	No podemos enviar un código de verificación de un solo uso en este momento porque no tenemos un número de teléfono o correo electrónico, o se han actualizado demasiado recientemente. Deberá esperar 24 horas para solicitar un código de verificación o comunicarse con su condado para obtener más información.	我們目前無法發送一次性驗證碼，因為我們沒有電話號碼或電子郵件地址，或者它們剛才更新。您需要等待 24 小時才能請求驗證碼，或聯繫您所在的郡了解更多信息。	Մենք չենք կարող ուղարկել մեկանգամյա հաստատման կոդը, քանի որ չունենք հեռախոսահամար կամ էլ.փոստի հասցե, կամ դրանք միայն վերջերս են թարմացվել: Դուք պետք է սպասեք 24 ժամ՝ հաստատման կոդ խնդրելու համար կամ կապվեք Ձեր վարչաշրջանի հետ՝ լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
Static Text	Select your verification option	Selecciona su opción de verificación	選擇您的驗證選項	Ընտրեք Ձեր հաստատման տարբերակը
Radio Button	Email me at <a***@dom***>	Envíeme un correo electrónico a <a***@dom***>	發至我的電子郵件 <a***@dom***>	Էլ. նամակ ուղարկեք ինձ հետևյալ հասցեով՝ <a***@dom***>
Radio Button	Text me at <***-***-####>	Envíame un mensaje de texto a <***-***-#####>	發短信至 <***-***-####>	Հաղորդագրություն ուղարկեք հետևյալ հեռախոսահամարին՝ <***-***-####>
Radio Button	Call me at <***-***-####>	Llámame a <***-***-####>	打電話至 <***-***-####>	Զանգահարեք ինձ հետևյալ հեռախոսահամարով՝ <***-***-####>
Button	Cancel Request	Cancelar la petición	取消請求	Չեղյալ համարել
Button	Send Verification Code	Enviar código de verificación	發送驗證碼	Ուղարկեք հաստատման կոդը

DSD Appendix D/Adaptive Form - CR 6181

CI
CI-823970 - DSD TRAN CR 6181 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean	
	Screen Title	**INTERPRETER SERVICES STATEMENT AND CONFIDENTIALITY AGREEMENT (CR 6181)**	**DECLARACIÓN DE SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN Y ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD (CR 6181)**	**口譯服務聲明和保密協議 (CR 6181)**	**ԹԱՐԳՄԱՆՉԱԿԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՅՏԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐ (CR 6181)**	**សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពី សេវាអ្នកបកប្រែភាសា និងកិច្ចព្រមព្រៀងការសម្ងាត់ (CR 6181)**	**(CR 6181) بیانیه خدمات مترجم و توافقنامه حفظ محرمانگی**	**통역 서비스 명세서 및 기밀 유지 동의서 (CR 6181)**	**ЗА УС И С КО (CI**
	Sub-Section Title	**Instructions**	**Instrucciones**	**指示**	**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ**	**ការណែនាំ**	**دستورالعمل**	**지침**	**ин**
	Static Text	A. Please read the following statement before completing this form:	A. Por favor, lea la siguiente declaración antes de completar este formulario:	A. 在填寫這份表格之前，請先閱讀以下聲明：	A. Նախքան այս ձևը լրացնելը խնդրում ենք կարդալ հետևյալ հայտարարությունը.	A.សូមអានសេចក្តីថ្លែងការណ៍ខាងក្រោម មុនពេលអ្នកបំពេញទម្រង់បែបបទនេះ	A. لطفاً بیانیه زیر را قبل از تکمیل این فرم بخوانید:	A. 이 양식을 작성하기 전에 다음 내용을 읽어 보십시오.	A. сле пре фо
	Field Name	Case Number:	Número del caso:	個案編號：	Գործի համար՝	លេខសំណុំរឿង៖	شماره پرونده:	케이스 번호:	Но
	Field Name	Case Name:	Nombre del caso:	個案姓名：	Գործի անվանում՝	ឈ្មោះសំណុំរឿង៖	نام پرونده:	케이스 명:	На
	Static Text	The County prefers to use certified bilingual staff or trained interpreters when speaking with you. County employees are knowledgeable about all programs and services and are required to keep the information you share confidential. However, you can choose to use your own interpreter. (A minor cannot be used unless it is an emergency.) Please be aware that your interpreter may not translate important	El condado prefiere utilizar personal bilingüe certificado o intérpretes capacitados para hablar con usted. Los empleados del condado conocen todos los programas y servicios y están obligados a mantener confidencial la información que usted comparte. Sin embargo, puede optar por usar su propio intérprete. (Un menor de edad no puede actuar como su intérprete a menos que sea una emergencia). Por favor, tenga en cuenta que es posible que su intérprete no traduzca correctamente la información importante.	與您交談時，縣府傾向於使用經過認證的雙語工作人員或經過訓練的口譯員。縣府工作人員對所有計劃和服務都很瞭解，且必須對您提供的資訊保密。但是，您也可以選擇使用自己的口譯員。（除非是緊急情況，否則不能使用未成年人。） 請注意，您的口譯員可能無法正確翻譯重要的資訊。翻譯錯誤可能會	Վարչաշրջանը Ձեզ հետ խոսելիս նախընտրում է օգտագործել հավաստագրված երկլեզու անձնակազմ կամ պատրաստված թարգմանիչներ: Վարչաշրջանի աշխատակիցները տիրապետում են բոլոր ծրագրերին և ծառայություններին, և պետք է գաղտնի պահեն Ձեր կիսած տեղեկատվությունը: Այնուամենայնիվ, Դուք կարող եք ընտրել օգտագործել Ձեր սեփական թարգմանիչը: (Անչափահասը չի կարող օգտագործվել, եթե դա արտակարգ իրավիճակ չէ):	ខោនធីចង់ប្រើបុគ្គលិកដែលចេះពីរភាសាដែលមានការបញ្ជាក់ និងអ្នកបកប្រែភាសាដែលមានការបណ្តុះបណ្តាលនៅពេលនិយាយជាមួយអ្នក។ បុគ្គលិកខោនធីមានចំណេះដឹងទៅលើកម្មវិធី និងគ្រប់សេវាកម្មទាំងអស់ និងតម្រូវឱ្យរក្សារាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលអ្នកបានចែករំលែកជាមួយជាការសម្ងាត់។ ប៉ុន្តែ អ្នកអាចជ្រើសរើសប្រើប្រាស់អ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកបាន។	کانتی ترجیح می دهد هنگام صحبت با شما از کارمندان دو زبانه یا مترجمان آموزش دیده استفاده کند. کارمندان کانتی درباره تمام برنامهها و خدمات آگاهی دارند و موظف هستند تا اطلاعاتی که به اشتراک میگذارید را محرمانه نگه دارند. البته، شما حق دارید انتخاب کنید که از مترجم خود استفاده کنید. (نمیتوان از یک فرد زیر سن قانونی استفاده کرد مگر اینکه شرایط اضطراری باشد.)	카운티에서는 귀하와 대화 시 인증된 이중 언어 구사 직원이나 훈련된 통역사를 이용하는 것을 선호합니다. 카운티 직원은 모든 프로그램과 서비스에 대해 잘 알고 있으며 귀하가 제공한 모든 정보를 기밀로 유지해야 합니다. 하지만 귀하는 자신의 통역사 이용을 선택할 수 있습니다. (미성년자는 긴급한 경우를 제외하고는 이용이	Ад пре усл сер сот дву спе пер с в адр ося про обя кон пре ино мо усл пер (Не лиц это нес

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean	
		information correctly. Translation errors may affect how much help or aid you get from the county. Errors may occur because of hard-to-translate concepts and program language. Your own interpreter may not understand the special vocabulary. The county must ask you sensitive and personal questions. Having a friend or family member interpret might make it hard for you to tell us the sensitive and personal information that may be needed to determine your eligibility. We cannot guarantee that your interpreter will maintain confidentiality of your information. This agreement does not waive your right to request an interpreter from the County. At any time, you may stop using your own interpreter and request a free interpreter from the County.	Los errores de traducción pueden afectar la cantidad de ayuda o asistencia que usted recibe del condado. Pueden ocurrir errores debido a que ciertos conceptos y lenguaje programáticos son difíciles de traducir. Es posible que su propio intérprete no entienda el vocabulario especial. El condado debe hacerle preguntas delicadas y personales. Si un amigo o un pariente actúa como su intérprete, esto puede hacer más difícil darnos la información delicada y personal que se necesita para determinar su elegibilidad. No podemos garantizar que su intérprete mantendrá la confidencialidad de su información. Este acuerdo no es una renuncia a su derecho a solicitar un intérprete del condado. Usted puede dejar de usar su propio intérprete en cualquier momento y solicitar un intérprete gratuito del condado.	影響您從縣府獲得的補助金額。難以翻譯的概念和計劃語言可能會發生一些發生錯誤，而您自己的口譯員可能不理解特殊詞彙。 縣府必須問您一些敏感的個人問題。讓朋友或家人擔任口譯員可能使您很難講清確定您的資格所需的敏感和個人資訊。不能保證您的口譯員會對您的資訊保密。 本協議並不放棄您向縣府要求提供口譯員的權利。您在任何時候都可以停止使用自己的口譯員，並向縣府要求免費的口譯員。	Խնդրում ենք տեղյակ լինել, որ Ձեր թարգմանիչը կարող է ճիշտ չթարգմանել կարևոր տեղեկատվությունը: Թարգմանության սխալները կարող են ազդել այն բանի վրա, թե որքան օգնություն կամ աջակցություն եք ստանում վարչաշրջանից: Սխալներ կարող են առաջանալ դժվար թարգմանվող հասկացությունների և ծրագրի լեզվի պատճառով: Ձեր սեփական թարգմանիչը կարող է չհասկանալ հատուկ բառապաշարը: Վարչաշրջանը պետք է Ձեզ զգայուն և անձնական հարցեր տա: Ընկերոջը կամ ընտանիքի անդամին որպես թարգմանիչ ունենալը Ձեզ համար կարող է դժվարացնել մեզ ասելն այն զգայուն և անձնական տեղեկությունները, որոնք կարող են անհրաժեշտ լինել Ձեր իրավասությունը որոշելու համար: Մենք չենք կարող երաշխավորել, որ Ձեր թարգմանիչը կպահպանի Ձեր տեղեկատվության գաղտնիությունը: Այս համաձայնագրով չեք հրաժարվում Վարչաշրջանից թարգմանիչ պահանջելու Ձեր իրավունքից: Ցանկացած պահի, Դուք կարող եք դադարեցնել Ձեր սեփական թարգմանչի օգտագործումը և վարչությունից անվճար թարգմանիչ պահանջել:	(មិនក្រូវយកអនឹកិជន មកធ្វើជាអ្នកបកប្រែភាសាទេ លើកលែងតែក្ពងករណីបន្ទាន់។) ក្រូវដឹងថា អ្នកបកប្រែភាសារបស់អ្នកអាចនឹងមិនបកប្រែព័ត៌មានសំខាន់ៗបានត្រឹមក្រូវទាំងអស់ទេ។ កំហុសនៃការបកប្រែភាសាអាចមានផលប៉ះពាល់ដល់ទំហំនៃការជួយ ឬជំនួយដែលអ្នកក្រូវទទួលបានពីខោនធី។ កំហុសអាចកើតឡើងដោយសារតែគ្លឹមសារដែលពិបាកបកប្រែ និងកម្មវិធីភាសា។ អ្នកបកប្រែភាសារបស់អ្នកអាចនឹងមិនយល់ស៊ីជម្រៅពីវាក្យសព្ទពិសេសៗនោះទេ។ ខោនធីក្រូវសួរអ្នកនូវសំណួរសើបៗ និង សំណួរផ្ទាល់ខ្លួនជាច្រើន។ ការយកមិត្តភក្តិ ឬ សមាជិកគ្រួសារមកបកប្រែអាចពិបាកដល់អ្នកក្ពងការជ្រាប់ដល់យើងនូវព័ត៌មានរសើបៗ និងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលយើងក្រូវការក្ពងការយកមកកំណត់សម្រេចពីលក្ខសម្បត្តិទៅលើរូបអ្នក។ យើងមិនអាចធានាបានទេថា អ្នកបកប្រែភាសារបស់អ្នកនឹងអាចរក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នក ជាការសម្ងាត់បាន។ កិច្ចព្រមព្រៀងនេះមិនបានធ្វើឱ្យអ្នកបោះបង់សិទ្ធិរបស់អ្នកក្ពងការស្នើសុំអ្នកបកប្រែភាសាពីខោនធីនោះទេ។ អ្នកអាចឈប់ប្រើអ្នកបកប្រែភាសារបស់អ្នកបានគ្រប់ពេល ហើយដាក់មកស្នើសុំអ្នកបកប្រែ ភាពីខោនធីវិញបាន។	لطفاً توجه داشته باشید که ممکن است مترجم شما اطلاعات مهم را به درستی ترجمه نکند. خطاهای ترجمه ممکن است بر میزان کمک یا مساعدتی که از کانتی دریافت میکنید تأثیر بگذارد. ممکن است خطاها به دلیل ترجمه مفاهیم دشوار و برنامه زبانی باشد. ممکن است مترجم خود شما نیز واژگان خاص را درک نکند. لازم است تا کانتی سوالات حساس و شخصی از شما بپرسد. استفاده از یک دوست یا عضو خانواده به عنوان مترجم ممکن است بیان اطلاعات حساس و شخصی که دانستن آنها میتواند برای تایید صلاحیت شما لازم باشد را برای شما دشوار کند. ما نمیتوانیم تضمین کنیم که مترجم شما، اطلاعات شما را محرمانه نگه خواهد داشت. این توافقنامه حق شما برای درخواست مترجم از کانتی را ساقط نمیکند. در هر زمان، میتوانید استفاده از مترجم خود را متوقف کنید و از کانتی درخواست یک مترجم رایگان کنید..	불가능합니다.) 이럴 경우 귀하의 통역사가 중요한 정보를 정확하게 번역하지 못할 수도 있다는 점을 유의하시기 바랍니다. 번역 오류는 귀하가 카운티로부터 받는 도움의 양에 영향을 미칠 수 있습니다. 번역하기 어려운 개념과 프로그램 언어로 인해 오류가 발생할 수 있습니다. 귀하의 통역사는 특정 용어를 이해하지 못할 수도 있습니다. 카운티는 귀하에게 민감하고 개인적인 질문을 해야 합니다. 친구나 가족의 통역을 요청하면 카운티는 귀하의 자격. 여부를 결정하는 데 필요할 수 있는 민감하고 개인적인 정보를 알려주기가 어려울 수 있습니다. 카운티는 귀하의 통역사가 귀하의 정보를 기밀로 유지한다고 보장할 수 없습니다. 본 동의서는 카운티에 통역사를 요청할 수 있는 귀하의 권리를 포기하지 않습니다. 귀하는 언제든지 자신의 통역사 이용을 중단하고 카운티에 무료 통역사를 요청할 수 있습니다.	По вид мо пра ин пер на лы по Ou из- по пр со мо спе Ад до де во пер зна ва со или ко по оп на Мы га пер со ко ва Эт яв пра ус пер в л пр ус со и о по ус ок
	Sub-Section Title	**Interpreter Services Statement**	**Declaración de servicios de interpretación**	**口譯服務聲明**	**Թարգմանչական ծառայություններ հայտարարություն**	**សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពី សេវាបកប្រែភាសា**	**بیانیه خدمات مترجم**	**통역사 서비스 명세서**	**Зая уст**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean	
	Static Text	B. Interpreter Services Statement (to be completed and signed by the customer):	B. Declaración de servicios de interpretación (debe ser completada y firmada por el cliente):	B.口譯服務聲明（由顧客填寫並簽署）：	B.Թարգմանչական ծառայություններ հայտարարություն (պետք է լրացվի և ստորագրվի հաճախորդի կողմից).	B.សេចក្តីថ្លែងការណ៍ស្តីពី សេវាបកប្រែភាសា (ត្រូវបំពេញ និងត្រូវចុះហត្ថលេខាដោយអតិថិជន)៖	B. بیانیه خدمات مترجم (که باید توسط مشتری تکمیل و امضا شود):	B. 통역사 서비스 명세서 (고객이 작성하고 서명해야 함):	B. уст (за зак
	Field Name	Customer's Name:	Nombre del cliente:	顧客名稱:	Հաճախորդի անունը.	ឈ្មោះអតិថិជន៖	نام مشتری:	고객의 이름:	Им
	Field Name	Customer's Language:	Idioma del cliente:	客戶的語言:	Հաճախորդի լեզուն.	ភាសាអតិថិជន៖	زبان مشتری:	고객의 언어:	Язы
	Error Message (#42)	Recipient Language is required.	Se requiere el idioma del beneficiario.	受看护人的語种必填。	Ստացողի լեզուն պարտադիր է:	ត្រូវការភាសានៃអ្នកទទួល។	زبان دریافت کننده مورد نیاز است.	수혜자의언어가 필요합니다.	Язы обя
	Error Message (#47)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ចូលអក្សរដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ឬតួអក្សរពិសេសទៅក្នុងសំណៅនេះបានទេ ។	شما نمی توانید حروف غیر انگلیسی یا نویسه های خاص را در این فرم وارد کنید.	영어가 아닌 문자나 특수 문자는 이 양식에 입력할 수 없습니다.	Вы не сп эту
	Static Text	I prefer to communicate in above specified language. I have been informed by the county that I have the right to a free interpreter. I also have the right to use my own interpreter. I want to use my own interpreter. I know that there may be problems of miscommunication by using my own interpreter and that sensitive information may be discussed during the interpretation. I give permission to my interpreter named below to hear and interpret information in my interviews with the county. **My understanding and this agreement for using my interpreter named below applies for future interviews.**	Yo prefiero comunicarme en especifique el idioma. El condado me ha informado que tengo derecho a un intérprete gratuito. También tengo derecho a usar mi propio intérprete. Quiero usar mi propio intérprete. Sé que puede haber malentendidos al usar mi propio intérprete y que es posible que se hable de información delicada durante la interpretación. Doy permiso al intérprete nombrado a continuación para escuchar e interpretar información en mis entrevistas con el condado. **Mi entendimiento y este acuerdo para usar al intérprete nombrado acontinuación aplican a futuras entrevistas.**	我 更喜歡使用指定語言. 縣府已告訴我，我有權得到免費的口譯員。我也有權使用自己的口譯員。 我想使用我自己的口譯員。我知道，使用自己的口譯員可能會出現溝通錯誤的問題，而且在口譯過程中可能會 討論敏感的資訊。 我允許下面指定的口譯員在與我縣府的面談中聽取和口譯資訊。 **我的理解和使用以下我在下面指定口譯員的協 議適用於以後的面談。**	Ես՝ նախընտրում եմ հաղորդակցվելՆշեք լեզուն Վարչաշրջանն ինձ տեղեկացրել է, որ ես անվճար թարգմանչի իրավունք ունեմ: Ես նաև իրավունք ունեմ օգտվելու իմ սեփական թարգմանչի ծառայություններից: Ես ցանկանում եմ օգտվել իմ սեփական թարգմանչի ծառայություններից. Ես գիտեմ, որ կարող են լինել սխալ հաղորդակցության խնդիրներ՝ օգտագործելով իմ սեփական թարգմանիչը, և որ զգայուն տեղեկատվություն կարող է քննարկվել քննարկման ընթացքում: Ստորև նշված իմ թարգմանչին ես թույլ եմ տալիս վարչաշրջանի հետ ունեցած իմ հարցազրույցներում լսել և թարգմանել տեղեկատվությունը: **Իմ ըմբռնումը և ստորև նշված իմ թարգմանիչն օգտագործելու այս համաձայնագիրը վերաբերում են** ապագա հարցազրույցներին:	ខ្ញុំចូលចិត្តទំនាក់ទំនងជាភាសាដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ។ ខោនធីបានប្រាប់ខ្ញុំថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានអ្នកបកប្រែភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ។ ខ្ញុំក៏មានសិទ្ធិក្នុងការប្រើអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់របស់ខ្ញុំបានដែរ។ ខ្ញុំចង់ប្រើអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់ខ្លួនខ្ញុំ។ ខ្ញុំដឹងថា អាចនឹងមានបញ្ហានៃការយល់ច្រឡំណាមួយ កើតឡើងចំពោះការប្រើអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំ និងដឹងថា ព័ត៌មានដែលមានលក្ខណៈរសើបៗអាចនឹងត្រូវបានពិភាក្សានៅក្នុងពេលបកប្រែ។ សូមផ្តល់ការអនុញ្ញាតដល់អ្នកបកប្រែភាសាដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម ក្នុងការស្តាប់ និងបកប្រែព័ត៌មានឈ្លេងៗ នៅក្នុងកិច្ចសម្ភាសន៍ជាមួយនិងខោនធី។ **ការយល់ព្រម និងកិច្ចព្រមព្រៀងនេះ សម្រាប់ប្រើអ្នកបកប្រែភាសាដែលមានឈ្មោះខាងក្រោម សម្រាប់អនុវត្តទៅលើកិច្ចសម្ភាសន៍នាពេលអនាគត។**	من ترجیح می دهم در زبان مشخص شده بالا ارتباط برقرار کنم کانتی به من اطلاع داده است که حق دارم یک مترجم رایگان داشته باشم. من همچنین حق استفاده از مترجم خود را دارم من میخواهم از مترجم خودم استفاده کنم. من میدانم که استفاده از مترجم خودم ممکن است موجب انتقال نادرست اطلاعات بشود و اینکه در طول گفتگو ممکن است اطلاعات مهم و حساسی مطرح شود. من به مترجم خود که نام او در زیر آمده است اجازه میدهم در مصاحبههای من با کانتی اطلاعات را بشنود و آنها را ترجمه کند. **تاییدیه آگاهانه من و این توافق برای استفاده از مترجم خودم که نام او در زیر آمده است، برای مصاحبههای آینده نیز اعمال خواهد شد.**	나는 위의 특정 언어로 의사 소통하는 것을 선호합니다. 본인은 무료 통역 서비스를 받을 권리가 있다는 것을 카운티로부터 통보받았습니다. 또한 본인만의 통역사를 이용할 권리가 있습니다. 본인은 본인만의 통역사 이용을 원합니다. 본인은 본인이 직접 통역사를 이용함으로써 의사소통 오류의 문제가 있을 수 있으며, 통역 과정에서 민감한 정보가 논의될 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 아래 이름의 통역사에게 카운티와의 인터뷰에서 정보를 듣고 통역할 수 있는 권한을 부여합니다. **아래에 명시된 통역사 이용에 대한 본인의 이해와 동의는 향후 인터뷰에 적용됩니다.**	Я п на Ад co est бес уст me пол сво пер Я х усл соб Я з пол соб мо не что пер об ин Я д пер них пер на ад окр **co по св пер ни по co**
	Checkbox	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como	通過選中此框，我聲明我正在作為受看護人的授權代	Նշելով այս վանդակը՝ ես հայտարարում եմ, որ վերանայում և հաստատում եմ այս	ដោយគូសគំនូសក្នុង ប្រអប់ នេះ ខ្ញុំកំពុង ថ្លែងថា ខ្ញុំកំពុង ពិនិត្យសា	با چک کردن این جعبه، اعلام می کنم که این فرم را به عنوان نماینده مجاز	이 확인란을 선택함으로써 본인은 수혜자의 권한 있는	От зая озн ут

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean	
		form as the Recipient's Authorized Representative.	Representante autorizado del beneficiario.	表審查並批准此表格。	ձևը՝ որպես Ստացողի լիազորված ներկայացուցիչ:	ឡើងវិញ និង យល់ព្រមថា ឯកសារនេះ សំរាប់អ្នកដែលបានអនុញ្ញាតឲ្យ តំណាងអ្នកទទួល។	گیرنده بررسی و تایید می کنم.	대리인으로서 이 양식을 검토하고 승인함을 선언합니다.	в к Упо пре
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求。	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:	ខ្ញុំ យល់ និង យល់ព្រម ធ្វើ តាមតម្រូវ ការ ទាំងអស់ ដែល បានរាយ ក្នុង ឯកសារនេះ	من متوجه شدم و موافقم که تمامی الزامات موجود در این فرم را رعایت کنم	본인은 이 양식에 나열된 모든 요구 사항을 이해하고 이에 동의합니다.	Я п сле тре пер фо
	Error Message (#46)	Recipient/Authorized Representative agreement is required.	El acuerdo de beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要受看護人/授權代表同意。	Ստացողի/Լիազոր ներկայացուցչի համաձայնությունը պարտադիր է:	កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួលជំនួយ/អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវបានទាមទារ។	توافق دریافت کننده یا نماینده مجازش لازم است.	수혜자/권한을 위임받은 대리인의동의가 필요합니다.	Co упо пре обя
	Field Name	Printed Name	Nombre escrito con letra de molde	書寫名字	ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ՝	ឈ្មោះជាអក្សរ ពោះពុម្ព:	نام چاپ شده:	정자체 이름:	Им
	Error Message (#43)	Recipient/Authorized Representative Printed Name is required.	El nombre impreso del beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要填寫受看護人/授權代表的正楷姓名。	Ստացողի/Լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը/ազգանունը պարտադիր է:	ឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ/តំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតដែលសរសេរជាអក្សរ ពុម្ព ត្រូវបានទាមទារ ។	زبان دریافت کننده مورد نیاز است.	수혜자/권한을 위임받은 대리인 정자체 이름이 필요합니다.	На пол упо пре обя
	Error Message (#47)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ចូលអក្សរដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ឬ តួអក្សរពិសេសទៅក្នុងសំណៅនេះ បានទេ ។	شما نمی توانید حروف غیر انگلیسی یا نویسه های خاص را در این فرم وارد کنید.	영어가 아닌 문자나 특수 문자는 이 양식에 입력할 수 없습니다.	Вы нез спе эту
	Field Name	Date	Fecha	日期	Ամսաթիվ	កាលបរិច្ឆេទ:	تاریخ:	날짜:	Да
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM
	Error Message (#45)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវតែស្ថិតក្នុងទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	تاریخ موافقتنامه باید به شکل MM/DD/YYYY باشد.	계약 날짜는 MM/DD/YYYY 형식이어야 합니다.	Да бы ГГГ
	Error Message (#44)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវបានទាមទារ ។	تاریخ توافق لازم است.	계약 날짜는 필수입니다.	Об зак
	Sub Section Title	**Interpreter Confidentiality Agreement**	**Acuerdo de confidencialidad del intérprete**	**口譯保密協議**	**Թարգմանչի գաղտնիության համաձայնագիր**	**កិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពី ការសម្ងាត់របស់អ្នកបកប្រែភាសា**	**توافقنامه حفظ محرمانگی مترجم**	**통역사 비밀유지 동의서**	**Co ко пер**
	Static Text	C. Interpreter Confidentiality Agreement (to be completed and signed by the interpreter):	C. Acuerdo de confidencialidad del intérprete (debe ser completado y firmado por el intérprete):	C.口譯保密協議（由口譯員填寫並簽署）：	C.Թարգմանչի գաղտնիության համաձայնագիր (պետք է լրացվի և ստորագրվի թարգմանչի կողմից).	C. កិច្ចព្រមព្រៀងស្តីពី ការសម្ងាត់របស់អ្នកបកប្រែភាសា (ត្រូវបំពេញ និងត្រូវចុះហត្ថលេខាដោយ អ្នកបកប្រែភាសា)៖	C. توافقنامه حفظ محرمانگی مترجم (که باید توسط مترجم تکمیل و امضا شود):	C. 통역사 비밀유지 동의서 (통역사가 작성하고 서명해야 함):	C.(кон пер под
	Field Name	Interpreter's Name:	Nombre del intérprete:	口譯員姓名:	Թարգմանչի անունը:	ឈ្មោះ អ្នកបកប្រែ:	نام مترجم:	통역사 이름:	Язы
	Error Message (#48)	Interpreter Printed Name is required.	Se requiere el nombre impreso del intérprete.	翻译员正楷签名必填。	Պահանջվում է թարգմանչի տպագիր անունը և ազգանունը:	ត្រូវការសរសេរ ឈ្មោះអ្នកបកប្រែ។	نام چاپ شده مترجم لازم است.	통역사 정자체 이름은 필수입니다.	На пер
	Field Name	Interpreter's Language:	Idioma del intérprete:	翻译员的签名必填:	Հաճախորդի լեզուն:	ភាសា អ្នកបកប្រែ:	زبان مترجم:	통역사의 언어:	Им
	Error Message (#49)	Interpreter Language is required.	Se requiere el idioma del intérprete.	翻译员的語种必填。	Թարգմանչի լեզուն պարտադիր է:	ត្រូវការភាសា អ្នកបកប្រែ។	زبان مترجم لازم است.	통역사 사용 언어가필요합니다.	Язы обя

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean	
	Field Name	Relationship to Customer:	Relación con la cliente:	與客戶的關係:	Հաճախորդի հետ հարաբերություններ:	ទំនាក់ទំនងជាមួយអតិថិជន៖	ارتباط با مشتری:	고객과의 관계:	ро кл
	Error Message (#50)	Relationship to Recipient is required.	Se requiere relación con el beneficiario.	與受看护人的關係是必需的。	Ստացողի հետ կապը պարտադիր է:	ត្រូវការ ទំនាក់ទំនងទៅកាន់អ្នកទទួល។	رابطه مترجم با دریافت کننده لازم است.	수혜자와의관계가 필요합니다.	Ука от усл
	Static Text	I speak both English and the above specified language. I agree to keep information interpreted in interviews with the county confidential and will not repeat the information to anyone. My relationship to the customer is specified above.	Yo hablo inglés y el idioma especificado arriba. Prometo mantener confidencial la información interpretada en entrevistas con el condado y no repetiré la información a nadie. Mi relación con La cliente se especifica arriba.	我 會講英語和上述指定語言. 我同意對在與縣府面談中對所獲資訊保密，而且不會將資訊重複告訴他人。 我與 上面指定了客戶.	Ես խոսում եմ անգլերեն և վերը նշված լեզուն: Համաձայն եմ, որ վարչաշրջանի հետ հարցազրույցներում թարգմանված տեղեկատվությունը պետք է լինի գաղտնի և ոչմեկին չփոխանցվի: ի հետ իմ հարաբերությունը հաճախորդը նշված է վերևում:	ខ្ញុំ និយាយ ទាំង ភាសា អង់គ្លេស និង ភាសា ដែល បាន បញ្ជាក់ ខាងលើ ។ ខ្ញុំយល់ព្រម រក្សាព័ត៌មានដែល ខ្ញុំបានបកប្រែនៅ ក្នុងកិច្ចសម្ភាសន៍ ជាមួយខោនធី ជាសម្ងាត់ និងមិន ប្រាប់ព័ត៌មាន ទាំងអស់នោះ ដល់ជនណាម្នាក់ ឡើយ។ ទំនាក់ទំនង របស់ ខ្ញុំ ជាមួយ អតិថិជន ត្រូវ បាន បញ្ជាក់ ខាងលើ ។	من به هر دو زبان انگلیسی و زبان مشخص شده در بالا صحبت می کنم. من موافقت میکنم که اطلاعات ترجمه شده در مصاحبه با کانتی را محرمانه نگه دارم و اطلاعات را برای کسی بازگو نخواهم کرد. رابطه من با مشتری در بالا مشخص شده است.	저는 영어와 위의 특정 언어를 모두 구사합니다. 본인은 카운티와의 인터뷰에서 통역된 정보를 기밀로 유지하는 데 동의하며 누구에게도 해당 정보를 재 진술하지 않을 것입니다. 고객과의 관계는 위에 명시되어 있습니다.	Я г на Я с кон раз пол соб адр Мо ука
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求。	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:	ខ្ញុំ យល់ និង យល់ ព្រម ធ្វើ តាម តម្រូវ ការ ទាំង អស់ ដែល បាន រាយ ក្នុង ឯកសារ នេះ	من متوجه شدم و موافقم که تمامی الزامات موجود در این فرم را رعایت کنم	본인은 이 양식에 나열된 모든 요구 사항을 이해하고 이에 동의합니다.	Я г сле тре пер фо
	Error Message (#52)	Interpreter agreement is required.	Se requiere el acuerdo de intérprete.	口譯員協議必須。	Թարգմանչի համաձայնագիրը պարտադիր է:	ត្រូវការកិច្ចព្រមព្រៀងនៃអ្នកបកប្រែ។	توافقنامه مترجم لازم است.	통역사의 동의가 필요합니다.	Тре пер
	Field Name	Date	Fecha	日期	Ամսաթիվ	កាលបរិច្ឆេទ៖	تاریخ:	날짜:	Да
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM
	Error Message (#45)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវតែ ស្ថិតក្នុងទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	تاریخ موافقتنامه باید به شکل MM/DD/YYYY باشد.	계약 날짜는 MM/DD/YYYY 형식이어야 합니다.	Да бы ГГ
	Error Message (#44)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះ កិច្ចព្រមព្រៀង ត្រូវបានទាមទារ ។	تاریخ توافق لازم است.	계약 날짜는 필수입니다.	Об зак
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ	ទៅមុខ	بعدی	다음	Сл
		Back	Atrás	後退	Նախորդ	ត្រឡប់ មក វិញ	بازگشت	뒤로	На
		Save	Guardar	救	Պահպանել	រក្សាទុក	ذخیره	저장	Со
		Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք	ដាក់ស្នើ	ارسال	제출	От

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 295

CI
CI-824044 - DSD TRAN SOC 295 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Screen Title	**APPLICATION FOR IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (SOC 295)**	**SOLICITUD PARA SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (SOC 295)**	**居家援助服務申請表 (SOC 295)**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Sub-Section Title	**Personal Information**	**Información personal**	**個人資訊**
	Static Text	**To the Applicant:** All sections of this form must be completed. Information provided is subject to verification. **NOTE:** Retain your copy of your completed application. Regarding your Social Security Number, it is mandatory that you provide your Social Security Number(s) as required in 42 USC 405, or that you apply for a Social Security Number(s) with the Social Security Administration. This information will be used in eligibility determination and coordinating information with other public agencies.	**Al Solicitante:** Todas las secciones de este formulario deben ser completadas. La información provista está sujeta a verificación. **NOTA**: Conserve la copia de su solicitud ya completa. Con respecto a su número de seguro social, es obligatorio que proporcione su número de Seguro Social como se requiere en 42 USC 405, o que solicite un número de Seguro Social con la Administración del Seguro Social. Esta información se usará en la determinación de elegibilidad y en la coordinación de información con otras agencias públicas.	**致申請人**：必須填寫此表格的所有 要核實。 **注意：**請保留完成的表格副本。根 節，要求您必須提供您的社會安全 安全局申請社會安全號碼。這些資 與其他公共機構協調資訊。
	Field Name	Date of Application	Fecha de la solicitud	申請日期
	Field Name	Case Number	Número del caso (si lo sabe)	個案編號(如知悉)
	Field Name	Name of Applicant*	Nombre del solicitante*	申請人姓名*
	Error Message (#103)	Name of Applicant is required.	Se requiere el nombre del solicitante.	申請人姓名必填。
	Error Message (#85)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母
	Field Name	Social Security Number	Número de Seguro Social	社會安全號碼
	Error Message (#123)	Social Security Number must be in a valid XXX-XX-XXXX format.	El número de seguro social debe estar en un formato válido XXX-XX-XXXX.	社會安全號碼必須採用有效的 XXX
	Field Name	Street Address*	Domicilio*	街道地址*
	Error Message (#86)	Street Address is required.	Se requiere la dirección.	街道地址必需。
	Field Name	City*	Ciudad*	市*
	Error Message (#87)	City is required.	Se requiere la ciudad.	城市必需。
	Field Name	State*	Estado*	州*
	Error Message (#88)	State is required.	Se requiere el estado.	所在州必需。
	Error Message (#107)	State must be a valid two letter abbreviation.	Estado debe ser una abreviatura válida de dos letras.	州名必須是有效的兩個字母縮寫。
	Field Name	Zip Code*	Código postal*	郵遞區號*
	Error Message (#89)	Zip Code is required.	Se requiere código postal.	郵编必需。
	Error Message (#121)	Zip Code must be five numeric digits long.	El código postal debe tener cinco dígitos numéricos.	郵編必須為五位數字。
	Field Name	Telephone	Teléfono	電話
	Error Message (#108)	Telephone Number must be 10 numeric characters.	El número de teléfono debe tener 10 caracteres numéricos.	電話號碼必須是 10 個數字字符。
	Field Name	Email	Correo electrónico	電郵
	Field Name	Date of Birth*	Fecha de nacimiento*	出生日期*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY
	Error Message	Date of Birth is required.	La fecha de nacimiento es requerida.	出生日期必需。

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	(#90)			
	Error Message (#101)	Date of Birth must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha de nacimiento debe estar en formato MM/DD/AAAA.	出生日期必須採用 MM/DD/YYYY
	Field Name	Sex*	Sexo*	性別*
	Radio Button	Male	Masculino	男
	Radio Button	Female	Femenino	女
	Error Message (#91)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。
	Sub-Section Title	**Sexual Orientation and Gender Identity**	**Orientación sexual e identidad de género**	**性取向和性別認同**
	Static Text	Providing responses in the sections below is optional and confidential. Any information you provide in this section will not be used in your eligibility determination.	Proporcionar respuestas en las siguientes secciones es opcional y confidencial. Cualquier información proporcionada en esta sección no se usará en la determinación de su elegibilidad.	以下部份是非必要作答，所作回答 分中提供的任何資訊將不會用作決
	Field Name	What is your gender identity? (check the box that best describes your current gender identity)	¿Cuál es su identidad de género? (marque la casilla que mejor describa su identidad de género actual)	您的性別認同是什麼？(勾選最能描 方框)
	Radio Button	Female (Gender)	Femenino	女性
	Radio Button	Male (Gender)	Masculino	男性
	Radio Button	Transgender: male to female	Transgénero: Masculino a femenino	變性: 男性變女性
	Radio Button	Transgender: female to male	Transgénero: Femenino a masculino	變性: 女性變男性
	Radio Button	Non-Binary (neither male nor female)	No binario (ni hombre ni mujer)	非二元(非男性亦非女性)
	Radio Button	Another gender identity	Otra identidad de género	其他性別認同
	Radio Button	Decline to state	Me rehuso a decirlo	拒絕說明
	Field Name	What sex was listed on your original birth certificate?	¿Qué sexo se indicó en su acta de nacimiento original?	您的正本出生証書上所列的性別是
	Radio Button	Female (Gender)	Femenino	女性
	Radio Button	Male (Gender)	Masculino	男性
	Field Name	How do you describe your sexual orientation?	¿Cómo describe su orientación sexual?	您如何形容您的性取向?
	Radio Button	Straight/heterosexual	Heterosexual	異性戀
	Radio Button	Gay or lesbian	Homosexual o lesbiana	男同性戀或女同性戀
	Radio Button	Bisexual	Bisexual	雙性戀
	Radio Button	Queer	Queer	酷兒
	Radio Button	Another sexual orientation	Otra orientación sexual	其他性取向
	Radio Button	Unknown	Desconocido	未知
	Radio Button	Decline to state	Me rehuso a decirlo	拒絕說明
	Sub-Section Title	**Veteran Information**	**Información de veteranos**	**退伍軍人資訊**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Field Name	Are you a Veteran?*	¿Es usted un veterano?*	您是退伍軍人嗎?*
	Field Name	Are you a Spouse/Child of a Veteran?*	¿Es usted cónyuge/hijo de un veterano?*	您是退伍軍人的配偶/孩子嗎?*
	Radio Button	Yes	Sí	是
	Radio Button	No	No	否
Text is dynamic, only displays if the respective selection is made.	Field Name	If YES, give Veteran name and Claim Number*	Si contestó “Sí”, dé el nombre del veterano y número de reclamo*	如果是，請提供退伍軍人姓名和索
	Error Message (#122)	This is a required field.	Esta es una sección obligatoria	这是必填项。
	Sub-Section Title	**SSI/SSP Information**	**Información de SSI/SSP**	**SSI/SSP 資訊**
	Field Name	Do you receive SSI/SSP benefits?*	¿Recibe usted beneficios de SSI/SSP?*	您是否領取 SSI/SSP 福利?*
	Radio Button	Yes	Sí	是
	Radio Button	No	No	否
	Error Message (#91)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。
Text is dynamic, only displays if the respective selection is made.	Field Name	If yes, check your type of living arrangement*	Si contestó “Sí”, indique su tipo de alojamiento*	如果是，請選出您的生活安排類型
	Radio Button	Independent Living	Vida independiente	獨立生活
	Radio Button	Board and Care	Hospedaje y cuidado	住宿和護理
	Radio Button	Home of Another	Hogar de alguien más	其他護理院
	Field Name	Services being requested*	Servicios solicitados*	要求的服務*
	Error Message (#122)	This is a required field.	Esta es una sección obligatoria	这是必填项。
	Sub-Section Title	**Past IHSS Information**	**Historial de IHSS**	**過去的 IHSS 資訊**
	Field Name	Have you received In-Home Supportive Services (IHSS) in the past?*	¿Ha recibido Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado?*	您過去曾否獲得居家居家援助服務
	Radio Button	Yes	Sí	是
	Radio Button	No	No	否
	Error Message (#91)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。
Text is dynamic, only displays if the respective selection is made.	Static Text	If Yes, complete the following. Date and county where service was last received:	Sí Contestó “Sí”, complete lo siguiente. Fecha y condado donde se recibió servicio por ultima vez:	如果是，請填寫以下各項。最後獲
	Field Name	Date	Fecha	日期
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY
	Error Message (#102)	Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha debe estar en formato MM/DD/AAAA.	日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。
	Field Name	County	Condado	郡
	Field Name	Total Monthly Hours	Total de horas mensuales	每月總時數

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Field Name	Name Used (if different from above)	Nombre usado (si es diferente al de arriba)	使用的姓名(如與上述不同)
	Sub-section Title	**Household Information**	**Información del Hogar**	**家庭資訊**
	Static Text	**List Household Members:**	**Enumere los miembros del hogar:**	**家庭成員名單:**
	Field Name	Name of Spouse	Nombre del esposo o esposa	配偶的姓名
	Field Name	Name	Nombre	姓名
	Error Message (#104)	Name of Household Member is required.	Se requiere el nombre del miembro del grupo familiar.	家庭成員姓名必填。
	Static Text	Relationship	Relación	關係
	Checkbox	Parent	Padre	父母
	Checkbox	Child	Hijo	子女
	Checkbox	Other Relative	Otro pariente	其他親屬
	Checkbox	Non-Relative	No es pariente	非親屬
	Field Name	Birthdate	Fecha de nacimiento	出生日期
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY
	Error Message (#99)	Birthdate is a required field.	La fecha de nacimiento es una sección obligatoria.	出生日期必填。
	Error Message (#100)	Birthdate must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha de nacimiento debe estar en formato MM/DD/AAAA.	出生日期必須採用 MM/DD/YYYY 格
	Sub-section Title	**Ethnic and Language Information**	**Información étnica y de idioma**	**種族和語言資訊**
	Static Text	The law requires that information on ethnic origin and primary language be collected. If you do not complete this section, social service staff will make a determination. The information will not affect your eligibility for service.	La ley exige que se recopile información sobre el origen étnico y el idioma primario. Si no completa esta sección, el personal del servicio social tomará una determinación. La información no afectará su elegibilidad para el servicio.	法律要求收集有關族裔和主要語言寫本部分，社會服務人員將做出決 您的服務資格。
	Field Name	My Ethnic Origin is*	Mi origen étnico es*	原屬種族是*
	Dropdown Option	White	Blanco	白人
	Dropdown Option	Hispanic	Hispano	西裔
	Dropdown Option	Black	Negro	非裔
	Dropdown Option	Other Asian or Pacific Islander	Otros asiáticos o isleños del Pacífico	其他亞洲或太平洋島民
	Dropdown Option	American Indian or Alaskan Native	Indígena Americano o nativo de Alaska	美洲印第安人或阿拉斯加原住民
	Dropdown Option	Filipino	Filipino	菲律賓人
	Dropdown Option	Chinese	Chino	中國人
	Dropdown Option	Cambodian (Ethnicity)	Camboyano	柬埔寨人
	Dropdown Option	Japanese (Ethnicity)	Japonés	日本人
	Dropdown Option	Korean (Ethnicity)	Coreano	韓國人
	Dropdown Option	Samoan (Ethnicity)	Samoano	薩摩亞人
	Dropdown Option	Asian Indian	Hindú	亞洲印第安人
	Dropdown Option	Hawaiian	Hawaiano	夏威夷人

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Dropdown Option	Guamanian	Guamano	關島人
	Dropdown Option	Laotian	Laosiano	老撾人
	Dropdown Option	Vietnamese (Ethnicity)	Vietnamita	越南人
	Dropdown Option	Other	Otro	其他
	Dropdown Option	Mixed Ethnicity	Etnia mixta	混合種族
	Error Message (#96)	You must select your Ethnic Origin.	Debe seleccionar su origen étnico.	您必須選擇您的民族。
	Field Name	What language do you prefer to read?*	¿En qué idioma prefiere leer?*	您更喜歡用哪種語言閱讀?*
	Field Name	What language do you prefer to speak?*	¿En qué idioma prefiere hablar?*	您更喜歡說什麼語言?*
	Dropdown Option	American Sign Language (AMISLAN or ASL)	Lenguaje de Señas Americano (AMISLAN o ASL)	美國手語（AMISLAN 或 ASL）
	Dropdown Option	Spanish - NOA will be issued in Spanish	Español - El Aviso de Acción (NOA) será enviado en español	西班牙語 - 行動通知 (NOA) 將以西
	Dropdown Option	Cantonese	Cantonés	粵語
	Dropdown Option	Japanese (Language)	Japonés	日語
	Dropdown Option	Korean (Language)	Coreano	韓語
	Dropdown Option	Tagalog	Tagalo	他加祿語
	Dropdown Option	Other non-English	Otro que no sea inglés	其他非英語
	Dropdown Option	English	Inglés	英語
	Dropdown Option	Spanish - NOA will be issued in English	Español - El NOA será enviado en inglés	西班牙語 - 行動通知 (NOA) 將以英
	Dropdown Option	Other Sign Language	Otro lenguaje de señas	其他手語
	Dropdown Option	Mandarin	Mandarín	普通話
	Dropdown Option	Other Chinese Languages	Otros Idiomas chinos	其他中國語言
	Dropdown Option	Cambodian (Language)	Camboyano	柬埔寨語
	Dropdown Option	Armenian	Armenio	亞美尼亞語
	Dropdown Option	Ilacano	Ilocano	伊洛卡諾語
	Dropdown Option	Mien	Mien	勉方言
	Dropdown Option	Hmong	Hmong	苗語
	Dropdown Option	Lao	Laosiano	老撾語
	Dropdown Option	Turkish	Turco	土耳其語
	Dropdown Option	Hebrew	Hebreo	希伯來語
	Dropdown Option	French	Francés	法語

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Dropdown Option	Polish	Polaco	波蘭語
	Dropdown Option	Russian	Ruso	俄羅斯語
	Dropdown Option	Portuguese	Portugués	葡萄牙語
	Dropdown Option	Italian	Italiano	意大利語
	Dropdown Option	Arabic	Árabe	阿拉伯語
	Dropdown Option	Samoan (Language)	Samoano	薩摩亞語
	Dropdown Option	Thai	Tailandés	泰語
	Dropdown Option	Farsi	Farsi	波斯語
	Dropdown Option	Vietnamese (Language)	Vietnamita	越南語
	Error Message (#97/#98)	You must select a language.	Debe seleccionar un idioma.	您必須選擇一種語言。
	Sub-section Title	**Communication Accommodations**	**Asistencia con la comunicación**	**通訊便利協助**
	Static Text	To accommodate blind or visually-impaired applicants, IHSS information is available in the following alternative formats. Please indicate which format you would prefer, if applicable. Providing information in this section will not affect your eligibility for services.	Para asistir a los solicitantes ciegos o con discapacidad visual, la información de IHSS está disponible en los siguientes formatos alternativos. Por favor, indique qué formato prefiere, si es que aplica. Proporcionar información en esta Sección no afectará su elegibilidad para los servicios.	為了給盲人或有視力障礙的申請人 資訊可以用下列替代格式提供。如 望使用那種格式。提供本部分中的 務資格。
	Field Name	I am Blind*	Soy ciego*	我是盲人*
	Field Name	I am Visually Impaired*	Tengo una discpacidad visual*	我是視力障礙者*
	Radio Button	Yes	Sí	是
	Radio Button	No	No	否
	Error Message (#91)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。
Text is dynamic, only displays if the respective selection is made.	Static Text	For Notices of Action*	Para avisos de acción*	行動通知*
	Static Text	For IHSS Required forms*	Para formularios requeridos por IHSS*	IHSS 要求的表格*
	Static Text	For Timesheets*	Para reportes de horas*	時間表*
	Radio Button	No accommodation is needed	No se necesitan adaptaciones	不需要便利協助
	Radio Button	Braille Documents	Documentos en Braille	盲文文件
	Radio Button	18 point font documents	Documentos en letra de 18 puntos	18 點字體文件
	Radio Button	Audio CD	Audio CD	音訊光碟
	Radio Button	Data CD	CD de Datos	資料光碟
	Radio Button	County Support	Apoyo del Condado	縣援助
	Field Name	If County Support, describe requested support*	Si es apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado*	如需縣援助，請說明所要求的援助

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Field Name	If County Support, describe requested support, including blind-only services*	Si es apoyo del Condado, describa el apoyo solicitado, incluyendo servicios solo para ciegos*	如需縣援助，請說明所要求的援助 務*
	Error Message (#106)	You must describe requested support.	Debe describir el apoyo solicitado.	您必須描述所申請的服務。
	Radio Button	Telephonic System	Sistema Telefónico	電話系統
	Field Name	4 Digit Passcode*	Código de acceso de 4 dígitos*	4 位密碼*
	Error Message (#92)	4 Digit Passcode is required.	Se requiere un código de acceso de 4 dígitos.	需要 4 位密碼。
	Error Message (#96)	4 Digit Passcode must be 4 numeric characters.	El código de acceso de 4 dígitos debe tener 4 caracteres numéricos.	4 位密碼必須是 4 個數字字符。
	Radio Button	Electronic Timesheet System (ETS)	Sistema electrónico para reportes de horas (ETS)	電子時間表系統 (ETS)
	Dynamic Text	Using the Electronic Timesheet System (ETS) requires applicants and providers to first register at https://www.etimesheets.ihss.ca.gov	El uso del Sistema de tiempo de hojas electrónicas (ETS) requiere que los solicitantes y proveedores se registren primero en https://www.etimesheets.ihss.ca.gov	使用電子工時單系統 (ETS) 要求申 在 https://www.etimesheets.ihss.c
	Sub-section Title	**Affirmation**	**Afirmación**	**確認**
	Static Text	I affirm that the above information is true to the best of my knowledge and belief. I agree to cooperate fully if verification of the above statements is required in the future. I also understand that as the employer of my IHSS provider(s) I am responsible for: 1. Hiring, training, supervising, scheduling and, when necessary, firing my provider(s). 2. Ensuring the total hours reported by all providers who work for me do not exceed my IHSS authorized hours each month. 3. Referring any individual I want to hire to the County IHSS office to complete the provider eligibility process. 4. Notifying the County IHSS office within 10 days when I hire or fire a provider. In addition, I understand and agree to the following terms and limitations regarding payment for services by the IHSS program: 1. In order for any individual to be paid by the IHSS program, they must be approved as an IHSS eligible provider. 2. If I choose to have an individual work for me who has not yet been approved as an eligible IHSS provider, I will be responsible for paying him/her if he/she is not approved. 3. The IHSS program will not pay for any services provided to me until my application for services is approved and then will only pay for those services that are authorized for me to receive by the IHSS Program. 4. I will be responsible for paying for any services I receive that are not included in my IHSS authorization. 5. I will be responsible for paying my Share-of-Cost (SOC) and informing my individual provider(s) of that SOC. I also understand and agree to cooperate with the following as a part of my eligibility for IHSS: To promote program integrity and quality assurance, I may be subject to (un)announced visits to my home and that I or my provider(s) may receive letters identifying program requirement concerns from the State Department of Health Care Services (DHCS), California Department of Social Services (CDSS) and/or the County in which I receive services. The purpose of the visits and letters is to ensure that program requirements are being followed and that the authorized services are necessary for you to remain safely in your home. The visit will also verify that the	Yo afirmo que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en cooperar plenamente si se requiere la verificación de las declaraciones anteriores en el futuro. También entiendo que como empleador de mi(s) proveedor(es) de IHSS soy responsable de: 1. Contratar, capacitar, supervisar, programar y, cuando sea necesario, despedir a mi(s) proveedor(es). 2. Asegurar que el total de horas reportadas por todos los proveedores que trabajan para mí no exceda mis horas autorizadas de IHSS cada mes. 3. Enviar a cualquier persona que yo quiera contratar a la oficina de IHSS del Condado para completar el proceso de elegibilidad del proveedor. 4. Notificar a la oficina de IHSS del Condado dentro de 10 días cuando contrate o despida a un proveedor. Además, entiendo y estoy de acuerdo con los siguientes términos y limitaciones con respecto al pago por servicios del programa IHSS: 1. Para que una persona sea pagada por el programa IHSS, debe ser aprobada como proveedor elegible del IHSS. 2. Si decido que una persona trabaje para mí y no ha sido aprobada como proveedor elegible de IHSS, yo seré responsable de pagarle a él/ella si no es aprobado/a. 3. El programa IHSS no pagará ningún servicio que se me brinde hasta que se apruebe mi solicitud de servicios y luego solo pagará por los servicios que el Programa IHSS autorice que yo reciba. 4. Seré responsable de pagar cualquier servicio que reciba que no esté incluido en mi autorización de IHSS. 5. Seré responsable de pagar mi costo compartido (Share-of-Cost, o SOC) e informar a mi(s) proveedor(es) individual(es) de dicho SOC. También entiendo y estoy de acuerdo en cooperar con lo siguiente como parte de mi elegibilidad para IHSS: Para promover la integridad del programa y la garantía de calidad, puedo estar sujeto a visitas (no) anunciadas a mi hogar y que yo o mi(s) proveedor(es) pueden recibir cartas identificando problemas sobre los requisitos del programa del Departamento de Servicios para el Cuidado de la Salud (DHCS), del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) y/o el Condado en el que recibo los servicios. El objetivo de las visitas y cartas es garantizar que se sigan los requisitos del programa y que los servicios autorizados sean necesarios para que permanezca seguro en su hogar. La visita también verificará que se	本人確認上述資訊就本人所知及所 需對上述陳述作核實，本人同意全 本人也明白，本人為IHSS服務提供 任: 1. 聘用、訓練、監督、安排，並在 服務提供者。 2. 確保為本人工作的所有服務提供 不超過本人每個月的 IHSS 授權 3. 轉介本人欲聘請的任何人到縣I 提供者的資格流程。 4. 在本人聘用或解雇服務提供者的 IHSS 辦公室。 此外，本人明白並同意以下有關 IH 條款和限制: 1. 任何人如要從IHSS計劃獲取報 為IHSS的合資格服務提供者。 2. 如本人選擇未通過資格的IHSS 作，本人將承擔支付該名未獲 3. IHSS計劃將不會支付任何提供 人的服務申請獲通過，而且IHS 權與本人接受的服務。 4. 本人將負責支付任何不包括在I 服務。 5. 本人將負責支付個人的分攤費用 之服務提供者有關該分攤費用。 作為本人IHSS資格的一部分，本人 下: 為了促進計劃的完整性和質量保證 通報的家訪，並且本人或本人的服 來自加州衛生保健服務部 (DHCS)、 (CDSS) 和/或本人接受服務所在縣 關計劃要求的問題。 家訪和信件的目的是確保計劃要求 須獲得授權服務才能安全地留在家 否提供了授權的服務、這些服務的 以及您的福祉是否受到保障。 如發現IHSS服務是非必要或未有適 服務提供者可能會接受加州醫療保 查。如欺詐屬實，您和/或您的服務 保險欺詐而被起訴。

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
		authorized services are being provided, that the quality of those services is acceptable, and that your well-being is protected. If it is found that IHSS services are not required or not being properly provided, you and/or your provider may be subject to a Medi-Cal fraud investigation. If fraud is substantiated, you and/or your provider will be prosecuted for Medi-Cal fraud.	brinden los servicios autorizados, que la calidad de esos servicios sea aceptable y que su bienestar esté protegido. Si se determina que los servicios de IHSS no son necesarios o no se brindan de manera adecuada, usted y/o su proveedor pueden estar sujetos a una investigación de fraude de Medi-Cal. Si se confirma el fraude, usted y/o su proveedor serán procesados por fraude de Medi-Cal.	
	Check box	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this form as the Applicant's Representative.	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como Representante del solicitante.	通過選中此框，我聲明我正在作為准此表格。
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格
	Error Message (#94)	Applicant/Representative agreement is required.	El acuerdo de solicitante/representante es obligatorio.	需要申請人/代表同意。
	Field Name	Printed Name*	Nombre escrito con letra de molde*	書寫名字*
	Error Message (#95)	Applicant/Representative Printed Name is required.	El nombre impreso del solicitante/representante es obligatorio.	申請人/代表的正楷姓名必填。
	Field Name	Date*	Fecha*	日期*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY
	Error Message (#119)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。
	Error Message (#120)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY
	Static Text	To report suspected fraud or abuse in the provision or receipt of IHSS services, please call the fraud hotline at 1-800-822-6222, email at stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov, or go to http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.	Para reportar una sospecha de fraude o abuso en la provisión o recibo de los servicios de IHSS, por favor llame a la línea directa de fraude al 1-800-822-6222, o envíe correo electrónico a stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov, o visite http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.	如欲報告在提供或接收 IHSS 服務 用，請致電欺詐熱線 1-800-822-62 郵 stopmedicalfraud@dhcs.ca.gov 覽 http://www.dhcs.ca.gov/individu CalFraud.aspx.
	Button	Next	Siguiente	下一步
	Button	Back	Atrás	後退
	Button	Save	Guardar	救
	Button	Submit	Enviar	提交

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 332

CI
CI-823967 - DSD TRAN SOC 332 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	
	Screen Title	**Recipient/Employer Responsibility Checklist (SOC 332)**	**Lista de control de las responsabilidades del beneficiario/empleador (SOC 332)**	**接受者/雇主責任檢核表 (SOC 332)**	**Ստացողի/Գործատուի Պատասխանատվության Հարցաթերթիկ (SOC 332)**	**បញ្ជីត្រួតពិនិត្យ លើការទទួលខុសត្រូវ របស់អ្នកទទួលសេវាកម្ម/និយោជក (SOC 332)**	(ت ليث
	Sub-Section Title	**Checklist**	**Lista de control**	**任檢核表**	**Հարցաթերթիկ**	**បញ្ជី ពិនិត្យ**	
	Static Text	I,**{recipientName},** HAVE BEEN INFORMED BY MY SOCIAL WORKER THAT AS A RECIPIENT/EMPLOYER, I AM RESPONSIBLE FOR THE ACTIVITIES LISTED BELOW. 1. Provide required documentation to my Social Worker to determine continued eligibility and need for services. Information to report includes, but is not limited to, changes to my income, household composition, marital status, property ownership, phone number, and time I am away from my home. 2. Find, hire, train, supervise, and fire the provider I employ. 3. Comply with laws and regulations relating to wages/hours/working conditions and hiring of persons under age 18. **NOTE:** Refer to Industrial Welfare Commission (IWC) Order Number 15 regarding wages/hours/working conditions obtainable from the State Department of Industrial Relations, Division of Labor Standards and Enforcement listed in the telephone book. Additional information regarding the hiring of minors may be obtained by contacting your local school district. 4. Verify that my provider legally resides in the United States. My provider and I will complete Form I-9. I will retain the I-9 for at least three (3) years or one (1) year after employment ends, which ever is longer. I will protect the provider's confidential information, such as his/her social security number, address, and phone number.	YO,**{recipientName},** HE SIDO INFORMADO POR MI TRABAJADOR SOCIAL QUE COMO BENEFICIARIO/EMPLEADOR SOY RESPONSABLE DE LAS ACTIVIDADES QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN. 1. Proporcionar la documentación requerida a los trabajadores sociales para determinar la continuidad de la elegibilidad y la necesidad de servicios. La información a presentar incluye, entre otras cosas, modificaciones en los ingresos, la composición del hogar, el estado civil, la posesión de propiedades, el número de teléfono y el tiempo que me encuentro fuera del hogar. 2. Encontrar, contratar, capacitar, supervisar y despedir al proveedor que contrato. 3. Cumplir las leyes y las reglas relacionadas con los salarios, las horas, las condiciones de trabajo y la contratación de personas menores de 18 años. **NOTA:** Consulte la Orden N.º 15 de la Comisión de Bienestar Industrial (Industrial Welfare Commission, IWC) relacionada con los salarios, las horas y las condiciones de trabajo que se puede obtener en el Departamento de Relaciones Industriales (Department of Industrial Relations) del estado, División de Cumplimiento de Normas de Trabajo (Division of Labor Standards and Enforcement) que figura en el directorio telefónico. Comuníquese con el distrito escolar local para obtener información adicional sobre la contratación de menores. 4. Verificar que el proveedor reside legalmente en los Estados Unidos. El proveedor y yo completamos el Formulario I-9. Conservaré este formulario durante el menos tres (3) años o durante un (1) año después de finalizado el empleo, el período que	**{recipientName}**, 已收到我的社工的通知，作為接受者/雇主，我負責進行下列活動。 1. 向我的社工提供所需的文檔，以確定資格持續性和服務需要。需要報告的資訊包括但不限於：我的收入、家庭構成、婚姻 狀況、不動產所有權、電話號碼及我離家時間方面的變化。 2. 尋找、雇傭、培訓、督導提供者以及解雇我所雇傭的提供者。 3. 遵守與工資/工時/工作條件以及雇傭 18 歲以下人員有關的法律和法規。 **注意：**請參閱有關工資/工時/工作條件的行業福利委員會 (IWC) 第 15 號法令，可以聯絡電話簿上列有的州行業關係部勞動標準和執行處索取。有關雇傭未成年人的其他資訊可以透過聯絡您當地的學區來獲得。 4. 確認我的提供者合法地居住在美國。我的提供者和我將填寫 I-9 表。我會將 I-9 表至少保留三 (3) 年，或雇傭結束後一 (1) 年，以較長者為准。我會保護提供者的機密資訊，如他/她的社會保障號、地址及電話號碼。 5. 保證我的提供者的報酬標準、工作安排和工作條件。 6. 將我的提供者未來的任何變化告知我的社工，其中包括： • 姓名 • 地址 • 電話號碼 • 與我的關係（如果有） • 每位元提供者需要完成的工時和服務	ԵՍ՝ **{recipientName},** ՏԵՂԵԿԱՑՎԵԼ ԵՄ ԻՄ ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ, ՈՐ ԵՍ՝ ՈՐՊԵՍ ՍՏԱՑՈՂ/ԳՈՐԾԱՏՈՒ, ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԵՄ ԿՐՈՒՄ ՍՏՈՐև ԹՎԱՐԿՎԱԾ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ՝ 1. Տրամադրել իմ Սոցիալական Աշխատողին պահանջվող փաստաթղթերը՝ իրավազորությունը շարունակելու և ծառայությունների կարիքը որոշելու համար: Ձեկուցելիք տեղեկությունը ներառում է, սակայն չի սահմանափակվում՝ իմ եկամուտի, ընտանիքի, ամուսնական կարգավիճակի, սեփականության իրավունքի և տանից իմ դուրս գալու ժամանակի փոփոխությունները: 2. Գտնել, վարձել, վարժեցնել, վերահսկել և ազատել գործից իմ կողմից գործի ընդունած մատուցողին: 3. Հետևել աշխատավարձերին/ժամերին/աշխատանքային պայմաններին և 18 տարեկանից ցածր անձանց վարձակալությանը վերաբերող օրենքներին և կանոնակարգերին: **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ.** Ծանոթացեք աշխատավարձերին/ժամերին/աշխատանքային պայմաններին վերաբերող Աշխատանքի Պայմանների Կոմիտեի (IWC) հրաման թիվ 15-ին, որը կարելի է ձեռք բերել հեռախոսային տեղեկատուի մեջ թվարկված Աշխատանքային Հարաբերությունների Պետական Դեպարտամենտից, Աշխատանքային Ստանդարտների և Հարկադիր Կատարման Բաժանմունքից: Անչափահասների վարձակալման վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություն հնարավոր է ձեռք բերել ձեր տեղային դպրոցական շրջանի միջոցով: 4. Ստուգել, որ ձեր մատուցողը բնակվելիս լինի Միացյալ Նահանգներում օրինական կերպով: Իմ մատուցողը և ես կլրացնենք Ձև I-9: Ես կպահպանեմ Ձև I-9 առնվազն երեք (3) տարի կամ մեկ (1) տարի աշխատանքի ավարտից հետո՝ կախված այն բանից, դրանցից որ մեկը կլինի ավելի երկար: Ես կպաշտպանեմ մատուցողի գաղտնի տեղեկությունները ինչպիսին են՝ իր սոցիալական ապահովագրության համարը, հասցեն և հեռախոսահամարը: 5. Ապահովել իմ մատուցողի համար հատուցման նորմեր, աշխատանքային	ខ្ញុំ, **{recipientName}**, បានទទួលដំណឹងពីបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់ខ្ញុំថា ក្នុងនាមជា អ្នកទទួលសេវាកម្ម/និយោជក ខ្ញុំជាអ្នកទទួលខុសត្រូវ ចំពោះសកម្មភាពដែលបានរៀបរាប់ខាងក្រោម។ 1. ត្រូវផ្តល់ឯកសារចាំបាច់នានាដល់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ចរបស់ខ្ញុំ ដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តទៅលើការបន្ត សិទ្ធិទទួលបាន និងតម្រូវការសេវាកម្ម។ ព័ត៌មាននៅក្នុងរបាយការណ៍រួមមាន ការប្រែប្រួលទៅលើប្រាក់ចំណូលរបស់ខ្ញុំ សមាសភាពគ្រួសារ ស្ថានភាពគ្រួសារ កម្មសិទ្ធិលើអចលនទ្រព្យ លេខទូរស័ព្ទ និងពេលវេលាដែលខ្ញុំនៅឆ្ងាយពីផ្ទះ។ 2. ស្វែងរក ជួល បណ្តុះបណ្តាល គ្រប់គ្រង និង បញ្ជាប់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មដែលខ្ញុំបានជួល។ 3. អនុលោមតាមច្បាប់ និងបទប្បញ្ញត្តិនានា ដែលទាក់ទងនឹងប្រាក់ឈ្នួល/ម៉ោងធ្វើការងារ/លក្ខខណ្ឌការងារ និង ការជួលមនុស្សក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ។ **ចំណាំ៖** យោងទៅតាមគណៈកម្មការសុខុមាលភាពឧស្សាហកម្ម (IWC) លេខ15 ទាក់ទងនឹងប្រាក់ឈ្នួល/ម៉ោងការងារ/លក្ខខណ្ឌការងារដែលអាចទទួលបានពីក្រសួង ទំនាក់ទំនងឧស្សាហកម្មរដ្ឋ ផ្នែកស្តង់ដារការងារ និង ការអនុវត្ត ដែលបានរៀបរាប់ក្នុងសៀវភៅទូរសព្ទ។ ព័ត៌មានបន្ថែមទាក់ទងនឹងការជួលអនីតិជន អាចទទួលបាន ដោយការទំនាក់ទំនងទៅកាន់ សាលាស្រុកក្នុងមូលដ្ឋានរបស់អ្នក។ 4. បញ្ជាក់ថា អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់ខ្ញុំរស់នៅស្របច្បាប់នៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក។ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម របស់ខ្ញុំ និងរូបខ្ញុំ	{rec ک ذکر عهده 1. 2. 3. 4.

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	
		5. Ensure standards of compensation, work scheduling and working conditions for my provider. 6. Inform my Social Worker of any future change in my provider(s), including: • Name • Address • Telephone Number • Relationship to me, if any • Hours to be worked and services to be performed by each provider 7. Inform my provider that the gross hourly rate of pay is ${**{payRate}**}, and that Social Security and State Disability Insurance taxes are deducted from the provider's wages. 8. Inform my provider that he/she may request that Federal and/or State income taxes be deducted from his/her wages. Instruct the provider to submit Form W-4 (for federal income tax withholding) and/or Form DE 4 (for state income tax withholding). 9. Inform my provider that he/she is covered by Workers' Compensation, State Unemployment Insurance benefits, and State Disability Insurance benefits. 10. Inform my provider that he/she will receive an information sheet that will state my authorized services and the authorized time given to perform those services. Inform the provider that he/she is not paid to perform work when I am away from my home (for example, when in a hospital or away on vacation). 11. Pay my share of cost, if any. 12. Verify and sign my provider's timesheet for each pay period, showing the correct day(s) and the total number of hours worked. I understand I can be prosecuted under Federal and State laws for reporting false information or concealing information. I understand that when required, it will be necessary for me to place my fingerprint on my provider's timehsheet to verify the correct day(s) and	sea más extenso. Protegeré la información confidencial del proveedor, como el número de seguro social, la dirección y el número de teléfono. 5. Garantizar las normas de compensación, la planificación del trabajo y las condiciones de trabajo para el proveedor. 6. Informar al trabajador social cualquier modificación futura de los proveedores, incluido lo siguiente: • nombre; • dirección; • número de teléfono; • parentesco, si lo hay; • horas que debe trabajar y servicios que debe prestar cada proveedor. 7. Informar al proveedor que el salario bruto por hora es ${**{payRate}**}, y que los impuestos del Seguro de discapacidad del seguro social y del estado se deducen de los salarios del proveedor. 8. Informar al proveedor que puede solicitar que los impuestos federales o estatales sobre la renta se deduzcan de sus salarios. Ordenar al proveedor que presente el Formulario W-4 (para la retención de impuestos federales sobre los ingresos) o el Formulario DE 4 (para la retención de impuestos estatales sobre los ingresos). 9. Informar al proveedor que tiene beneficios de compensación por lesiones de trabajo, beneficios del Seguro de desempleo del estado y beneficios del Seguro de discapacidad del estado. 10. Informar al proveedor que recibirá una hoja informativa donde se indicarán los servicios autorizados y el tiempo autorizado que se determinan para prestar esos servicios. Informar al proveedor que no se le paga por el trabajo que realiza cuando me encuentro fuera del hogar (por ejemplo, en un hospital o de vacaciones). 11. Pagar mi parte del costo, si corresponde. 12. Asegurar y firmar el reporte de horas trabajadas por cada período de pago, donde se indiquen correctamente los días y la cantidad total de horas trabajadas. Comprendo que puede ser procesado según las leyes federales y estatales por dar información falsa o por ocultar información. Comprendo que, cuando se solicite, deberé colocar mi huella digital en la planilla de control de horas del proveedor para ratificar los días y las horas trabajadas. Esto será	7. 通知我的提供者，其報酬的總小時費率為 ${**{payRate}**} 美元，並且將從提供者的工資中扣除社會 保障和州殘障保險稅。 8. 通知我的提供者，他/她可以申請從其工資中扣除聯邦和/或州所得稅。指示提供者提交 W-4 表（用於聯邦所得稅扣除）和/ 或 DE 4 表（用於州所得稅扣除）。 9. 通知我的提供者，他/她受勞工保險、州失業保險福利及州殘障保險福利的保障。 10. 通知我的提供者，他/她會收到一張資訊單，上面列有我的授權服務以及規定用來履行這些服務的授權時間。通知提供者， 他/她在我離家時（例如，在醫院或外出度假時）所做的工作不會獲得報酬。 11. 支付我的分攤費用（如果有）。 12. 確認並簽署我的提供者每個付款期的工時單表，上面須填寫正確的工作天數和總工時。我知道，如果報告虛假資訊或隱瞞 資訊，按照聯邦和州法律的規定，我可能會被起訴。我知道，在必要時，我需要在我的提供者的工時表上按手印，以確認 工作天數和工時的正確性。這是讓我的提供者獲得報酬所必需的。 13. 確保我的提供者簽署其工時單。 14. 通知我的提供者在每個付款期的期末將其簽署的工時單郵寄至相應的位址。	ժամանակացույց և աշխատանքային պայմաններ: 6. Տեղեկացնել իմ Սոցիալական Աշխատողին իմ մատուցողի մոտ տեղի ունեցած յուրաքանչյուր հետագա փոփոխության մասին, ներառյալ. • Անունը • Հասցեն • Հեռախոսահամարը • Ազգակցական կապն ինձ հետ, եթե այդպիսին գոյություն ունի • Յուրաքանչյուր մատուցողի աշխատելիք ժամերի քանակը և կատարելիք ծառայությունները 7. Տեղեկացնել իմ մատուցողին, որ համախառն ժամավճարը կազմում է ${**{payRate}**}, իսկ Սոցիալական Ապահովագրման և Անաշխատունակությունից Պետական Ապահովագրման հարկերը պահվում են մատուցողի աշխատավարձից 8. Տեղեկացնել իմ մատուցողին, որ ինքը կարող է պահանջել, որ դաշնային և/կամ նահանգային եկամտահարկերը պահվեն իր աշխատավարձից: Հրահանգել մատուցողին ներկայացնել Ձև W-4 (դաշնային եկամտահարկի պահման համար) և/կամ Ձև DE 4 (նահանգային եկամտահարկի պահման համար) 9. Տեղեկացնել իմ մատուցողին, որ նրա վրա տարածվում է Աշխատողների Փոխհատուցման Ապահովագրությունը, Գործազրկությունից Պետական Ապահովագրման նպաստները և Անաշխատունակությունից Պետական Ապահովագրման նպաստները 10. Տեղեկացնել իմ մատուցողին, որ ինքը կստանա տեղեկատվական թերթիկ, որը կփաստի իմ թույլատրված ծառայությունների և այդ ծառայությունների իրականացման համար հատկացված թույլատրված ժամանակի մասին: Տեղեկացնել մատուցողին, որ ինքը չի վճարվի աշխատանք կատարելու համար, երբ ես տանից բացակայում եմ (օրինակ՝ հիվանդանոցում կամ արձակուրդում իմ լինելու դեպքում) 11. Վճարել իմ ծախսաբաժինը, եթե այդպիսին լինի 12. Ստուգել և ստորագրել իմ մատուցողի հաշվեցուցակը ամեն վճարման ժամկետի համար, որը ցույց է տալիս ճիշտ օրը(երը) և ընդհանուր աշխատած ժամերի քանակը: Ես հասկանում եմ, որ ես, Դաշնային և Նահանգային օրենքների համաձայն, կարող եմ հետապնդվել դատական կարգով կեղծ տեղեկություն հայտնելու կամ տեղեկություն թաքցնելու համար: Ես հասկանում եմ, որ ըստ պահանջման ինձ հարկավոր կլինի դնել իմ մատնահետքը իմ մատուցողի հաշվեցուցակի վրա՝ ստուգելու ճիշտ օրը(երը) և աշխատած ժամերը: Սա անհրաժեշտ կլինի, որպեսզի իմ մատուցողը կարողանա վճարվել: 13. Համոզվել, որ իմ մատուցողը ստորագրել է իր հաշվեցուցակը 14. Տեղեկացնել իմ մատուցողին փոստով ուղարկել իր ստորագրված հաշվեցուցակը համապատասխան հասցեով յուրաքանչյուր վճարման ժամկետի վերջում	នឹងបំពេញទម្រង់ បែបបទ លេខ I - 9។ ខ្ញុំនឹងរក្សាទុកទម្រង់បែបបទលេខ I-9 យ៉ាងតិចបំផុត បី (3) ឆ្នាំ ឬ មួយ (1) ឆ្នាំ ក្រោយពីការងារនេះ បានបញ្ចប់ទៅដោយយកមួយណាយូរជាងគេ។ ខ្ញុំនឹងការពារព័ត៌មានសម្ងាត់របស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម រូបនោះ មានដូចជា លេខសន្តិសុខសង្គម អាសយដ្ឋាន និងលេខទូរស័ព្ទ។ 5. ធានាឱ្យបាន នូវស្តង់ដាស់ណង កាលវិភាគការងារ និងលក្ខខណ្ឌការងារផ្តល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម របស់ខ្ញុំ។ 6. ជូនដំណឹងដល់ បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច របស់ខ្ញុំ ពីការប្រែប្រួលទៅអនាគត ចំពោះអ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់ខ្ញុំ រួមមាន៖ • ឈ្មោះ • អាសយដ្ឋាន • លេខទូរស័ព្ទ • ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងខ្ញុំ ប្រសិនបើមាន • ចំនួនម៉ោងដែលត្រូវធ្វើការងារ និងសេវាកម្មដែលត្រូវបំពេញដោយអ្នកផ្តល់សេវាកម្មម្នាក់ៗ 7. ជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្មរបស់ខ្ញុំថា អត្រាប្រាក់ឈ្នួលសរុបក្នុងមួយម៉ោងគឺចំនួន ${**{payRate}**}, ហើយ ពន្ធជានាវ៉ាប់រងសង្គម និងពិការភាពរបស់រដ្ឋ ត្រូវបានកាត់ចេញពីប្រាក់ឈ្នួលរបស់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម។ 8. ជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម របស់ខ្ញុំថា រូបគេ អាចស្នើសុំឱ្យដកពន្ធលើប្រាក់ចំណូលរបស់សហព័ន្ធ និង/ឬ រដ្ឋ ចេញពីប្រាក់ឈ្នួលរបស់រូបគេបាន។ ណែនាំដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម ឱ្យដាក់ជូនទម្រង់ W-4 (សម្រាប់ការកាត់ទុកពន្ធលើប្រាក់ចំណូលសហព័ន្ធ) និង/ឬ ទម្រង់ DE 4 (សម្រាប់ការកាត់ទុកពន្ធលើប្រាក់ចំណូលរដ្ឋ)។ 9. ជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម របស់ខ្ញុំថា រូបគេ ត្រូវបានទទួលវ៉ាប់រងដោយសំណងរបស់កម្មករ អត្ថប្រយោជន៍ធានាវ៉ាប់រង លើភាពអត់ការងារធ្វើរបស់រដ្ឋ និងអត្ថប្រយោជន៍ធានាវ៉ាប់រង លើពិការភាពរបស់រដ្ឋ។ 10. ជូនដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម របស់ខ្ញុំថា រូបគេ នឹងទទួលបាន នូវសន្លឹកព័ត៌មាន ដែលនឹងបញ្ជាក់ពីសេវាកម្ម	5. 6. 7. 8. 9. 10.

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	
		hours worked. This will be necessary, so my provider can be paid. 13. Ensure my provider signed his/her timesheet. 14. Advise my provider to mail his/her signed timesheet to the appropriate address at the end of each pay period.	necesario para que el proveedor pueda recibir el pago. 13. Asegurarme de que el proveedor firme reporte de horas trabajadas. 14. Informar al proveedor que envíe por correo reporte de horas trabajadas a la dirección que corresponda al final de cada período de pago.			ដែលមានការ អនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ និងពេលវេលាដែល មានការអនុញ្ញាត ដែលបានផ្តល់ឱ្យ ដើម្បីអនុវត្តសេវា កម្មទាំងនោះ។ ជូន ដំណឹងដល់អ្នកផ្តល់ សេវាកម្ម ថា រូបគេ មិនត្រូវបានបង់ ប្រាក់ឱ្យក្នុងការ បំពេញការងារ នៅពេលដែលខ្ញុំនៅ ឆ្ងាយពីផ្ទះរបស់ខ្ញុំទេ (ឧទាហរណ៍ ពេលនៅ មន្ទីរពេទ្យ ឬនៅ ឆ្ងាយពីផ្ទះ ពេល វិស្សមកាល)។ 11. ចូលរួមចំណែក ក្នុង ការបង់ថ្លៃ ប្រសិនបើមាន។ 12. បញ្ជាក់ និងចុះ ហត្ថលេខា លើតារាង ពេលវេលារបស់អ្នក ផ្តល់សេវាកម្មរបស់ខ្ញុំ សម្រាប់រយៈពេល នៃ ការបង់ប្រាក់ នីមួយៗ ដោយ បង្ហាញចំនួនថ្ងៃត្រឹម ត្រូវ និងចំនួនម៉ោង ធ្វើការសរុប។ ខ្ញុំ យល់ថា ខ្ញុំអាចត្រូវ បានកាត់ទោស នៅ ក្រោមច្បាប់សហព័ន្ធ និងច្បាប់រដ្ឋ ចំពោះ ការរាយការណ៍ នូវ ព័ត៌មានមិនពិត ឬ លាក់បាំងព័ត៌មាន ណាមួយ។ 13. ខ្ញុំយល់ថា នៅពេល ដែលចាំបាច់ វាចាំ បាច់សម្រាប់រូបខ្ញុំ ក្នុងការផ្តិតស្នាម ម្រាមដៃរបស់ខ្ញុំ នៅលើ តារាងពេលា របស់អ្នកផ្តល់សេវា កម្ម របស់ខ្ញុំ ដើម្បី ផ្ទៀងផ្ទាត់ចំនួនថ្ងៃ និងចំនួនម៉ោង ដែលបានធ្វើការ ត្រឹមត្រូវ។ ការធ្វើ បែបនេះជារឿង ចាំបាច់ណាស់ ដើម្បីឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា កម្មរបស់ខ្ញុំទទួល បានការបង់ប្រាក់។ 14. ត្រូវជានាថា អ្នកផ្តល់ សេវាកម្មរបស់ខ្ញុំ បានចុះហត្ថ លេខាលើតារាងពេល វេលារបស់ខ្លួន។ 15. ណែនាំដល់ អ្នកផ្តល់ សេវារបស់ខ្ញុំ ឱ្យផ្ញើ តារាងពេលវេលា ដែលបានចុះ ហត្ថលេខារបស់ខ្លួន ទៅកាន់ អាសយដ្ឋានសម ស្របនៅបំណាច់ នៃរយៈពេលបង ប្រាក់នីមួយៗ។	11. 12. 13. 14. 15.

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	
	Checkbox	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this form as the Recipient's Authorized Representative.	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como Representante autorizado del beneficiario.	通過選中此框，我聲明我正在作為受看護人的授權代表審查並批准此表格	Նշելով այս վանդակը՝ ես հայտարարում եմ, որ վերանայում և հաստատում եմ այս ձևը՝ որպես Ստացողի լիազորված ներկայացուցիչ:	ដោយគូសគំនូសក្តងប្រអប់ នេះ ខ្ញុំ កំពុងថ្លែងថា ខ្ញុំកំពុងពិនិត្យសាឡើងវិញ និងយល់ព្រមថា ឯកសារ នេះ សំរាប់អ្នកដែលបាន អនុញ្ញាតឲ្យ តំណាងអ្នក ទទួល។	يعيه، ن فرم مجاز يد
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求.	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:	ខ្ញុំ យល់ និង យល់ ព្រម ធ្វើ តាម តម្រូវ ការ ទាំងអស់ ដែល បាន រាយ ក្តង ឯកសារ នេះ	وافقم ر
	Error Message (#31)	Recipient/Authorized Representative agreement is required.	El acuerdo de beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要受看護人/授權代表同意。	Ստացողի/Լիազոր ներկայացուցչի համաձայնությունը պարտադիր է:	កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួលជំនួយ/អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវ បានទាមទារ។	ي م
	Field Name	Printed Name	Nombre en letra de imprenta	印刷體姓名	Անունը տպած՝	ឈ្មោះជាអក្សរបោះពុម្ព	ب
	Error Message	You cannot enter non-English letters or special	No puede introducir letras no inglesas o caracteres	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ	អ្នកមិនអាចបញ្ចូលអក្សរដែលមិនមែនជា	ف های

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	
	(#34)	characters into this form.	especiales en este formulario.	字符。	նիշեր այս ձևի մեջ:	ភាសាអង់គ្លេស ឬ តួអក្សរពិសេសទៅក្នុងសំណៅនេះបានទេ ។	م
	Error Message (#33)	Recipient/Authorized Representative Printed Name is required.	El nombre impreso del beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要填寫受看護人/授權代表的正楷姓名。	Ստացողի/Լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը/ազգանունը պարտադիր է:	ឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ/តំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ព ត្រូវបានទាមទារ ។	ت ش
	Field Name	Date	Fecha	日期	Ամսաթիվ՝	កាលបរិច្ឆេទ	
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	I
	Error Message (#32)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវតែស្ថិតក្នុងទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	ب I
	Error Message (#30)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិច្ចព្រមព្រៀង ត្រូវបានទាមទារ ។	ست
	Button	Save	Guardar	救	Պահպանել	រក្សាទុក	
	Button	Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք	ដាក់ស្នើ	

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 426

CI
CI-824302 - DSD TRAN SOC 426 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
	Screen Title	**PROVIDER ENROLLMENT FORM (SOC 426)**	**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES (SOC 426)**	**看護人登記表格 (SOC 426)**	**ԾՐԱԳԻՐ ՄԱ**
	Sub-Section Title	**Enrollment Information**	**Información de inscripción**	**註冊資訊**	**Գրամցման**
	Static Text	**READ THE INFORMATION BELOW CAREFULLY BEFORE YOU BEGIN TO COMPLETE THIS FORM** Under state law, if you have been convicted of or incarcerated following a conviction for certain exclusionary crimes within the past 10 years, you are not eligible to be enrolled as a provider or to receive payment from the IHSS program for providing supportive services except as specified below. There are two categories of exclusionary crimes. • **Tier 1 crimes, as set forth in Welfare and Institutions Code (W&IC) section12305.81, include the following:** 1. Specified abuse of a child (Penal Code [PC] section 273a[a]*), 2. Abuse of an elder or dependent adult (PC section 368*), and 3. Fraud against a government health care or supportive services program. • **Tier 2 crimes, as set forth in W&IC section 12305.87, include the following:** 1. A violent or serious felony, as specified in PC section 667.5(c)*, and PC section 1192.7(c)*, 2. A felony offense for which a person is required to register as a sex offender pursuant to PC section 290(c)*, and	**LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE QUE EMPIECE A COMPLETAR ESTE FORMULARIO** Bajo la ley estatal, si en los últimos 10 años ha sido declarado culpable o encarcelado después de una condena por ciertos delitos que son de exclusión (exclusionary), usted no es elegible para inscribirse como un proveedor ni puede recibir pagos del Programa de IHSS por proporcionar servicios de apoyo en el hogar, excepto como se menciona a continuación. Hay dos categorías de delitos que son de exclusión. • **Los Delitos de Nivel 1 (Tier 1), como están presentados en la Sección 12305.81 del Código de Bienestar e Instituciones (W&IC), incluyen los siguientes:** 1. Abuso especificado de un niño (Sección 273a[a]* del Código Penal [PC]), 2. Abuso de una persona mayor o de un adulto dependiente (Sección 368* del PC), y 3. Fraude en contra de un programa del gobierno para el cuidado de la salud o de servicios de apoyo. • **Los Delitos de Nivel 2 (Tier 2), como están presentados en la Sección**	**在您填寫此表格之前，請仔細閱讀下面的資料** 根據加州法律,在過去10年內如果您因某些被拒絕的罪行被定罪或監禁,除下面指定的情況,您不合資格登記成為看護人或提供援助服務而從IHSS領取款項，下述是兩個被拒絕的罪行類別. • **第1級罪行，如福利和機構法則所規定的(W&IC)第12305.81欄,包括以下:** 1. 指定的虐待孩子(刑事法則[PC]第273a[a]*欄), 2. 虐待一個老年人或受撫養的成年人(PC第368*欄)，和 3. 詐騙政府醫療或保健服務計劃. • **第2 級罪行，如W&IC 所規定的第12305.87欄,包括以下:** 1. PC第667.5(c)*欄, 和PC第1192.7(c)*欄中指定的暴力或嚴重罪行, 2. 任何人犯重罪而根據PC第290(c)*欄須登記為性犯罪者,和 3. 根據在W&IC 第10980(c)(2)*和(g)(2)*欄的定義，對公共社會服務計劃作出的詐騙罪. 郡政府的IHSS辦公室或IHSS公共主管部門可提供一個完整的第2級犯罪罪行列表。 *見隨附SOC426C表格上有關這些PC和W&IC的文章. • IHSS看護人登記過程中的一部分，是您必須提交指紋和接受由	**ՏԵՂԵԿ**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
		3. A felony offense for fraud against a public social services program, as defined in W&IC sections 10980(c)(2)* and (g)(2)*. A complete listing of Tier 2 crimes is available upon request from the County IHSS Office or IHSS Public Authority. *See attached form SOC 426C for the text of these PC and W&IC sections. • As part of the IHSS provider enrollment process, you must submit fingerprints and undergo a criminal background check conducted by the California Department of Justice. • If your responses on this form or the results of the criminal background check show that you have been convicted of, or incarcerated following a conviction for, either a Tier 1 or Tier 2 crime within the last 10 years, you will not be eligible to be enrolled as an IHSS provider or to receive payment from the IHSS program for providing supportive services. • For Tier 2 crimes, if you have obtained a certificate of rehabilitation or an expungement (dismissal pursuant to PC section 1203.4), the conviction will not disqualify you from working as an IHSS provider. • If your conviction is for a Tier 2 crime, you may qualify for an individual waiver or a general exception under certain circumstances which are described below. • ***There are no waivers or exceptions allowed for Tier 1 crimes.*** **Individual Waiver of an Exclusion for Conviction for a Tier 2 Crime** If you are found ineligible based on a conviction for a Tier 2 exclusionary crime but an IHSS recipient (or his/her authorized representative) wishes to hire you as his/her provider in spite of your criminal background, you may obtain a waiver as follows: • The IHSS recipient who wishes to hire you (or his/her authorized representative) will be informed of your conviction and will be directed to keep the information confidential. • The recipient who wishes to hire you as his/her provider (or his/her authorized representative) must submit an IHSS Recipient Request for Provider Waiver (SOC 862) to the County IHSS Office or IHSS Public Authority. • The waiver will allow you to be enrolled to provide services only for the recipient who requested the waiver and only in the county in which the waiver was filed. • If you, as the provider, are also the recipients' authorized representative, you are NOT allowed to sign the waiver on behalf of the recipient to waive crimes for which you have been convicted. In this case, the waiver must either be signed directly by the recipient or, if that is not possible, another individual must be declared an authorized representative for purposes of signing this waiver. • For more information about requesting a waiver, the IHSS recipient who wishes to hire you as his/her provider should contact the County IHSS Office or IHSS Public Authority.	**12305.87 del W&IC, incluyen los siguientes:** 1. Un delito mayor (felony) violento o serio, como está especificado en la Sección 667.5(c)* y la Sección 1192.7(c)* del PC, 2. Una ofensa de delito mayor (felony) por la cual se requiere que la persona se registre como un delincuente sexual de acuerdo a lo estipulado en la Sección 290(c)* del PC, y 3. Una ofensa de delito mayor (felony) por fraude en contra de un programa de servicios sociales públicos, como está definido en las Secciones 10980(c)(2)* y (g)(2)* del W&IC. Una lista completa de los Delitos de Nivel 2 está disponible si la solicita a la Oficina de IHSS del Condado o a la Autoridad Pública de IHSS. *Para el texto de estas secciones del PC y del W&IC, vea el formulario SOC 426C adjunto. • Como parte del proceso de inscripción para los proveedores de IHSS, usted tiene que presentar sus huellas digitales y someterse a una revisión de sus antecedentes penales, la cual se lleva a cabo por el Departamento de Justicia de California. • Si sus respuestas en este formulario, o los resultados de la revisión de sus antecedentes penales, muestran que en los últimos 10 años ha sido declarado culpable o encarcelado después de una condena por un Delito de Nivel 1 o Nivel 2, usted no será elegible para inscribirse como un proveedor de IHSS ni podrá recibir pago del Programa de IHSS por proporcionar servicios de apoyo en el hogar. • Para los Delitos de Nivel 2, si usted ha obtenido un certificado de rehabilitación o una cancelación (expungement) (es decir, si la condena se descartó de acuerdo a lo estipulado en la Sección 1203.4 del PC), la condena no lo descalificará para trabajar como un proveedor de IHSS. • Si su condena es por un Delito de Nivel 2, es posible que usted califique para recibir una exención individual o una excepción general bajo ciertas circunstancias descritas a continuación. • ***No hay exenciones ni excepciones que se permitan para los Delitos de Nivel 1.*** **Exención individual de una exclusión por la condena de un Delito de Nivel 2** Si se determina que usted no es elegible en base a la condena por un Delito de Nivel 2 (que es de exclusión) pero un beneficiario de IHSS (o su representante autorizado) desea contratarlo como su proveedor, a pesar de sus antecedentes penales, usted puede obtener una exención de la siguiente manera: • Se le informará al beneficiario de IHSS (o a su representante autorizado) que desea contratarlo acerca de la condena de usted y se le indicará que mantenga la información confidencial. • El beneficiario (o su representante autorizado) que desea contratarlo a usted como su proveedor tiene que presentar a la Oficina de IHSS del Condado o a la Autoridad Pública de IHSS, el formulario "Petición del beneficiario de IHSS para la exención de un proveedor" (SOC 862). • La exención le permitirá a usted que se inscriba para proporcionar servicios solamente para el beneficiario que	加州司法部進行的犯罪背景調查. • 如果您在此表格的回應或犯罪背景調查的結果表明在過去10年你曾經被定罪，或定罪後被監禁，不論是第1級或第2級罪行，您將不合資格登記成為IHSS的看護人，或者因提供援助服務而收取IHSS的款項. • 對於第2級罪，如果您獲得第2級犯罪的康復證書或記錄刪除(解僱法例PC第1203.4欄)，定罪不會使您失去作為IHSS服務看護人的資格. • 如果您所犯的罪行是第2級罪，您可能有資格獲得個人豁免權或下面描述的特殊情況. • ***第1 級罪行不准許豁免或特殊情況.*** **第2 級罪行排他定罪的個別豁免** 如果您因犯了第2級排他的罪行而被認為不合資格，但是,儘管您的犯罪背景，一個IHSS受看護人(或他/她的授權代表)要聘請您作為他/她的看護人，您可能獲得以下的豁免. • 願意聘用您的IHSS受看護人(或他/她的授權代表)將被告知有關您的罪行並且將被指示對資料保密. • 願意聘用您作為他/她的看護人的受看護人(或他/她的授權代表)必須提交一份IHSS的受看護人請求看護人申請豁免表格(SOC 862)到郡的IHSS辦公室或IHSS公共主管部門. • 豁免將准許您登記只提供服務給那些要求豁免的受看護人和只有在申請豁免的郡. • 假如您, 作為一個看護人，如果您也是受看護人的授權代表，您是不准許代表受看護人簽署豁免您已被定罪的罪行.在這種情況下，豁免必須直接由受看護人簽署或，如果這是不可能的話，必須宣佈另一個授權代表簽署此豁免. • 欲了解更多豁免申請的資料，願意聘用您作為他/她的服務提供者的IHSS受看護人應與郡的IHSS辦公室或IHSS公共主管部門聯絡. **第2 級罪行排他定罪的一般例外情況** 如果您因犯了被拒絕的第2級罪行而被認為不合資格，但您想登記在看護人名單上或為一個沒有要求個人豁免的受看護人提供服務. • 您可申請一般例外情況的豁免,請填寫IHSS受看護人申請者請求一般的例外情況申請表格(SOC 863). • 您會被要求提供支援文件，(如就業履歷，個人推薦書等方式)，支援您一般例外情況的請求. • 欲了解更多一般豁免申請的資料，請與郡政府IHSS辦公室或IHSS公共主管部門聯絡.	*Տես կցված համար: • Որպես IH մաս՝ դուլ քրեական Արդարա • Եթե այս կենսագր դատապ հետևանք վերջին 1 անդամա ստանալ տրամադ • 2-րդ կար եք վերա PC մաս 1 IHSS մա • Եթե ձեր համար է հրաժարվ դեպքերո • ***1-ին կա հրաժար*** **2-ր դատապ** Եթե դուք ան բացառող հա ստացողը (կ ձեզ աշխատ քրեական պ ստանալ: • IHSS ստ (կամ նրա դատապ պետք է • Ստացող իր մատա պետք է իշխանու մատակա • Հրաժարվ տրամադ խնդրել, ն վարչաշր • Եթե դուք ստացողն ստորագ հանցագ հրաժարվ ստորագ մեկ այլ ա այս հրաժ • Հրաժարվ համար IH ընդունել վարչաշր իշխանու **2-ր դատապ** Եթե դուք ան բացառող հա ցանկանում է կամ ծառայո ստաղոցին. • Դուք կար համար՝ լ բացառու • Ձեզանից (օրինակ, տեղեկան զորակցե • Ընդհանր տեղեկույ գրասենյա

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
		General Exception of an Exclusion for Conviction for a Tier 2 Crime If you are found ineligible based on a conviction for a Tier 2 exclusionary crime and you want to be listed on a provider registry or to provide services for a recipient who has not requested an individual waiver. • You may apply for a general exception of the exclusion by completing the IHSS Applicant Provider Request for General Exception (SOC 863). • You will be required to provide backup documentation, e.g., employment history, personal references, etc., to support your request for a general exception. • For more information about requesting a general exception, contact the County IHSS Office or IHSS Public Authority.	solicitó la exención y solamente en el Condado donde la exención se presentó. • Si usted, como el proveedor, también es el representante autorizado del beneficiario, NO está permitido que usted firme el formulario de exención a nombre del beneficiario para exentar delitos de los cuales ha sido declarado culpable usted mismo. En este caso, el formulario de exención tiene que ser firmado directamente por el beneficiario o, si esto no es posible, otra persona tiene que ser designada representante autorizado sólo para el propósito de firmar la exención. • Para más información sobre cómo solicitar una exención, el beneficiario de IHSS que quiere contratarlo a usted como su proveedor tiene que comunicarse con la Oficina de IHSS del Condado o con la Autoridad Pública de IHSS. **Excepción general de una exclusión por la condena de un Delito de Nivel 2** Si se determina que no es elegible en base a la condena por un Delito de Nivel 2 que es de exclusión y usted quiere ser incluido en el registro de proveedores o quiere proporcionar servicios a un beneficiario que no ha solicitado una exención individual. • Usted puede solicitar una excepción general de la exclusión completando el formulario de IHSS “Petición para una excepción general de un solicitante para ser proveedor” (SOC 863). • Se requerirá que usted proporcione documentos de apoyo, por ejemplo, historial de empleo, referencias personales, etc., para que respalden su petición para una excepción general. • Para más información sobre cómo solicitar una excepción general, comuníquese con la Oficina de IHSS del Condado o con la Autoridad Pública de IHSS.		
	Sub-Section Title	**Instructions**	**Instrucciones**	**指示**	**Ցուցումներ**
	Static Text	**INSTRUCTIONS:** • Fill out, sign and return this form to your county. Be prepared to provide your county with your original federal or state government-issued identification and your original Social Security card. • Complete all items in Provider Information, answer the questions in Provider Disclosure, and read and sign the declaration in Provider Declaration. • The county will: 1) Review the form to make sure it is complete; 2) Make photocopies of your identification and Social Security card; and 3) Provide you with a copy of the completed form for your records. • You MUST let the county know if anything you report on this form changes within 10 calendar days of the change.	**INSTRUCCIONES:** • Llene, firme y devuelva este formulario a su condado. Esté preparado para proporcionar a su condado su identificación original emitida por el gobierno federal o estatal y su tarjeta de Seguro Social original. • Complete toda la información en la Información del proveedor, conteste las preguntas en la Información que el proveedor declara, y lea y firme la declaración en la Declaración del proveedor. • El Condado: 1) Revisará el formulario para asegurarse de que esté completo; 2) Hará fotocopias de su identificación y tarjeta de Seguro Social; y 3) Le dará a usted una copia del formulario completado para sus expedientes. • Usted TIENE QUE avisarle al Condado si cambia algo que reporte en este formulario antes de que pasen diez (10) días consecutivos a partir de la fecha del cambio.	**指示:** • 填寫、簽署此表格並將其寄回您所在的縣。準備好向您所在縣提供聯邦或州政府簽發的身份證明原件以及社會安全卡原件。 • 填寫所有在看護人資料項目,回答看護人公開聲明問題.閱讀和簽署看護人聲明聲明. • 郡政府會: 1)審查表格以確保這是完整填寫的: 2)影印您身份證和社會保險卡的證明.和3)提供一份您填好的表格影印副本作為您的記錄. • 假若您在此表格呈報任何的資料有所改變,您必須在改變後的十(10)個日曆天之內通知郡政府.	**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵ** • Լրացրեք վարչաշրջ Ձեր բնօրի կողմից տ բնօրինակ • Լրացրեք պատասխ ու կարդա Հայտարա • Վարչաշրջ ամբողջա սոցիալա ձեզ կտրա համար: • Դուք ՊԵՏ զեկուցվո ամսաթվի
	Sub-Section Title	**Provider Information**	**Información del proveedor**	**看護人資料**	**Մատակարա**
	Static Text	If you are under 18 years of age, you must submit a valid Work Permit with this form.	Si usted tiene menos de 18 años de edad, tiene que presentar un permiso de trabajo válido con este formulario.	如果你未滿十八歲,你必須連同此表格提交一份有効的工作證.	Եթե դուք 18 հետ ներկայա
	Field Name	Full Name (First Name, Middle Initial, Last Name):*	Nombre completo (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):*	全名(名,中間名,姓):*	Անունը (անո

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
	Error Message (#201)	Full Name is required.	El nombre completo es obligatorio.	全名必填。	Անունը/ազգ
	Error Message (#204)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կար նիշեր այս ձև
	Static Text	Date of Birth:*	Fecha de nacimiento:*	出生日期:*	Ծննդյան ամ
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYY
	Error Message (#202)	Date of Birth is required.	La fecha de nacimiento es requerida.	出生日期必需。	Ծննդյան ամ
	Error Message (#203)	Date of Birth must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha de nacimiento debe estar en formato MM/DD/AAAA.	出生日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Ծննդյան ամ
	Static Text	Gender:*	Sexo:*	性別:*	Սեռը՝*
	Radio Button	M	M	男	Ա
	Radio Button	F	F	女	Ի
	Static Text	A paycheck for a provider cannot be mailed to a P.O. Box unless the county has approved a request from the provider.	El cheque de pago para un proveedor no se puede enviar por correo a un apartado postal a menos que el Condado haya aprobado una petición del proveedor.	發放薪金不能郵寄到郵政信箱除非郡政府已批准看護人的請求.	Մատակարա արկղի հասց մատակարա
	Field Name	Mailing Address (Must be physical address, not a Post Office Box):*	Dirección para el correo (Tiene que ser una dirección física, no un apartado postal*):*	郵寄地址(必須是住址,而非郵政信箱):*	Փոստային հ փոստային ա
	Error Message (#205)	Mailing Address is required.	Se requiere una dirección postal.	郵寄地址必填。	Փոստային հ
	Error Message (#204)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կար նիշեր այս ձև
	Field Name	City:*	Ciudad:*	市:*	Քաղաք՝*
	Error Message (#206)	Mailing Address: City is required.	Dirección para el correo: Se requiere la ciudad.	郵寄地址: 城市必需。	Փոստային հ
	Error Message (#204)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կար նիշեր այս ձև
	Field Name	State:*	Estado:*	州:*	Նահանգ՝*
	Error Message (#207)	Mailing Address: State is required.	Dirección para el correo: Se requiere el estado.	郵寄地址: 所在州必需。	Փոստային հ
	Error Message (#208)	Mailing Address: State must be a valid two letter abbreviation.	Dirección para el correo: Estado debe ser una abreviatura válida de dos letras.	郵寄地址: 州名必須是有效的兩個字母縮寫。	Փոստային հ բաղկացած հ
	Field Name	Zip Code:*	Código postal:*	郵编號碼:*	Փոստային կ
	Error Message (#209)	Mailing Address: Zip Code is required.	Dirección para el correo: Se requiere código postal.	郵寄地址: 郵编必需。	Փոստային հ
	Error Message (#210)	Mailing Address: Zip Code must be five numeric digits long.	Dirección para el correo: El código postal debe tener cinco dígitos numéricos.	郵寄地址: 郵編必須為五位數字。	Փոստային հ թվանշանից
Error messages are dynamic and display only when data is entered into any one applicable field.	Static Text	Home Address information is optional. If you choose to fill out your Home Address, you must enter your associated Home Address, City, State, and Zip Code.	La información de la dirección es opcional. Si elige completar su domicilio, debe ingresar su domicilio, ciudad, estado y código postal.	家庭住址資訊是可選的。如果您選擇填寫家庭住址，則必須輸入關聯的家庭住址、城市、州和郵遞區號。	Տան հասցեի ընտրում եք Ձեր տան հա
	Field Name	Home Address:	Dirección del hogar:	家庭地址:	Տան հասցեն
	Error Message (#212)	Home Address is required.	Se requiere la dirección del hogar.	家庭地址必填。	Տան հասցեն
	Error Message (#204)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կար նիշեր այս ձև
	Field Name	City:	Ciudad:	市:	Քաղաք՝
	Error Message (#213)	Home Address: City is required.	Dirección del hogar: Se requiere la ciudad.	家庭地址: 城市必需。	Տան հասցեն
	Error Message (#204)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կար նիշեր այս ձև
	Field Name	State:	Estado:	州:	Նահանգ՝
	Error Message (#214)	Home Address: State is required.	Dirección del hogar: Se requiere el estado.	家庭地址: 所在州必需。	Տան հասցեն
	Error Message (#215)	Home Address: State must be a valid two letter abbreviation.	Dirección del hogar: Estado debe ser una abreviatura válida de dos letras.	家庭地址: 州名必須是有效的兩個字母縮寫。	Տան հասցեն բաղկացած հ
	Field Name	Zip Code:	Código postal:	郵编號碼:	Փոստային կ

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
	Error Message (#	Home Address: Zip Code is required.	Dirección del hogar: Se requiere código postal.	家庭地址: 郵編必需。	Տան հասցեն
	Error Message (#	Home Address: Zip Code must be five numeric digits long.	Dirección del hogar: El código postal debe tener cinco dígitos numéricos.	家庭地址: 郵編必須為五位數字。	Տան հասցեն թվանշանից:
	Field Name	Telephone Number (with Area Code):*	Número de teléfono (Con el código de área):*	電話號碼 (連同區號):*	Էլ. փոստի հ
	Error Message (#216)	Telephone Number is required.	Se requiere el número de teléfono.	電話號碼必填。	Հեռախոսահ
	Error Message (#217)	Telephone Number must be 10 numeric characters.	El número de teléfono debe tener 10 caracteres numéricos.	電話號碼必須是 10 個數字字符。	Հեռախոսահ
	Static Text	The collection of the Social Security Number is required pursuant to W&IC 12305.81(a), and the Immigration Reform and Control Act of 1986, Public Law 99-603 (8 USC 1324a), for the purposes of verifying the individual's identity and authorization to work in the United States.	Se requiere obtener el número de Seguro Social de acuerdo a lo estipulado en la Sección 12305.81(a) del W&IC, y el Decreto de 1986 sobre la Reforma y el Control de la Inmigración, Ley Pública 99-603 (Sección 1324a del Código 8 de los Estados Unidos [USC]), con el propósito de verificar la identidad de la persona y la autorización para trabajar en los Estados Unidos.	收集社會安全號碼是根據 W&IC 12305.81 法例的需要，以及1986 年移民改革和控制法案，公法 99603 (8USC1324a），目的是核實個人的身份和在美國工作的授權.	Սոցիալական պահանջվու Ներգաղթի բ օրենք 99-60 ինքնությունը իրավասությ
	Field Name	Social Security Number:*	Número de Seguro Social:*	社會保險號碼:*	Սոցիալական
	Field Name	E-Mail Address (if any):	E-Mail (si lo tiene):	電子郵件地址 (如有的話):	Էլ. փոստի հ
	Field Name	Driver's License # or Government Issued ID #:*	Número de licencia de manejar, o Número de identificación expedida por el gobierno:*	駕駛執照編號或政府頒發的身份證號碼:*	Վարորդակա պետական փ
	Error Message (#218)	Driver's License # or Government Issued ID # is required.	Se requiere el número de licencia de conducir o el número de identificación emitido por el gobierno.	駕駛執照號碼或政府核發的身份證號碼必填。	Վարորդակա տրված անձ է:
	Error Message (#204)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կար նիշեր այս ձև
	Field Name	Expiration Date:*	Fecha de vencimiento:*	失効日期:*	Վավերությա
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYY
	Error Message (#219)	Expiration Date is required.	La fecha de caducidad es obligatoria.	到期日期必填。	Ժամկետի սա
	Error Message (#220)	Expiration Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha de caducidad debe estar en formato MM/DD/AAAA.	到期日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Ժամկետի սա Ֆորմատով:
	Field Name	Issuing State:*	Estado que lo expidió:*	頒發日朝:*	Թողարկող Ն
	Error Message (#221)	This is a required field.	Esta es una sección obligatoria	这是必填项。	Սա լրացնելո
	Error Message (#204)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կար նիշեր այս ձև
	Field Name	Primary Spoken Language:	Lenguaje principal (hablado):	交談的主要語言:	Առաջնային
	Field Name	Primary Written Language:	Lenguaje principal (escrito):	書寫的主要語言:	Առաջնային
	Dropdown Option	American Sign Language	Lenguaje de Señas Americano	美國手語	Ամերիկյան
	Dropdown Option	Spanish	Español	西班牙語	Իսպաներեն
	Dropdown Option	Cantonese	Cantonés	粵語	Կանտոներեն
	Dropdown Option	Japanese	Japonés	日語	Ճապոներեն
	Dropdown Option	Korean	Coreano	韓語	Կորեերեն
	Dropdown Option	Tagalog	Tagalo	他加祿語	Թագալոգ
	Dropdown Option	Other non-English	Otro que no sea inglés	其他非英語	Այլ՝ ոչ անգլե
	Dropdown Option	English	Inglés	英語	Անգլերեն
	Dropdown Option	Other Sign Language	Otro lenguaje de señas	其他手語	Ժեշտերի այլ
	Dropdown Option	Mandarin	Mandarín	普通話	Մանդարին

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
	Dropdown Option	Other Chinese Languages	Otros Idiomas chinos	其他中國語言	Չինարեն այլ
	Dropdown Option	Cambodian	Camboyano	柬埔寨語	Կամբոջերեն
	Dropdown Option	Armenian	Armenio	亞美尼亞語	Հայերեն
	Dropdown Option	Ilacano	Ilocano	伊洛卡諾語	Իլոկաներեն
	Dropdown Option	Mien	Mien	勉方言	Միեններեն
	Dropdown Option	Hmong	Hmong	苗語	Հմոնգերեն
	Dropdown Option	Lao	Laosiano	老撾語	Լաոսերեն
	Dropdown Option	Turkish	Turco	土耳其語	Թուրքերեն
	Dropdown Option	Hebrew	Hebreo	希伯來語	Եբրայերեն
	Dropdown Option	French	Francés	法語	Ֆրանսերեն
	Dropdown Option	Polish	Polaco	波蘭語	Լեհերեն
	Dropdown Option	Russian	Ruso	俄羅斯語	Ռուսերեն
	Dropdown Option	Portuguese	Portugués	葡萄牙語	Պորտուգալե
	Dropdown Option	Italian	Italiano	意大利語	Իտալերեն
	Dropdown Option	Arabic	Árabe	阿拉伯語	Արաբերեն
	Dropdown Option	Samoan	Samoano	薩摩亞語	Սամոայերեն
	Dropdown Option	Thai	Tailandés	泰語	Թայերեն
	Dropdown Option	Farsi	Farsi	波斯語	Ֆարսի
	Dropdown Option	Vietnamese	Vietnamita	越南語	Վիեթնամերե
	Sub-Section Title	**Provider Disclosure**	**Información que el proveedor declara**	**看護人公開聲明**	**Մատակարա**
	Static Text	**ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS BY CHECKING THE APPROPRIATE BOX:**	**CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO LA CASILLA APROPIADA:**	**回答下列問題及勾劃適當方匣:**	**ՊԱՏ**
	Static Text	**1. WITHIN THE PAST 10 YEARS, HAVE YOU BEEN –**	**1. EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, ¿HA SIDO USTED –**	**1. 在過去10年內，您曾經 -**	**1. ՎԵՐՋԻՆ**
	Field Name	a. Convicted of or incarcerated following a conviction for a Tier 1* crime?*	a. Declarado culpable o encarcelado por la condena de un Delito de Nivel 1*?*	a.因第1級的犯罪行為而被定罪或監禁？ *	a. դատապա հետևանքով
	Radio Button	Yes	Sí	是	Այո
	Radio Button	No	No	否	Ոչ
	Error Message (#225)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է
	Field Name	b. Convicted of or incarcerated following a conviction for a Tier 2* crime?*	b. Declarado culpable o encarcelado por la condena de un Delito de Nivel 2*?*	b.因第2級的犯罪行為而被定罪或監禁？ *	b. դատապա հետևանքով
	Radio Button	Yes	Sí	是	Այո
	Radio Button	No	No	否	Ոչ
	Error Message (#225)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է
	Static Text	**See the Enrollment Information section of this form for a definition of Tier 1 and Tier 2 crimes.*	**Vea la sección Información de inscripción de este formulario para una definición de crímenes de nivel 1 y nivel 2.*	**有關第 1 級和第 2 級犯罪的定義，請參閱本表的註冊資訊部分。*	**Տե՛ս այս ձև, որդ կարգի հա*

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
Text is dynamic and displays when Yes is selection on question 1.b.	Field Name	***2. IF YOU ANSWERED "YES" TO QUESTION 1.b. ABOVE,*** *have you obtained a certificate of rehabilitation or expungement (dismissal pursuant to PC section 1203.4) of the Tier 2 crime?*	***2. SI USTED CONTESTÓ "SÍ" A LA PREGUNTA 1.b. ARRIBA,*** *¿ha obtenido un certificado de rehabilitación o una cancelación (expungement) (es decir, la condena se descartó de acuerdo a lo estipulado en la Sección 1203.4 del PC) para el Delito de Nivel 2?*	***2. 假如您回答上面問題1b "是"的話,*** *您有否獲得第2級罪行的康復證書或刪除名單(解僱法例PC第1203.4欄)?*	***2. ԵԹԵ ՊԱՏ ՀԱՐՑԻՆ,*** *ստ ոդ կարգի հա 1203.4):*
	Radio Button	Yes	Sí	是	Այո
	Radio Button	No	No	否	Ոչ
	Error Message (#225, #226)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է
	Static Text	*If YES, you must provide the county with a copy of the certificate of rehabilitation or documentation of the expungement along with this completed form.*	*Si contestó "SÍ", usted tiene que proporcionarle al Condado una copia del certificado de rehabilitación o documentación de la cancelación junto con este formulario completado.*	*如果是,連同這份填妥的表格,您必須提供郡政府一份康復或刪除名單的證書副本.*	*Եթե ԱՅՈ, դ վարչաշրջան համար փա*
	Sub-Section Title	**Provider Declaration**	**Declaración del proveedor**	**看護人聲明**	**Մատակարա**

	Static Text	**I UNDERSTAND AND AGREE THAT –**
		• I cannot receive IHSS program funds as payment for authorized services I provide to any eligible recipient of IHSS until I have completed the entire provider enrollment process and I have been officially enrolled as a provider by the county.
		• I have 90 calendar days from the date I first began the provider enrollment process to complete all of the enrollment requirements. If I do not complete all of the enrollment requirements within 90 calendar days, I shall be deemed ineligible to serve as a provider in the IHSS program and cannot be paid by the IHSS program for providing authorized services to an IHSS recipient.
		• As a part of the provider enrollment process, I must provide fingerprints and undergo a criminal background check. I am responsible for paying the costs of fingerprinting and the background check.
		• If it is found, either through my responses on this form, the results of the criminal background check, or some other means, that within the past 10 years, I have been convicted of or incarcerated following a conviction for a Tier 1 exclusionary crime, I will not be eligible to be an IHSS provider, and the recipient who wished to hire me will be informed that I am ineligible to be a provider because of a disqualifying criminal conviction which will not be specified.
		• If it is found, either through my responses on this form, the results of the criminal background check, or some other means, that within the past 10 years, I have been convicted of or incarcerated following a conviction for a Tier 2 exclusionary crime, and I have not received a certificate of rehabilitation or had the conviction expunged –
		  ○ I will not be eligible to be an IHSS provider, unless an IHSS recipient who wishes to hire me to provide his/her services, requests an individual waiver, or I apply for and I am granted a general exception; and
		  ○ The IHSS recipient who wishes to hire me as his/her provider will be informed of my conviction and the types of crimes for which I was convicted, and he/she will be directed to keep the information confidential.
			YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE –
			• No puedo recibir fondos del Programa de IHSS como pago por servicios autorizados que yo proporcione a algún beneficiario elegible para IHSS, hasta que yo haya completado todo el proceso de inscripción para proveedores y haya sido inscrito oficialmente por el Condado como un proveedor.
			• Tengo 90 días consecutivos a partir de la fecha cuando empecé el proceso de inscripción para proveedores para completar todos los requisitos de inscripción. Si no completo todos los requisitos de inscripción antes de que pasen 90 días consecutivos, se me considerará no elegible para servir como proveedor del Programa de IHSS y no se me puede pagar del Programa de IHSS por proporcionar servicios autorizados a un beneficiario de IHSS.
			• Como parte del proceso de inscripción de proveedores, tengo que presentar mis huellas digitales y someterme a una revisión de mis antecedentes penales. Yo soy responsable de pagar los costos relacionados a las huellas digitales y a la revisión de antecedentes.
			• Si se determina, ya sea por mis respuestas en este formulario, por los resultados de la revisión de antecedentes penales, o por cualquier otro medio, que en los últimos 10 años he sido declarado culpable o encarcelado después de una condena por un Delito de exclusión de Nivel 1, yo no seré elegible para ser un proveedor de IHSS, y el beneficiario que deseaba emplearme será notificado de que yo no soy elegible para ser un proveedor debido a un condena criminal que me descalifica, la cual no se especificará.
			• Si se determina, ya sea por mis respuestas en este formulario, por los resultados de la revisión de antecedentes penales, o por cualquier otro medio, que en los últimos 10 años he sido declarado culpable o encarcelado después de una condena por un Delito de exclusión de Nivel 2, y yo no he recibido un certificado de rehabilitación ni tampoco se ha cancelado (expunged) la condena -
			  ○ Yo no seré elegible para ser un proveedor de IHSS, a menos que el beneficiario de IHSS que desea contratarme para que le proporcione servicios, solicite una exención individual, o yo solicite y se me conceda una excepción general; y
			  ○ Al beneficiario de IHSS que desea contratarme como su proveedor se le informará de mi condena y el tipo de delito por el cual fui declarado
				我了解並同意 —
				• 直到我已完成整個看護人的登記程序，並且已由郡政府正式登記成為看護人.我無法領取IHSS款項作為支付我為任何合資格IHSS領取者提供的服務,
				• 從我看護人登記程序的第一天開始，我有90個日曆天去完成所有的登記需求.如果我未能在90個日曆天內去完成所有的登記需求，我將不會有資格作為IHSS計劃的看護人，並且不能由IHSS計劃支付我提供授權的服務給IHSS受看護人.
				• 作為看護人登記程序的一部分，我必須提供指紋並接受犯罪背景調查. 我將付責任支付指紋和背景調查的費用.
				• 通過我在這表格所報告的資料，或是從犯罪背景調查的結果或從其它途徑，一旦發現在過去10年內我曾有第一級罪行被定罪或被監禁, 我將不會合資格成為IHSS看護人, 而將會僱用我的IHSS受看護人會被通知因為我所犯一個不會特別指出的不合資格的刑事罪行而不合資格成為看護人.
				• 通過我在這表格所報告的資料，或是從犯罪背景調查的結果，或從其它途徑，在過去10年來我因第二級被拒絕的罪行而被定罪或監禁，而且我沒有獲得犯罪康復證書或已將犯罪記錄刪除--
				  ○ 我將不合資格成為IHSS服務看護人，除非願意僱用我提供他/她服務的IHSS受看護人要求個別的豁免,或者我本人申請並且獲得個別豁免;和
				  ○ 願意僱用我提供他/她服務的IHSS看護人會被通知有關我的刑事罪行和我所犯的罪行類型,而且他/她將被指示對資料保密.
				假如郡政府登記我成為IHSS 的看護人，我理解並同意 —
				• 如果我提供服務的這個人經Medi-Cal計劃領取IHSS,我將會被認為是一個Medi-Cal的個人護理服務看護人. 因此, 我必須遵守所有Medi-Cal計劃有關提供服務的規則.
				• 我提供給受IHSS受看護人的授權服務付款將由聯邦,州和/或郡政府的IHSS經費支付,而且任何我提供的虛假聲明, 包括時間表上的虛假記帳,或隱瞞資料等,可根據聯邦和/或加州的法律被檢控.
				• 我會償還IHSS計劃超額支付給我的款項,我明白任何超額討款,不論個人或共同的,將會在未來我提供服務給任何IHSS受看護人的工資中扣除.
					ԵՍ
					• Ես չեմ կա ծառայությ IHSS իրա մատակա պաշտոնա վարչաշր
					• Ես ունեմ գործընթա անդամա անդամա կորակա և չեմ կա ստացողի համար:
					• Որպես մ պետք է ա կենսագր մատնահ ստուգմա
					• Եթե այս կենսագր հայտնաբ դատապ հետևանք ապա ես աշխատա աշխատա մատակա դատապ նշելու:
					• Եթե այս կենսագր հայտնաբ դատապ հետևանք և ես չեմ դատված
					  ○ Ես իր աշխա ստաց իրեն անհա ստան
					  ○ IHSS ընդու դատ տեսա տեղե
					ԵԹԵ ԵՍ Ա IHSS ՄԱՏԱ
					• Եթե այն Cal ծրագ խնամքի պետք է հ ծրագրի բ
					• IHSS ստ ծառայությ դաշնային միջոցներ ներառյա կամ տեղ

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
		IF I AM ENROLLED BY THE COUNTY AS AN IHSS PROVIDER, I UNDERSTAND AND AGREE THAT – • If the person I provide services for receives IHSS through the Medi-Cal program, I will be considered to be a Medi-Cal provider of personal care services. Therefore, I will be required to comply with all Medi-Cal program rules relating to the provision of services. • Payment for the authorized services I provide to an IHSS recipient will be from federal, state and/or county IHSS funds and any false statement I provide, including false entries on the timesheet, or withholding of information may be prosecuted under federal and/or state laws. • I will reimburse the IHSS program for any overpayments paid to me and any overpayment, individually or collectively, may be deducted from a future paycheck for services I provide to any recipient of IHSS. • I will provide all services without discrimination based on race, religion, color, national or ethnic origin, gender, age, sexual orientation, or physical or mental disability. **I declare, UNDER PENALTY OF PERJURY, that all of the information I have provided on this form is true and correct to the best of my knowledge, and that I agree to the declaration and agreements listed above.**	culpable, y se le indicará al beneficiario que tiene que mantener esta información confidencial. **SI EL CONDADO ME INSCRIBE COMO UN PROVEEDOR DE IHSS, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE –** • Si la persona a la cual yo le proporciono servicios recibe IHSS a través del Programa de Medi-Cal, yo seré considerado un proveedor de servicios de cuidado personal de Medi-Cal. Por lo tanto, se requerirá que yo cumpla con todas las reglas del Programa de Medi-Cal relacionadas a la provisión de servicios. • El pago por servicios autorizados que yo proporcione a un beneficiario de IHSS se hará con fondos federales y/o fondos estatales de IHSS y cualquier declaración falsa que yo proporcione, incluyendo información falsa u omitida en mi reporte de horas trabajadas, puede ser enjuiciada bajo las leyes federales y/o estatales. • Yo le reembolsaré al Programa de IHSS cualquier pago excesivo que yo haya recibido y entiendo que es posible que cualquier pago excesivo, individual o colectivo, se restará de futuros pagos por servicios que yo proporcione a cualquier beneficiario de IHSS. • Yo proporcionaré todos los servicios sin discriminar en base a la raza, religión, color, origen nacional o étnico, sexo, edad, orientación sexual, o discapacidad física o mental. **Yo declaro, BAJO PENA DE PERJURIO, que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender, y estoy de acuerdo con la declaración y acuerdos mencionados anteriormente.**	• 我會提供一切服務，不會基於種族，宗教，膚色，民族或種族，性別，年齡，性取向，身體或智力障礙的歧視. **我在此聲明，所有我在此表格中提供的資料,根據作偽證施行懲罰的法律下，是我所知最真實準確的.我同意所有上述的聲明和協議.**	հետապն շրջանակ • Ես կփոխ գերվճար ընդհանո ծառայությ • Ես կտրա խտրակա էթնիկ ծա ֆիզիկան **Ես հայտար որ այս ձևու ճշմարիտ են համաձայն պայմանագ**
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求.	Ես հասկանո բոլոր պահան
	Error Message (#227)	Provider agreement is required.	Se requiere un acuerdo con el proveedor.	看護人協議必須。	Մատակարա
	Field Name	Provider Printed Name*	Firma del proveedor*	提供者簽名*	Մատակարա
	Error Message (#228)	Provider Printed Name is required.	Se requiere el nombre impreso del proveedor.	看護人正楷姓名必需。	Մատակարա
	Error Message (#204)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կար նիշեր այս ձև
	Field Name	Date*	Fecha*	日期*	ԱՄՍԱԹԻՎ*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYY
	Error Message (#229)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնա
	Error Message (#230)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնա ֆորմատով:
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ
		Back	Atrás	後退	Նախորդ
		Save	Guardar	救	Պահպանել
		Submit	Enviar	提交	Ներկայացրե
Displays when submission of a form fails due to internal error.	Static Text	[AEM-AF-901-004]: Encountered an internal error while submitting the form.	[AEM-AF-901-004]: Error interno al enviar el formulario.	[AEM-AF-901-004]: 提交表单时遇到内部错误。	[AEM-AF-901 ունեցել:
Displays while a form is in process of submitting	Static Text	Submitting...	Sumisión...	正在提交...	Ներկայացվո

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	
Displays when a form is successfully submitted	Static Text	Thank you. Your form has been submitted! You may now close this window.	Gracias. ¡Su formulario ha sido enviado! Ahora puede cerrar esta ventana.	謝謝您。您的表格已提交！您現在可以關閉此窗口。	Շնորհակալո այս պատուհ
Displays above form pages/tabs when viewing the submitted adaptive form in CSP.	Static Text	This form has been submitted and is now READ-ONLY.	Este formulario se ha enviado y ahora es de SÓLO LECTURA.	此表格已提交，現在處於只讀狀態。	Այս ձևն արդ է:
Displays on the pdf of the completed adaptive form.	Static Text	Method of Signature = Electronic	Método de firma = Electrónico	簽名方法 = 電子	Ստորագրությ

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 426A

CI
CI-823830 - DSD TRAN SOC 426A Adaptive Form **IMPLEMENTED**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
	Screen Title	**RECIPIENT DESIGNATION OF PROVIDER (SOC 426A)**	DESIGNACIÓN DE UN PROVEEDOR POR EL BENEFICIARIO (SOC 426A)	**提供者的接受者指定 (SOC 426A)**	**ՍՏԱՑՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ՄԱՏԱԿԱՐԱՐՈՂԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄ (SOC 426A)**	**ការចាត់តាំងអ្នកផ្តល់សេវា របស់អ្នកទទួលសេវា (SOC 426A)**	**(SOC** **نهدهنده** **يافتكننده**
	Sub-Section Title	**INSTRUCTIONS**	**INSTRUCCIONES**	**指示**	**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ**	**សេចក្តីណែនាំ**	**عملها**
	Static Text	**INSTRUCTIONS:** • You (or your authorized representative) must complete all of this form to let the county know who you have chosen to provide your authorized services. • If you have multiple providers, you must fill out a separate form for each person who will be providing authorized services for you. • You must sign the acknowledgement on the last page of this form. • Please return this completed and signed form to the county. The county will keep the original form and give you a copy.	**INSTRUCCIONES:** • Usted (o su representante autorizado) tiene que completar de este formulario para comunicarle al Condado a quién usted ha elegido para que le proporcione sus servicios. • Si usted tiene más de un proveedor, tiene que llenar un formulario por separado para cada persona que le proporcionará los servicios autorizados. • Usted tiene que firmar la confirmación en de este formulario. • Por favor devuelva al Condado este formulario completado y firmado. El Condado se quedará con el formulario original y le dará una copia a usted.	**指示:** • 你 (或你的合法授權代表) 必須填寫此表格A部分以便郡政府知道你選擇了誰人提供你已授權的服務. • 假如你有多名提供者,你必須替每一個將會提供服務的人填寫個別的表格. • 您必須在此表格的最后一页签署确认书。 • 請將此填妥和簽署的表格交回到郡政府.郡政府會保留表格的正本並會給你一份副本.	**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ.** • Դուք (կամ ձեր լիազորված ներկայացուցիչը) պետք է լրացնեք այս ձևի ՄԱՍ A-ն, որպեսզի վարչաշրջանին տեղեկացնեք, թե ում եք ընտրել ձեզ հաստատված ծառայությունները տրամադրելու համար: • Եթե դուք մի քանի մատակարարողներ ունեք, դուք պետք է լրացնեք առանձին ձև յուրաքանչյուր մարդու համար, ով ձեզ հաստատված ծառայություն է տրամադրելու: • Դուք պետք է ստորագրեք փաստերի ճանաչման հատվածն այս ձևի ՄԱՍ C-ում: • Խնդրում ենք վերադարձնել այս լրացված և ստորագրված ձևը վարչաշրջանին: Վարչաշրջանը կպահպանի բնօրինակը, իսկ ձեզ կուղարկի պատճենը:	**សេចក្តីណែនាំ៖** • អ្នក (ឬអ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតបស់អ្នក) ត្រូវតែបំពេញ ផ្នែក A នៃទម្រង់នេះ ដើម្បីឱ្យខោនធីបានដឹងថា តើនរណាដែលអ្នកបានជ្រើសរើស ដើម្បីផ្តល់សេវាក្រោមការអនុញ្ញាតរបស់អ្នក។ • ប្រសិនបើអ្នកមានអ្នកផ្តល់សេវាច្រើននាក់ អ្នកត្រូវបំពេញទម្រង់ដាច់ដោយឡែកពីគ្នា សម្រាប់មនុស្សម្នាក់ៗដែលនឹង ផ្តល់សេវាដែលមានការអនុញ្ញាតពីអ្នក។ • អ្នក ត្រូវ តែ ចុះ ហត្ថលេខា លើ ការ ទទួល ស្គាល់ នៅ ទំព័រ ចុង ក្រោយ នៃ ទម្រង់ នេះ ។ • សូមផ្ញើទម្រង់ បែបបទដែលបានបំពេញរួចរាល់ និងចុះ ហត្ថលេខនេះ ទៅឱ្យខោនធី។ ខោនធីនឹងរក្សាទុក ច្បាប់ដើម ហើយឱ្យ ច្បាប់ចម្លងទៅអ្នក។	**عملها** • مايننده. باید (ا قسمت A کنید تا اطلاع چه کسی ارائه جاز به اب • از یک. ه دارید، فرم رای هر که جاز را ائه می. کنید • تاییدیه. ز قسمت مضا C • فرم را. امضا را به گردانید. م اصلی خود د و به شما

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
	Sub- Section Title	**RECIPIENT DESIGNATION OF PROVIDER**	**DESIGNACIÓN DE UN PROVEEDOR POR EL BENEFICIARIO**	**提供者的指定領取者**	**ՍՏԱՑՈՂԻ ԿՈՂՄԻՑ ՄԱՏԱԿԱՐԱՐՈՂԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄ**	**ការចាត់តាំងអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នកទទួលសេវា**	**هنده یافتکننده**
	Field Name	Recipient's Name	Nombre del beneficiario	領取者姓名	Ստացողի անունը	ឈ្មោះអ្នកទទួលសេវា	تکننده خدمات
	Field Name	County IHSS Case #	Número del caso de IHSS del Condado	郡政府IHSS案件#	Վարչաշրջանի IHSS գործի համարը	លេខសំណុំរឿងកម្មវិធី IHSS ខោនធី #	(دوسیه) وند IHSS
	Field Name	Provider's Name	Nombre del proveedor	提供者姓名	Մատակարարողի անունը	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា	هنده.
	Error Message (#1)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ចូលអក្សរដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ឬ តួអក្សរពិសេសទៅក្នុងសំណៅនេះបានទេ ។	توانید حروف بسی یا نویسه س را در این د کنید
	Error Message (#6)	Provider Name is required.	El nombre del proveedor es obligatorio.	看护人姓名必填。	Մատակարարի անունը պարտադիր է:	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវបានទាមទារ ។	نگر لازم
	Field Name	Provider's Address	Dirección del proveedor	提供者地址	Մատակարարողի հասցեն	អាសយដ្ឋានអ្នកផ្តល់សេវា	(رس ه.
	Error Message (#10)	Provider Address is required.	La dirección del proveedor es obligatoria.	看护人地址必填。	Մատակարարի հասցեն պարտադիր է:	ត្រូវការអាស័យដ្ឋានអ្នកថែរក្សារ។	اقبتگر لازم
	Field Name	City	Ciudad	市	Քաղաքը	ទីក្រុង	
	Error Message (#7)	Provider City is required.	La ciudad del proveedor es obligatoria.	看护人城市必填。	Մատակարարի քաղաքի անունը պարտադիր է նշել:	ទីក្រុងរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវបានទាមទារ ។	بتگر لازم
	Field Name	State	Estado	州	նահանգը	រដ្ឋ	
	Error Message (#9)	Provider State must be a valid two letter abbreviation.	El Estado del proveedor debe ser una abreviatura válida de dos letras.	看护人州名必須是有效的兩個字母縮寫。	Մատակարարի հասցեում նահանգը պետք է նշված լինի երկու տառից բաղկացած հապավումով:	ឈ្មោះរដ្ឋអ្នកថែរក្សារ ត្រូវតែសរសេរក្រឹមត្រូវ ជាអក្សរ កាត់ពីរតួ។	مراقبتگر رف مخفف شد
	Error Message (#8)	Provider State is required.	El estado del proveedor es obligatorio.	看护人州名必填。	Մատակարարի հասցեի մեջ պարտադիր է նշել նահանգը:	ត្រូវការ ឈ្មោះរដ្ឋអ្នកថែរក្សារ។	اقبتگر لازم
	Field Name	Zip Code	Código postal	郵遞區號	փոստային կոդը	ហ្ស៊ីប កូដ	
	Error Message (#11)	Zip Code must be five numeric digits long.	El código postal debe tener cinco dígitos numéricos.	郵編必須為五位數字。	Փոստային կոդը պետք է բաղկացած լինի հինգ թվանշանից:	លេខហ្ស៊ីបកូដ ត្រូវតែជាលេខ ៥ ខ្ទង់វែង។	باید پنج رقم شد
	Error Message (#5)	Provider Zip Code is required.	El código postal del proveedor es obligatorio.	看护人郵编必填。	Մատակարարի փոստային կոդը պարտադիր է նշել հասցեում:	លេខហ្ស៊ីបកូដរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវបានទាមទារ ។	مراقبتگر ت
	Field Name	Provider's Phone Number	Número de teléfono del proveedor	提供者的電話號碼	Մատակարարողի հեռախոսահամարը	លេខទូរស័ព្ទអ្នកផ្តល់សេវា	ن ارائهدهنده
	Error Message (#13)	Provider Phone Number must be 10 numeric characters.	El número de teléfono del proveedor debe tener 10 caracteres numéricos.	看护人電話號碼必須是 10 位數字。	Մատակարարի հեռախոսահամարը պետք է պարունակի 10 թվային նիշ:	លេខ ទូរស័ព្ទ អ្នក ផ្តល់ ត្រូវ តែ ជា តួ លេខ ១០ ។	ن مراقبتگر رقم عددی

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
	Error Message (#12)	Provider Phone Number is required.	El número de teléfono del proveedor es obligatorio.	看护人電話號碼必填。	Մատակարարի հեռախոսահամարը պարտադիր է:	ក្រែងការលេខលេខទូរស័ព្ទ អ្នកថែរក្សារ។	ن مراقبتگر ت
	Field Name	Provider's Date of Birth	Fecha de nacimiento del proveedor	提供者的出生日期	Մատակարարողի ծննդյան ամսաթիվը	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត អ្នកផ្តល់សេវា	د ارائهدهنده
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/
	Error Message (#15)	Provider Date of Birth must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha de nacimiento del proveedor debe estar en formato MM/DD/AAAA.	看护人生日必须是 MM/DD/YYYY 格式。	Մատակարարի ծննդյան ամսաթիվը պետք է լինի գրված MM/DD/YYYY ֆորմատով:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត អ្នកថែរក្សារ ត្រូវតែស្ថិតក្នុងទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	د مراقبتگر ن فرم MM/DD/
	Error Message (#14)	Provider Date of Birth is required.	La fecha de nacimiento del proveedor es obligatoria.	看护人生日必填。	Մատակարարի ծննդյան ամսաթիվը պարտադիր է:	ក្រែងការ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត អ្នកថែរក្សារ។	د مراقبتگر ت
	Field Name	Provider's Social Security #	Seguro Social del Proveedor #	提供者的社會安全號碼	Մատակարարողի սոցիալական ապահովության #	លេខសម្គាល់សន្តិសុខសង្គមអ្នកផ្តល់សេវា #	سین اجتماعی موسیال ی) ارائهدهنده
	Error Message(#17)	Provider Social Security Number must be in a valid XXX-XX-XXXX format.	El número de seguro social del proveedor debe estar en un formato válido XXX-XX-XXXX.	看护人電話號碼必須是XXX-XX-XXXX 格式。	Մատակարարի սոցիալական ապահովության համարը պետք է լինի հետևյալ XXX-XX-XXXX ֆորմատով:	លេខ social security អ្នកថែរក្សារ ត្រូវតែដាក់ត្រឹមត្រូវតាមលក្ខណ XXX-XX-XXXX។	سین اجتماعی باید در قالب معتبر XX XXX
	Error Message (#16)	Provider Social Security Number is required.	El número de la seguridad social del proveedor es obligatorio.	看护人社会安全号必填。	Մատակարարի սոցիալական ապահովության համարը պարտադիր է:	ក្រែងការ លេខ សុវត្ថិភាពសង្គម របស់ អ្នក ផ្តត់ផ្តង់ ។	نیت اجتماعی ر لازم است
(*Displays when user hovers over or tabs into the field*)	Static Text	*NOTE: The collection of the Social Security Number is required by the Immigration Reform and Control Act of 1986, Public Law 99-603 (8 USC 1324a), for the purposes of verifying the individual's identity and authorization to work in the United States.	NOTA: El Decreto de 1986 sobre la Reforma y el Control de la Inmigración, Ley Pública 99-603 (1324a del Código 8 de los Estados Unidos), requiere que se proporcione el número de Seguro Social con el propósito de verificar la identidad de la persona y su autorización para trabajar en los Estados Unidos.	*注：社會安全號碼是由移民改革和1986年控制法，公共法例99-603 (8 USC1324a) 所需的，為核查個人身份和授權在美國工作之目的。	*ԱԿՆԱՐԿ. սոցիալական ապահովության համարների հավաքումը պահանջվում է 1986 թ. Ներգաղթի բարեփոխումների և վերահսկման ակտով, Հանրային օրենք 99-603 (8 USC 1324a)՝հաստատելու համար անձի ինքնությունը և Միացյալ Նահանգներում աշխատելու իրավասությունը	*ចំណាំ៖ ការប្រមូលលេខសម្គាល់សន្តិសុខសង្គម គឺតម្រូវដោយច្បាប់ស្តីពីការការកែទម្រង់ និងការគ្រប់គ្រងជនអន្តោប្រវេសន៍ ឆ្នាំ 1986 ច្បាប់សាធារណៈ 99-603 (8 USC 1324a) ក្នុងគោលបំណងបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណបុគ្គល និងការអនុញ្ញាតក្នុងធ្វើការងារនៅសហរដ្ឋអាមេរិក។	*يافت شماره ماعی قانون اصلاح مهاجرت سال قانون عمومی 603-99 (1324a) ت فرد و ای کار در حده الزامی
	Field Name	Provider's Gender	Sexo del proveedor	提供者的性別	Մատակարարողի սեռը	ភេទអ្នកផ្តល់សេវា	رائهدهنده
	Radio Button	Male	Masculino	男性	Արական	ភេទប្រុស	
	Radio Button	Female	Femenino	女性	Իգական	ភេទស្រី	
	Error Message (#18)	Provider gender is required.	El género del proveedor es obligatorio.	看护人性別必填。	Մատակարարի սեռը պարտադիր է:	ក្រែងការ ភេទ អ្នកថែរក្សារ។	راقبتگر از است
	Field Name	Provider's Relationship to Recipient	Relación/parentesco del proveedor con el beneficiario	提供者和領取者的關係	Մատակարարողի հարաբերությունը ստացողի հետ	ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកផ្តល់សេវាជាមួយអ្នកទទួលសេវា	انهدهنده با ده
	Error Message (#19)	Relationship to Recipient is required.	La relación con el beneficiario es obligatoria.	與受看护人的關係必填。	Պարտադիր է նշել մատակարարի կապը/հարաբերությունը ստացողի հետ:	ក្រែងការទំនាក់ទំនងទៅកាន់អ្នកទទួល។	راقبتگر با کننده لازم
	Radio Button	Parent	Padre/Madre	父母	Ծնող	ឪពុក ម្តាយ	
	Radio Button	Child	Hijo(a)	子女	Երեխա	កូន	
	Radio Button	Spouse/Domestic Partner	Esposa(o)/Pareja doméstica	配偶/家中伴侶	Ամուսին/Զուգընկեր	ប្តី ប្រពន្ធ/គូកំណាន់	ریک زندگی
	Radio Button	Conservator	Curador legal	管理委員	Վերակացու	អ្នកថែទាំ	ت
	Radio Button	Guardian	Tutor legal	監護人	Խնամակալ	អាណាព្យាបាល	

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
	Radio Button	Other	Otra	其它	Այլ	ផ្សេងទៀត	
Text is dynamic and only displays if the 'Other' Radio button was selected.	Field Name	Other Relation	Relación con otros	其他关系	Այլ հարաբերություններ	ផ្សេងទៀត	
	Error Message (#20)	Other Relation is required when Provider's Relationship to Recipient is "Other".	Otra relación es obligatoria cuando la relación del proveedor con el beneficiario es "Otro".	當與受看护人的關係為“其他”時，须填其他關係。	Հարկավոր է բացատրել կապը/հարաբերությունը Ստացողի և Մատակարարի միջև, եթե նշված է "Այլ" վանդակը:	ត្រូវការទាក់ទងផ្សេងទៀតរនៅពេលដែលទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកថែរក្សារនៅអ្នកទទួលគឺ "Other".	ر زمانی که رابطه ده با گیرنده باشد
	Field Name	Provider's Start Date	Fecha en que va a empezar el proveedor	提供者的開始日期	Մատակարարողի աշխատանքը սկսելու ամսաթիվը	កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមរបស់អ្នកផ្តល់សេវា	وع به کار ه
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/
	Error Message (#21)	Provider Start Date is required.	La fecha de inicio del proveedor es obligatoria.	看护人开始日期必填。	Պարտադիր է նշել մատակարարի աշխատանքը սկսելու ամսաթիվը:	ត្រូវការថ្ងៃចាប់ផ្តើម អ្នកថែរក្សារ។	وع گر لازم
	Error Message (#21)	Provider Start Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha de inicio del proveedor debe tener el formato MM/DD/AAAA.	看护人开始日期必须是 MM/DD/YYYY 格式。	Մատակարարի աշխատանքը սկսելու ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	ថ្ងៃចាប់ផ្តើម អ្នកថែរក្សារ ក្នុង ទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	وع کار باید به این MM/DD/
	Static Text	I choose the person listed above to be my IHSS provider. This person will provide some or all of the services authorized by the county.	Yo elijo a la persona mencionada arriba para que sea mi proveedor de IHSS. Esta persona proporcionará algunos o todos los servicios autorizados por el Condado.	我選擇上面列出的人士作為我的IHSS提供者. 此人將會提供部分或全部由郡政府授權的服務.	Ես ընտրում եմ վերոնշյալ անձին որպես իմ IHSS մատակարարող: Այս անձը տրամադրելու է որոշ կամ բոլոր ծառայությունները, որոնք հաստատված են վարչաշրջանի կողմից:	ខ្ញុំជ្រើសរើសបុគ្គលដែលបានរាយឈ្មោះខាងលើឱ្យធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវិធី IHSS របស់ខ្ញុំ។ បុគ្គលនេះនឹងផ្តល់សេវាមួយចំនួនឬសេវាទាំងអស់ដែលអនុញ្ញាតដោយខោនធី។	*To be pr in a future*
	Sub- Section Title	**RECIPIENT AGREEMENT**	**ACUERDO DEL BENEFICIARIO**	**領取者同意書**	**ՍՏԱՑՈՂԻ ՊԱՅՄԱՆԱԳԻՐ**	**កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួលសេវា**	**ه دریافت مات**
	Static Text	**I UNDERSTAND AND AGREE THAT:** • The person I have chosen to be my provider cannot be paid federal and/or state money for providing services to me until he/she completes all of the provider enrollment requirements. These requirements include completing, signing, and returning (in person) the Provider Enrollment Form (SOC 426), submitting fingerprints and being cleared of disqualifying crimes through a criminal background check, completing a provider orientation, and returning a signed Provider Enrollment Agreement (SOC 846). • The county will send me a notice telling me if the person I have chosen as my	**ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE:** • A la persona que he elegido para que sea mi proveedor no se le puede pagar con fondos federales y/o estatales por proporcionar servicios para mí hasta que él/ella complete los requisitos de inscripción. Estos requisitos incluyen: completar, firmar, y devolver (en persona) el “Formulario de inscripción para proveedores” (SOC 426), presentar las huellas digitales y recibir aprobación sobre delitos que descalifican por medio de una revisión de antecedentes penales, completar una orientación para proveedores, y firmar y devolver el “Acuerdo de inscripción para proveedores” (SOC 846). • El Condado me enviará una notificación si la persona que he	**我了解並同意:** • 我選擇作為我的提供者不能被支付聯邦和/或州的款項直至他/她完成所有在提供者登記中所要求提供我的服務。這些要求包括：填寫，簽名和寄回（親自）提供者登記表 (SOC426)，提交指紋和被通過犯罪背景檢查不合資格的罪行，完成提供者的培訓班，並寄回一份已簽署的提供者登記同意書 (SOC846). • 假如我選擇作為我的提供者沒有完成提供者登記要求，或如果他/她是不合資格成為一個IHSS 提供者,郡政府將發送通知告知我. • 假如我選擇此人在他/她被登記成為IHSS 提供者之前為我提供服務，而郡政府發送給我一個通知，告訴我他/她是不合資格成為一個IHSS 提供者, 在他/她被視為不合資格成為提	**ԵՍ ՀԱՍԿԱՆՈՒՄ ԵՎ ՀԱՄԱՁԱՅՆ ԵՄ ՈՐ.** • Այն անձը, ում ես ընտրել եմ որպես իմ մատակարարող, չի կարող ստանալ դաշնային և/ կամ նահանգային գումար ինձ ծառայություններ տրամադրելու համար, մինչև որ նա չբավարարի մատակարարողի բոլոր նշված պահանջները: Այս պահանջները ներառում են՝ Մատակարարողի անդամագրման ձևը (SOC 426) լրացնելը, ստորագրելը և վերադարձնելը (անձամբ), մատնահետքեր հանձնելը և քրեական անցյալի պատմության ստուգում անցնելը, մատակարարողի կողմնորոշում անցնելը, և ստորագրած Մատակարարողի անդամագրման պայմանագիր (SOC 846) վերադարձնելը: • Ես կստանամ ծանուցում վարչաշրջանից՝ տեղեկացնելով ինձ, եթե այն անձը, որին ես ընտրել եմ որպես իմ մատակարարող, չի համապատասխանում	**ខ្ញុំយល់ និងព្រមព្រៀងថា៖** • បុគ្គលដែលខ្ញុំជ្រើសរើសធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវាមិនអាចទទួទាក់ជ្រាក់សហព័ន្ធ និង/ឬ រដ្ឋ ក្នុងការផ្តល់សេវាដល់ខ្ញុំ បានទេរហូតទាល់តែបុគ្គលនោះបានបំពេញលក្ខខណ្ឌតម្រូវនៃការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវារួចរាល់ចប់សព្វគ្រប់អស់។ លក្ខខណ្ឌតម្រូវរួមមាន ការបំពេញទម្រង់បែបបទ ការចុះហត្ថលេខា និងការផ្ញើ (ដោយផ្ទាល់) នូវទម្រង់បែបបទចុះឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវា (SOC 426) ក្រឡប់មកវិញ ការផ្តល់ស្នាមមេដៃ និងការបញ្ជាក់ពីភាពស្អាតស្អំផ្នែកឧក្រិដ្ឋកម្ម តាមរយៈការពិនិត្យប្រវត្តិឧក្រិដ្ឋកម្ម ការបញ្ចប់វគ្គតម្រង់ទិសដល់អ្នកផ្តល់សេវា និងការផ្ញើកិច្ចព្រមព្រៀងការចុះឈ្មោះរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ដែលបានចុះហត្ថលេខា (SOC 846) ក្រឡប់មកវិញ។	**ه زیر را با آنها**
							• که من ه خود ردهام، که تمام بیتام ه را کرده تواند که ه من از ال و یا ب کند. این شامل مضاء و ن (به فرم (ه (SOC ر تایید ، پس از سوء رکت جهت صوص ه، و ن توافق ا شده که دهنده (SO

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
		provider does not complete the provider enrollment requirements or if he/she is not eligible to be an IHSS provider. • If I choose to have this person provide services for me before he/she is enrolled as an IHSS provider, and the county sends me a notice telling me that he/she is not eligible to be an IHSS provider, I will have to pay him/her with my own money for the services that he/she provided before he/she was determined ineligible to be a provider and for any services he/she provides after the county notifies me that he/she is ineligible. • Neither the county nor the State will be held responsible for any claims and/or losses caused by the above-named person I choose to hire as my IHSS provider. I agree to hold harmless the State and county, their officers, agents, and employees, and to take responsibility for any and all claims and/or losses to any person caused by the named person I choose to hire as my IHSS provider. • The county can provide information about my authorized services and service hours to the person I have chosen as my provider. The county will send my provider the IHSS Provider Notice of Recipient Authorized Hours and Services(SOC 2271). • My total monthly authorized hours will be divided by 4 to determine my maximum weekly hours. The maximum weekly hours is a guideline telling me the highest number of hours my provider(s) will be able to work for me during a workweek. However, since most months are slightly longer than 4 weeks, I will work with my provider(s)	elegido como mi proveedor no completa los requisitos de inscripción para proveedores o si él/ella no es elegible para ser un proveedor de IHSS. • Si elijo que esta persona me proporcione servicios antes de que él/ella se haya inscrito como un proveedor de IHSS, y el Condado me envía una notificación avisándome que él/ella no es elegible para ser un proveedor de IHSS, yo tendré que pagarle a él/ella con mi propio dinero por los servicios que él/ella haya proporcionado antes de que determinara que no era elegible para ser un proveedor y por cualquier servicio que él/ella me proporcione después de que el Condado me notifique que él/ella no es elegible. • Ni el Condado ni el Estado serán responsables de ningún reclamo y/o pérdidas causadas por la persona mencionada anteriormente a quien yo elijo contratar como mi proveedor de IHSS. Estoy de acuerdo en que el Estado y el Condado, sus oficiales, agentes, y empleados no tengan ninguna responsabilidad de ningún reclamo y/o pérdidas de ninguna persona causadas por la persona mencionada a quien elijo contratar como mi proveedor de IHSS. • El Condado puede proporcionarle información a la persona que he elegido como mi proveedor acerca mis servicios autorizados y las horas de servicio. El Condado le enviará a mi proveedor el formulario de IHSS "Notificación para el proveedor sobre las horas y los servicios autorizados para el beneficiario" (SOC 2271). • El total de mis horas de servicio autorizadas para el mes se dividirá entre cuatro para determinar mi máximo de horas por semana. El máximo de horas por semana es una guía que me indica el número más alto de horas que mi	供者之前, 和在郡政府通知我他/她不合資格之後所提供的任何服務, 我將要負責用我自己的資金支付他/她. • 不論是郡政府還是州政府將不會付上責任對上述提到的人士因我選擇聘請作為我的IHSS 提供者的任何索賠和/或損失.我同意不會將我上述我選擇的IHSS提供者做成任何和所有索賠和/或任何人的損失加諸於州和郡政府,他們的官員,代理人,員工,並且我承擔一切責任. • 郡政府可提供有關我的授權服務和服務小時的資料給我選擇作為我的提供者.郡政府會寄發IHSS 提供者授權時間和服務通知(SOC2271)給我的提供者. • 我每月的授權小時總數將除以4，以確定我的最高每週小時. 每週最高小時是一個準則告訴我的提供者（們）將能夠在一個工作週期間為我工作的最高時數. 但是，由於大多數的月份是超過4週長，我將與我的提供者（們）共同合作，分散開他/她在月裏的時數，以確保我有所有在月裏我需要的服務小時. • 我有時可能需要我的提供者為我工作超過我每週的最高時數. 我必須請求郡政府的批准去調整我的每週最高小時的工作, 如果在有改變時需要我的提供者工作如下： 1. 在一個月中他/她的加班小時比正常工作小時多. 2. 替我在一個工作週工作超過40小時，如果我的最高每週時數在一個工作週是40小時或更少. • 如果我沒有得到批准一個例外的情況，我的提供者將會得到一個因工作超過我每週最高時數的違規. • 我 **永遠不可以** 授權我的提供者工作小時超過我的總授權服務小時. 所以，當我授權我的提供者在一個星期裏加班，我必須在該月裏其他的星期減少提供者的工作小時. • 假如我的提供者替其他領取者工作,	ներկայացված պահանջներին կամ որ նա իրավասու չէ լինելու IHSS մատակարարող: • Եթե այնուամենայնիվ ես օգտվում եմ այդ անձի ծառայություններից, մինչև նա կգրանցվի որպես IHSS մատակարարող, և վարչաշրջանն ինձ ծանուցում է ուղարկում՝ տեղեկացնելով, որ այդ անձն իրավասու չէ լինել IHSS մատակարարող, ես ստիպված կլինեմ ինքս վճարել նրան այն ծառայությունների համար, որոնք նա տրամադրել է մինչև իրեն ոչ-իրավասու ճանաչելը, և բոլոր այն ծառայությունների համար, որոնք նա կտրամադրի վարչաշրջանի ծանուցումից հետո: • Ոչ վարչաշրջանը, ոչ էլ նահանգը պատասխանատվություն չեն կրի ցանկացած բողոքների և/կամ կորուստների համար, որոնք կպատճառի ինձ այն անձը, որին ես կնախընտրեմ վարձել որպես իմ IHSS մատակարարող: Ես համաձայն եմ չներգրավել նահանգը և վարչաշրջանը, նրանց գրասենյակները, գործակալներին և աշխատողներին և իմ վրա վերցնել պատասխանատվությունը ցանկացած անձին պատճառած վնասի և/կամ կորուստների համար այն անձի կողմից, ում ես կվարձեմ որպես իմ IHSS մատակարարող: • Վարչաշրջանը կարող է տեղեկություն տրամադրել իմ հաստատված ծառայությունների և դրանց ժամերի մասին այն անձին, որին ես կընտրեմ որպես իմ ծառայությունների մատակարարող: Վարչաշրջանը կուղարկի իմ մատակարարողին IHSS Մատակարարողի ծանուցում ստացողի հաստատված ժամերի և ծառայությունների վերաբերյալ (SOC 2271): • Իմ ընդհանուր ամսական հաստատված ժամերը բաժանվելու են 4-ի՝ որոշելու համար իմ առավելագույն շաբաթական ժամերը: Առավելագույն շաբաթական ժամերը մի ուղեցույց է, որը ինձ տեղեկացնում են ժամերի առավելագույն քանակի մասին, որը իմ մատակարարող(ներ) ը կարող է աշխատել ինձ համար աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում: Սակայն, քանի որ ամիսների մեծ մասը 4 շաբաթից մի քիչ ավել է,	• ខោនធីនឹងផ្តើសេចក្តីជូនដំណឹងមកប្រាប់ខ្ញុំ ប្រសិនបើបុគ្គលដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើសធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំមិនបានបំពេញលក្ខខណ្ឌតម្រូវការចុះឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា ឬបុគ្គលនោះមិនមានសិទ្ធិធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវាក្នុងកម្មវិធី IHSS ទេ។ • ប្រសិនបើខ្ញុំជ្រើសរើសយកបុគ្គលនេះធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវាដល់រូបខ្ញុំមុនពេលបុគ្គលនេះបានចុះឈ្មោះធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវា កម្មវិធី IHSS ហើយខោនធីបានផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងមកប្រាប់ខ្ញុំថា បុគ្គលនេះមិនមានសិទ្ធិធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវាកម្មវិធី IHSSទេ ខ្ញុំត្រូវបង់ថ្លៃសេវាដល់អ្នកផ្តល់សេវាដោយថវិការបស់ខ្ញុំផ្ទាល់ សម្រាប់សេវាដែលបុគ្គលនោះបានផ្តល់ជូនមុនពេលដែលបុគ្គលនោះត្រូវបានកំណត់ថាមិនមានសិទ្ធិធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវា និងបង់ថ្លៃសេវាទាំងឡាយណាដែលបុគ្គលនោះបានផ្តល់ជូនក្រោយពីខោនធីបានជូនដំណឹងមកខ្ញុំថា បុគ្គលនោះមិនមានសិទ្ធិធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវាទេ។ • ខោនធី និង រដ្ឋ នឹងមិនទទួលខុសត្រូវក្នុងការចេញថវិកាសង ឬការខាតបង់ណាមួយដែលបណ្តាលមកពីបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើ ដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើសឱ្យធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវា កម្មវិធី IHSS របស់ខ្ញុំទេ។ ខ្ញុំព្រមព្រៀងថា នឹងមិនស្តីបន្ទោស ដាក់បន្ទុកនេះ ដល់រដ្ឋ សហព័ន្ធ និងខោនធី មន្ត្រី ភ្នាក់ងារ និងនិយោជិក និងទទួលខុសត្រូវលើការបង់ប្រាក់សង ឬការខាតបង់ចំពោះបុគ្គលណាមួយដែលបណ្តាលមកពីបុគ្គលដែលមានឈ្មោះដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើសធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវា កម្មវិធី IHSS របស់ខ្ញុំ។ • ខោនធីអាចផ្តល់ព័ត៌មានពីសេវាដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ និងម៉ោងសេវា ដល់បុគ្គលដែលខ្ញុំបានជ្រើសរើសធ្វើជាអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ។ ខោនធីនឹងផ្ញើជូនអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំនូវ សេចក្តីជូនដំណឹងស្តីពីអ្នកផ្តល់សេវា កម្មវិធី IHSS របស់អ្នកទទួលសេវា និងម៉ោងសេវាដែលមានការអនុញ្ញាត (SOC 2271)។ • ម៉ោងដែលមានការអនុញ្ញាតសរុប	• سی که ه خود ردهام تنام ه را د یا ید ه IHS ر در ه من تفت • یم این از ه عنوان ه دهنده IHSS ارائه انتی با ک به من آن اجد ائه خدمات بت که آن ز اینکه شود ابط گی. بعد از ارائه ت، باید خودم و را • و نه قبال یا ن ناشی فوق من به ائه هنده. اب سئولیتی داشت. ت میکنم و ارکنان، و آنها در ادعاها راتهای هر از سوی ده ه IHSS ن ندارند • واند مربوط ت مجاز ت دریافت ن را به که به هنده اب ارائه ی م اعتها و جاز ده (IHSS 227 ه من ند • ت مجاز ن بر 4

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
		to spread his/her hours throughout the month in order to make sure I have all the service hours I need for the month. • Sometimes I may need my provider to work more than my maximum weekly hours. I must ask for county approval to adjust my maximum weekly hours only if the change requires my provider to work: 1. More overtime hours in the month than he/she would normally work. 2. More than 40 hours for me in a workweek if my maximum weekly hours are 40 hours or less in a workweek. • If I do not get an approved exception, my provider will get a violation for working more than my maximum weekly hours. • I can **never** authorize my provider to work more than my total authorized monthly service hours. Therefore, when I authorize my provider to work extra hours in one week, I must have the provider work fewer hours in the other week(s) of the month. • If my provider works for another recipient, the maximum number of hours that he/she may claim in a workweek for all of the time he/she works for his/her recipients combined is 66 hours. I **must make a work schedule for my provider to determine how many hours he/she will be working for me each week to make sure he/she does not work more than 66 hours per workweek.** I will get a Recipient Notification of Maximum Weekly Hours (SOC 2271A) which will include information on my maximum weekly hours so I can use it to make the work	proveedor(es) puede trabajar para mí durante una semana laboral. Sin embargo, ya que la mayoría de los meses es un poco más de 4 semanas, yo trabajaré con mi proveedor(es) para extender sus horas a través del mes para asegurar que tenga todas las horas de servicio que necesito durante el mes. • En ciertas ocasiones, es posible que yo necesite que mi proveedor trabaje más que mi máximo de horas por semana. Yo tengo que pedirle aprobación al Condado para ajustar mi máximo de horas por semana solamente si el cambio requiere que mi proveedor trabaje: 1. más horas de tiempo extra en el mes que las que normalmente trabajaría. 2. más de 40 horas para mí en una semana laboral si mi máximo de horas por semana es 40 horas o menos en una semana laboral. • Si no recibo la aprobación para una excepción, mi proveedor recibirá una infracción por trabajar más que mi máximo de horas por semana. • Yo no puedo **nunca** autorizar que mi proveedor trabaje más que mi total de horas de servicio autorizadas para el mes. Por lo tanto, cuando yo autorice que mi proveedor trabaje horas extras en una semana, yo tengo que hacer que el proveedor trabaje menos horas en otra semana(s) del mes. • Si mi proveedor trabaja para otro beneficiario, el máximo número de horas que puede reclamar en una semana laboral para todo el tiempo combinado que trabaje para sus beneficiarios es 66 horas. **Yo tengo que preparar un horario de trabajo para mi proveedor para determinar cuántas horas va a trabajar para mí cada semana para asegurar que no trabaje más de 66 horas por semana**	他/她在一個工作週最高可以索取在所有的時數他/她為他/她的領取者總共是66小時. **我必須替我的提供者作出一個工作時間表以確定每週他/她為我工作多少個小時，並且確保他/她不會每個工作週工作超過66小時**.我將得到每週最高工作小時通知（SOC2271A），其中將包括我每週最高工作小時的資料，這樣我就可以基於此資料去作出工作時間表給我的提供者（們）. 為了作出此工作時間表，我的提供者必須要告訴我他/她每週可以工作多少小時. 假如我的提供者不能在我所有的授權時間工作，我將需要僱用額外的提供者（們）. **假如我需要幫助協助和聘請其他提供者（們），我可以打電話給我郡政府IHSS公共主管部門從註冊表或我郡政府IHSS辦公室獲得一名提供者**. • 每一次我的提供者得到一個違規, 郡政府將給我發送通知. 如果我的提供者獲得三次違規，他/她會被暫停提供三個月IHSS服務. 如果他/她從三個月被停牌復職後再得到另一個違規，他/她將被終止作為一年的提供者.	Ես պետք է համագործակցեմ իմ մատակարարողը(ներ)ի հետ, որպեսզի բաշխենք նրա ժամերն ամբողջ ամսվա ընթացքում՝ համոզվելու համար, որ ես ծառայության բոլոր անհրաժեշտ ժամերն ունեմ ամսվա համար: • Երբեմն ինձ կարող է անհրաժեշտ լինել, որ իմ մատակարարողն աշխատի իմ առավելագույն շաբաթական ժամերից ավել: Ես պետք է վարչաշրջանից հավանություն խնդրեմ իմ առավելագույն շաբաթական ժամերի փոփոխության համար, միայն եթե փոփոխության պատճառով իմ մատակարարողն աշխատելու է. 1. Ավել արտաժամյա ժամեր մեկ ամսում, քան նա սովորաբար աշխատում է: 2. Ինձ համար ավելի քան **40** ժամ աշխատանքային շաբաթում, եթե իմ առավելագույն շաբաթական ժամերը կազմում են **40** ժամ կամ պակաս աշխատանքային շաբաթում: • Եթե ես հաստատված բացառություն չստանամ, իմ մատակարարողը խախտում կունենա իմ առավելագույն շաբաթական ժամերից ավել աշխատելու համար: • Ես **երբեք** չեմ կարող թույլատրել իմ մատակարարողին աշխատել իմ ընդհանուր ամսական հաստատված ծառայություն ժամերից ավել: Հետևաբար, երբ ես թույլ եմ տալիս իմ մատակարարողին աշխատել լրացուցիչ ժամեր մեկ շաբաթում, ես պետք է ասեմ մատակարարողին, որ նա պակաս ժամեր աշխատի ամսվա մյուս շաբաթվա(ների) ընթացքում: • Եթե իմ մատակարարողն աշխատում է մեկ այլ ստացողի համար, ապա աշխատանքային շաբաթում նրա հայցված առավելագույն ժամաքանակը միասնաբար բոլոր ստացողների համար նրա աշխատած ժամանակի համար պետք է կազմի 66 ժամ: Ես **պետք է իմ մատակարարողի համար ժամանակացույց կազմեմ՝ որոշելու համար, թե քանի ժամ է նա աշխատելու ինձ համար ամեն շաբաթ, որպեսզի համոզվեմ, որ նա չի աշխատում շաբաթական 66 ժամից**	ប្រចាំខែរបស់ខ្ញុំ នឹងត្រូវបានចែកជា 4 ដើម្បីកំណត់ពីម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍របស់ខ្ញុំ។ • ម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍គឺជាគោលការណ៍ណែនាំប្រាប់ខ្ញុំពីចំនួនម៉ោងច្រើនបំផុតរបស់អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំដែលអាចផ្តល់សេវាឱ្យខ្ញុំ បានក្នុងសប្តាហ៍ បំពេញការងារ។ ប៉ុន្តែដោយសារ ខែខ្លះ មានលើសពី 4 សប្តាហ៍ បន្ទាប ខ្ញុំនឹងធ្វើការជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំផ្ទាល់ក្នុងការបែងចែកម៉ោងការងារពេញមួយខែ ដើម្បីធានា ថា ខ្ញុំ ទទួលបានម៉ោងសេវាទាំងអស់ដែលខ្ញុំត្រូវការក្នុងមួយខែពេញ។ • ជួនកាល ខ្ញុំចង់ឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា ផ្តល់សេវាដល់ខ្ញុំលើសពីម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍របស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំត្រូវតែស្នើសុំការអនុម័តពីខោនធីក្នុងការកែតម្រូវម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍ តែក្នុងលក្ខខណ្ឌដែលការផ្លាស់ប្តូរតម្រូវឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំធ្វើការ៖ 1. ម៉ោងបន្ថែមច្រើនម៉ោងក្នុងមួយខែលើសពីគាត់/នាងធ្វើការតាមធម្មតា។ 2. ច្រើនជាង 40 ម៉ោងសម្រាប់ខ្ញុំក្នុងសប្តាហ៍ធ្វើការ ប្រសិនបើម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍ មានចំនួន 40 ម៉ោង ឬតិចជាងនេះ ក្នុងមួយ សប្តាហ៍។ • ប្រសិនបើខ្ញុំមិនទទួលបានការការលើកលែងដែលមានការយល់ព្រមទេ អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំនឹងមានការរំលោភបំពានចំពោះការបំពេញការងាររលើសពីម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍របស់ខ្ញុំ។ • ខ្ញុំមិនមានសិទ្ធិឱ្យអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ បំពេញការងារឱ្យ ខ្ញុំលើសពីម៉ោងសេវាប្រចាំខែសរុបដែលមានការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំបានទេ។ ដូច្នេះ នៅពេលដែលខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវា ធ្វើការ បន្ថែមម៉ោងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ខ្ញុំត្រូវតែឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាធ្វើការតិចម៉ោងក្នុងសប្តាហ៍ណាមួយក្នុងខែនោះ វិញ។ • ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំធ្វើការឱ្យអ្នកទទួលសេវាផ្សេងទៀតដែរចំនួនម៉ោងអតិបរមាដែលបុគ្គលនោះអាចទាមទារបានក្នុងមួយ សប្តាហ៍សម្រាប់ម៉ោង	ساعات ساعاتی ساعات از 4 (آنها) باید مجوز فقط مستلزم باشد 2. 40 نمیتوانم کل وقتی به

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
		schedule for my provider(s). In order to make the schedule, my provider must tell me how many hours he/she is available to work for me each workweek. If my provider cannot work all of my authorized hours, I will need to hire additional provider(s). **If I need help finding and hiring another provider(s), I can call my county IHSS Public Authority to obtain a provider from the registry or my county IHSS office.** • The county will send me a notice each time my provider gets a violation. If my provider gets three violations, he/she will be suspended from providing IHSS for three months. If he/she gets another violation after being reinstated from the three-month suspension, he/she will be terminated as a provider for one year.	**laboral.** Yo recibiré una “Notificación para el beneficiario, Máximo de horas autorizadas por semana” (SOC 2271A) la cual incluirá información acerca de mi máximo de horas por semana para que yo la pueda usar para preparar el horario de trabajo para mi proveedor(es). Para preparar el horario, mi proveedor me tiene que decir cuántas horas está disponible para trabajar para mí cada semana laboral. Si mi proveedor no puede trabajar todas mis horas autorizadas, yo necesitaré contratar a un proveedor(es) adicional. **Si necesito ayuda para encontrar y contratar a otro proveedor(es), yo puedo llamar a la Autoridad Pública de IHSS del Condado para obtener un proveedor del registro o puedo llamar a la Oficina de IHSS del Condado.** • El Condado me enviará una notificación cada vez que mi proveedor reciba una infracción. Si mi proveedor recibe tres infracciones, se le suspenderá de proporcionar IHSS durante tres meses. Si recibe otra infracción después de regresar de la suspensión de tres meses, será suspendido de ser proveedor durante un año.		**ավել:** Ես կստանամ Ծանուցում ստացողին առավելագույն շաբաթական ժամերի վերաբերյալ (SOC 2271A), որը տեղեկություններ կպարունակի իմ առավելագույն շաբաթական ժամերի մասին, որպեսզի ես օգտվեմ դրանից իմ մատակարարող(ներ)ի համար աշխատանքային գրաֆիկ ստեղծելիս: Աշխատանքային գրաֆիկը կազմելու համար իմ մատակարարողը պետք է ինձ ասի, թե նա որքան ժամ է կարող աշխատել ինձ համար յուրաքանչյուր աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում: Եթե իմ մատակարարողը չի կարող աշխատել իմ բոլոր հաստատված ժամերը, ապա ես պետք է լրացուցիչ մատակարարող(ներ) գտնեմ: **Եթե ես օգնության կարիք ունեմ մեկ այլ մատակարարող(ներ) գտնելու ու աշխատանքի ընդունելու հարցում, ես կարող եմ զանգահարել իմ վարչաշրջանի IHSS Հանրային իշխանություն՝ մատակարարողների տեղեկատուն ստանալու համար, կամ իմ վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ:** • Վարչաշրջանն ինձ ծանուցում կուղարկի ամեն անգամ, երբ իմ մատակարարողը խախտում է ունենում: Եթե իմ մատակարարողն ունենա երեք խախտում, նա երեք ամսով կզրկվի IHSS տրամադրելու իրավունքից: Եթե երեք ամսվա հեռացումից վերադառնալուց հետո նա կրկին խախտում ստանա, ապա նա մեկ տարով կհեռացվի մատակարարողի աշխատանքից:	ទាំងអស់ដែលបុគ្គលនោះបំពេញការងារ គឺសរុបបញ្ចូលគ្នា 66 ម៉ោង តែប៉ុណ្ណោះ។ **ខ្ញុំត្រូវរៀបចំកាលវិភាគសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំដើម្បីកំណត់ពីចំនួនម៉ោងដែលបុគ្គលនោះនឹងត្រូវធ្វើការឱ្យខ្ញុំក្នុងសប្តាហ៍នីមួយៗដើម្បីធានាថាបុគ្គលនោះនឹងមិនធ្វើការលើសពី 66 ម៉ោងឡើយក្នុងមួយសប្តាហ៍។** ខ្ញុំនឹងទទួលបានការជូនដំណឹងរបស់អ្នកទទួលសេវាស្តីពីម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍ (SOC 2271A) ដែលមានរួមបញ្ចូលទាំងព័ត៌មានស្តីពី ម៉ោងអតិបរមាប្រចាំសប្តាហ៍របស់ខ្ញុំ ដែលខ្ញុំអាចប្រើវាដើម្បីរៀបចំកាលវិភាគការងារសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំ។ ដើម្បីរៀបចំកាលវិភាគការងារបានអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់ខ្ញុំពីចំនួនម៉ោងដែលបុគ្គលនោះអាចធ្វើការឱ្យខ្ញុំបានក្នុងមួយសប្តាហ៍ៗ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវាបស់ខ្ញុំមិនអាចធ្វើការតាមម៉ោងអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំបានទេ ខ្ញុំនឹងត្រូវជួល អ្នកផ្តល់សេវាបន្ថែមម្នាក់ទៀត។ **ប្រសិនបើខ្ញុំត្រូវការជំនួយក្នុងការស្វែងរកជួល អ្នកផ្តល់សេវាថែមម្នាក់ទៀត ខ្ញុំអាចទូរស័ព្ទទៅខោនធី អាជ្ញាធរសាធារណៈ កម្មវិធី IHSS ដើម្បីទទួលបានអ្នកផ្តល់សេវាពីបញ្ជីឈ្មោះ ឬការិយាល័យ កម្មវិធី IHSS ខោនធីរបស់ខ្ញុំបាន។** • ខោនធីនឹងផ្ញើសេចក្តីជូនដំណឹងមកខ្ញុំគ្រប់ពេលដែលអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំមានការរំលោភបំពានណាមួយ។ ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់សេវារបស់ខ្ញុំទទួលបាននូវការរំលោភបំពានចំនួនបីដង បុគ្គលនោះនឹងត្រូវបានព្យួរការងារពីការផ្តល់សេវារយៈពេល បីខែ។ ប្រសិនបើបុគ្គលនោះមានការរំលោភបំពានបន្ថែមមួយទៀត បន្ទាប់ពីបានទទួលនូវការបញ្ជាក់ពីការរំលោភបំពានក្នុងរយៈពេលការព្យួរការងារបីខែនេះ បុគ្គលនោះនឹងត្រូវបញ្ចប់ការងារជាអ្នកផ្តល់សេវារយៈពេលមួយឆ្នាំ។	ساعت کار کند، باید های) مترى • دهنده کار داکتر که او یک برای کار و 6 ساعت **باید** **کاری** **دهنده** **کنم تا** **شود که** **چند** **من** **کرد تا** **که** **66** **هفته** من. دهنده در داکتر گی 2 خواهم حامل داکتر گی تا بتوانم ایجاد ری خود) م. به ظیم من بگوید هفته ت من باید (های) **اگر** **و** **یا** **دهای** **کمک** **پاشم،** **اداره** **عمومی** **تماس** **از اداره** **IHS** **کنم** • به من تخلف کند، به من کند. دهنده خلف کند، به

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
							ماه از مات IHS خواهد سورتی دوره ماهه گری کند، به سال از مات حروم) ند

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
	Checkbox	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this form as the Recipient's Authorized Representative.	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como Representante autorizado del beneficiario.	通過選中此框，我聲明我正在作為受看護人的授權代表審查並批准此表格。	Նշելով այս վանդակը՝ ես հայտարարում եմ, որ վերանայում և հաստատում եմ այս ձևը՝ որպես Ստացողի լիազորված ներկայացուցիչ:	ដោយគូសកំនួសក្តងប្រអប់ នេះ ខ្ញុំ កំពុងថ្លែងថា ខ្ញុំកំពុងពិនិត្យសាឡើងវិញ និងយល់ព្រមថា ឯកសារ នេះ សំរាប់អ្នកដែលបានអនុញ្ញាតឲ្យ តំណាងអ្នកទទួល។	کردن این لام می کنم م را به اینده مجاز رسی و تایید
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求。	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:	ខ្ញុំ យល់ និង យល់ ព្រម ធ្វើ តាម តម្រូវ ការ ទាំងអស់ ដែល បាន រាយ ក្តងឯកសារ នេះ	ه شدم و ه تمامی موجود در ا رعایت کنم
	Error Message (#26)	Recipient/Authorized Representative agreement is required.	El acuerdo de beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要受看護人/授權代表同意。	Ստացողի/Լիազոր ներկայացուցչի համաձայնությունը պարտադիր է:	កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួលជំនួយ/អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវ បានទាមទារ។	یافت کننده یا جازش لازم
	Field Name	Printed Name	Nombre escrito con letra de molde	書寫名字	ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ՝	ឈ្មោះជាអក្សរបោះពុម្ព	شده
	Error Message (#23)	Recipient/Authorized Representative Printed Name is required.	El nombre impreso del beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要填寫受看護人/授權代表的正楷姓名。	Ստացողի/Լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը/ազգանունը պարտադիր է:	ឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ/តំណាងដែលមានការ អនុញ្ញាតដែលសរសេរជា អក្សរពុម្ព ត្រូវបាន ទាមទារ ។	دریافت کننده مجازش لازم
	Field Name	Date	Fecha	日期	ԱՄՍԱԹԻՎ	កាលបរិច្ឆេទ	
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/
	Error Message (#25)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវតែស្ថិតក្តងទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	افقتنامه باید MM/DD/
	Error Message (#26)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិច្ចព្រមព្រៀង ត្រូវបានទាមទារ ។	فق لازم
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ	ទៅមុខ	
	Button	Back	Atrás	後退	Նախորդ	ត្រឡប់ មក វិញ	
	Button	Save	Guardar	救	Պահպանել	រក្សាទុក	
	Button	Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք	ដាក់ស្នើ	

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 450

CI
CI-823976 - DSD TRAN SOC 450 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean
	Screen Title	**VOLUNTARY SERVICES CERTIFICATION (SOC 450)**	**CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS VOLUNTARIOS (SOC 450)**	**自願服務證明 (SOC 450)**	**Կամավոր ծառայութիւններու վկայական (SOC 450)**	**លិខិតបញ្ជាក់សេវាស្ម័គ្រចិត្ត (SOC 450)**	**(SOC 450) گواهی خدمات داوطلبانه**	**자원 봉사 증명서 (SOC 450)**
	Sub-section Title	**Voluntary Services Certification**	**Certificación de servicios voluntarios**	**自願服務證明**	**Կամավոր ծառայութիւններու վկայական**	**លិខិតបញ្ជាក់សេវាកម្មស្ម័គ្រចិត្ត**	**گواهینامه خدمات داوطلبانه**	**자원봉사 인증**
	Field	Recipient Name	Nombre del Beneficiario	提供者姓名	Ստացողի Անուն	ឈ្មោះអ្នកទទួលសេវា	نام دریافتکننده	수혜자 이름
	Field	Recipient Case Number	Número del Caso del Beneficiario	提供者案件號碼	Ստացողի գործի համար	លេខសំណុំរឿងរបស់អ្នកទទួលសេវា	شماره پرونده (دوسیه) دریافتکننده	수혜자 케이스 번호
	Field	County	Condado	郡	Մարզ	ខោនធី	کانتی	카운티
	Field	Provider Name*	Nombre del Proveedor*	領取者姓名*	Ծառայութիւն տրամադրողի Անուն*	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា*	نام ارائهدهنده*	서비스 제공자 이름*
	Error Message (#76)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ចូលអក្សរដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ឬតួអក្សរពិសេសទៅក្នុងសំណៅនេះបានទេ ។	شما نمی توانید حروف غیر انگلیسی یا نویسه‌های خاص را در این فرم وارد کنید.	영어가 아닌 문자나 특수 문자는 이 양식에 입력할 수 없습니다.
	Error Message (#63)	Provider Name is required.	El nombre del proveedor es obligatorio.	看护人姓名必需。	Մատակարարի անունը և ազգանունը պարտադիր են:	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវបានទាមទារ ។	نام مراقبتگر لازم است.	서비스 제공자 이름은 필수입니다.
	Field	Provider Telephone Number*	Número de Teléfono del Proveedor*	提供者電話號碼*	Ծառայութիւն տրամադրողի հեռաձայնի թիւ*	លេខទូរស័ព្ទអ្នកផ្តល់សេវា*	شماره تلفن ارائهدهنده*	서비스 제공자 전화번호*
	Error Message (#67)	Provider Telephone Number must be 10 numeric characters.	El número de teléfono del proveedor debe tener 10 caracteres numéricos.	看护人電話號碼必須是 10 個數字字符。	Մատակարարի հեռախոսահամարը պետք է պարունակի 10 թվային նիշ:	លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវតែជាតួអក្សរ ១០ លេខ ។	شماره تلفن مراقبتگر باید ده رقم عددی باشد.	서비스 제공자 전화번호는 10자리여야 합니다.
	Error Message (#64)	Provider Telephone Number is required.	Se requiere el número de teléfono del proveedor.	看护人电话号码必需。	Մատակարարի հեռախոսահամարը պարտադիր է:	លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវបានទាមទារ ។	شماره تلفن مراقبتگر لازم است.	서비스 제공자의 전화번호는 필수입니다.
	Field	Provider Social Security Number	Número de Seguro Social del Proveedor	提供者社會安全號碼	Տրամադրողի սոցիալական ապահովագրութեան թիւ	លេខសម្គាល់សន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកផ្តល់សេវា	شماره تامین اجتماعی ارائهدهنده	서비스 제공자 사회보장번호
	Tip/Dynamic Text	FOR IDENTIFICATION PURPOSES ONLY (AUTHORITY: WELFARE & INSTITUTIONS CODE SECTION 12302.2)	PARA PROPÓSITOS DE IDENTIFICACIÓN SOLAMENTE (AUTORIDAD: SECCIÓN 12302.2 DEL CÓDIGO DE BIENESTAR PÚBLICO E INSTITUCIONES)	僅供識別(官方:福利和機構法規12302.2)	ՄԻԱՅՆ ՆՈՅՆԱՑՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ (ՀԻՄՔ: ԲԱՐՕՐՈՒԹԻՒՆ ԵՎ ՀԻՄՆԱՐԿՆԵՐ ԿՈԴ ԲԱԺԻՆ12302.2)	សម្រាប់ការកំណត់អត្តសញ្ញាណតែប៉ុណ្ណោះ (អាជ្ញាធរ៖ កូដ ផ្នែកសុខុមាលភាព & ស្ថាប័ន 12302.2)	صرفاً به منظور شناسایی (مرجع: قانون رفاه و موسسات بخش 12302.2)	신원 확인 목적으로만 사용 (근거 조항: 복지 및 공공시설법 12302.2 절)
	Error Message (#79)	Provider Social Security Number must be in a valid XXX-XX-XXXX format.	El número de seguro social del proveedor debe estar en un formato válido XXX-XX-XXXX.	看护人電話號碼必須是XXX-XX-XXXX 格式。	Մատակարարի սոցիալական ապահովության համարը պետք է լինի հետևյալ XXX-XX-XXXX ֆորմատով:	លេខ social security អ្នកថែរក្សារ ត្រូវតែដាក់ត្រឹមត្រូវតាមលក្ខណៈ XXX-XX-XXXX។	شماره امنیت اجتماعی مراقبتگر باید در قالب معتبر XXX-XX-XXXX باشد	서비스 제공자 사회 보장 번호는 유효한 XXX-XX-XXXX 형식이어야 합니다.
	Field	Provider Street Address*	Dirección del Proveedor*	提供者地址*	Ծառայութիւն տրամադրողի հասցէ*	អាសយដ្ឋានផ្លូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវា*	نشانی ارائهدهنده*	서비스 제공자 주소*
	Error Message (#65)	Provider Street Address is required.	Se requiere la dirección del proveedor.	看护人的街道地址必需。	Մատակարարի փողոցի հասցեն պարտադիր է:	អាសយដ្ឋាន លេខផ្លូវរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវបានទាមទារ ។	آدرس خیابان مراقبتگر لازم است.	서비스 제공자 주소(Street Address)는 필수입니다.
	Field	City*	Ciudad*	市*	Քաղաք*	ក្រុង*	شهر*	도시*
	Error Message (#66)	Provider City is required.	Se requiere la ciudad del proveedor.	看护人城市必需。	Մատակարարի քաղաքը պարտադիր է:	ទីក្រុងរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវបានទាមទារ ។	شهر مراقبتگر لازم است.	서비스 제공자 도시는 필수입니다.

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean
	Field	Zip Code*	Código Postal*	郵區號碼*	Փոստային կոդ*	ហ្ស៊ីប កូដ*	زیپ کد*	우편번호*
	Error Message (#78)	Zip Code must be five numeric digits long.	El código postal debe tener cinco dígitos numéricos.	郵編必須為五位數字。	Փոստային կոդը պետք է բաղկացած լինի հինգ թվանշանից:	លេខហ្ស៊ីបកូដ ត្រូវតែជាលេខ ៥ ខ្ទង់វែង។	کد پستی باید پنج رقم عددی باشد.	우편번호는 5 자리 숫자여야 합니다.
	Error Message (#68)	Provider Zip Code is required.	Se requiere el código postal del proveedor.	看护人邮编必需。	Մատակարարի փոստային ինդեքսը պարտադիր է	លេខហ្ស៊ីបកូដ របស់អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវបានទាមទារ ។	کد پستی مراقبتگر لازم است.	서비스 제공자 우편 번호가 필요합니다.
*When X=1, field name has * required field indicator*	Field	Services to be provided #<X>	Servicios Que Se Van A Proporcionar #<X>	將提供的服務 #<X>	Ծառայություններ Մատուցվելու #<X>	សេវាកម្មដែលត្រូវ ផ្តល់ជូន #<X>	خدماتی که #<X> قرار است ارائه شود	제공할 서비스 #<X>
	Field	Days and/or hours per month services are to be provided #<X>	Días Y/u Horas Por Mes Que Los Servicios Se Van A Proporcionar #<X>	每月將提供服務的日子和/小時 #<X>	Ամենամյա Ապահովման Ենթակածառայությունների Օրերը Եվ/կամ Ժամերը #<X>	ចំនួនថ្ងៃ និង/ឬ ម៉ោងក្នុងមួយខែ ដែលសេវាត្រូវ ផ្តល់ជូន #<X>	روزها و / یا #<X> ساعت هایی در هر ماه که قرار است خدمات ارائه شود	제공할 서비스 월별 일수 및/또는 시간 #<X>
	Error Message (#69)	Services to be provided is required.	Se requieren los servicios que se proporcionarán.	提供的服務必需。	Մատուցվող ծառայություններ նշելը պարտադիր է:	ត្រូវការសេវា ដែលត្រូវ ផ្តល់ ឲ្យ ។	خدماتی که باید ارائه شود لازم است.	제공되는 서비스 정보가 필요합니다.
	Error Message (#70)	Days and/or Hours per month is required.	Se requieren días y/u horas por mes.	每月的天數和/或小時數必需。	Ամսական օրերի և/կամ ժամերի քանակը պարտադիր է:	អ្នកមិនអាចបញ្ជូលអក្សរដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ឬ តួអក្សរពិសេសទៅក្នុងសំណៅនេះបានទេ ។	روزها و/یا ساعتها در هر ماه الزامی است	매월 날짜와 시간이 필요합니다.
	Sub Section Title	**RECIPIENT AGREEMENT**	**ACUERDO DEL BENEFICIARIO**	**領取者同意書**	**Ստացողի Պայմանագիր**	**កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួល**	**توافقنامه گیرنده**	**수혜자 계약**
	Checkbox	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this form as the Recipient's Authorized Representative.	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como Representante autorizado del beneficiario.	通過選中此框，我聲明我正在作為受看護人的授權代表審查並批准此表格	Նշելով այս վանդակը՝ ես հայտարարում եմ, որ վերանայում և հաստատում եմ այս ձևը՝ որպես Ստացողի լիազորված ներկայացուցիչ:	ដោយគូសគំនូសក្នុង ប្រអប់ នេះ ខ្ញុំ កំពុង ថ្លែងថា ខ្ញុំកំពុង ពិនិត្យសាឡើងវិញ និង យល់ព្រមថា ឯកសារ នេះ សំរាប់អ្នកដែល បានអនុញ្ញាតឲ្យ តំណាងអ្នក ទទួល។	با چک کردن این جعبه، اعلام می کنم که این فرم را به عنوان نماینده مجاز گیرنده بررسی و تایید می کنم.	이 확인란을 선택함으로써 본인은 수혜자의 권한 있는 대리인으로서 이 양식을 검토하고 승인함을 선언합니다.
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求。	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:	ខ្ញុំ យល់ និង យល់ព្រម ធ្វើ តាមតម្រូវ ការ ទាំងអស់ ដែល បានរាយ ក្នុង ឯកសារ នេះ	من متوجه شدم و موافقم که تمامی الزامات موجود در این فرم را رعایت کنم	본인은 이 양식에 나열된 모든 요구 사항을 이해하고 이에 동의합니다.
	Error Message (#75)	Recipient/Authorized Representative agreement is required.	El acuerdo de beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要受看護人/授權代表同意。	Ստացողի/Լիազոր ներկայացուցչի համաձայնությունը պարտադիր է:	កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួលជំនួយ/អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវបានទាមទារ។	توافق دریافت کننده یا نماینده مجازش لازم است.	수혜자/권한을 위임받은 대리인의동의가 필요합니다.
	Field Name	Printed Name*	Nombre escrito con letra de molde*	書寫名字*	ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ՝*	ឈ្មោះជាអក្សរ ជោះពុម្ព*	نام با حروف بزرگ*	정자체 이름*
	Error Message (#71)	Recipient/Authorized Representative Printed Name is required.	El nombre impreso del beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要填寫受看護人/授權代表的正楷姓名。	Ստացողի/Լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը/ազգանունը պարտադիր է:	ឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ/តំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតដែលសរសេរជាអក្សរ ពុម្ព ត្រូវបានទាមទារ ។	نام چاپ شده دریافت کننده یا نماینده مجازش لازم است.	수혜자/권한을 위임받은 대리인 정자체 이름이 필요합니다.
	Field Name	Date*	Fecha*	日期*	ԱՄՍԱԹԻՎ՝*	កាលបរិច្ឆេទ*	تاریخ*	날짜*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYYY	MM/DD/YYYYY	MM/DD/YYYY
	Error Message (#74)	Agreement Date must be in	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវតែស្ថិតក្នុង	تاریخ موافقتنامه باید به شکل	계약 날짜는 MM/DD/YYYY

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean
		MM/DD/YYYY format.		MM/DD/YYYY 格式。		ទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	MM/DD/YYYY باشد.	형식이어야 합니다.
	Error Message (#73)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវបានទាមទារ។	تاریخ توافق لازم است.	계약 날짜는 필수입니다.
	Sub Section Title	**PROVIDER AGREEMENT**	**ACUERDO DEL PROVEEDOR**	**看護人協議**	**Մատակարարի Համաձայնագիր**	**កិច្ច ព្រម ព្រៀងអ្នកថែរក្សារ**	**توافقنامه ارائه دهنده**	**서비스 제공자 계약**
	Checkbox	I agree to provide the above listed services voluntarily. I know that I have the right to be compensated but choose not to accept any payment, or reduced payment for the provision of these services	Estoy de acuerdo en proporcionar voluntariamente los servicios anotados arriba. Yo sé que tengo el derecho a ser compensado, pero elijo no aceptar ningún pago, ni un pago reducido por la provisión de estos servicios.	我同意提供上面列出的自願服務.我明白我有權利得到補償,但選擇不接受任何款項,或提供這些服務而減低了的款項.	Ես համաձայն եմ ապահովել վերոնշյալ ծառայությունները կամավոր կերպով: Ես գիտեմ, որ ես իրավունք ունիմ վարձատրություն ստանալու, բայց կը նախընտրիմ չընդունել որեւէ վճարում կամ սահմանափակ վճար աս ծառայություններու իրականացման համար:	ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សេវាដែលបានរៀបរាប់ខាងលើដោយស្ម័គ្រចិត្ត។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំមានសិទ្ធិទទួលបានថ្លៃសេវា ប៉ុន្តែខ្ញុំជ្រើសរើសមិនទទួលយកការបង់ថ្លៃសេវាកម្ម ឬកាត់បន្ថយការបង់ថ្លៃសេវាចំពោះការផ្តល់សេវានេះទេ	من با ارائه داوطلبانه خدمات قید شده در بالا موافقم. من میدانم که در رابطه با ارائه این (دوسیه) خدمات حق دارم دستمزد دریافت کنم، اما انتخاب میکنم که هیچ گونه مبلغی، یا مبلغی همراه با تخفیف دریافت نکنم	본인은 상기 서비스를 자발적으로 제공하는 데 동의합니다. 본인은 보수를 받을 권리가 있음을 알고 있으나 무보수로 혹은 더 낮은 보수를 받고 서비스를 제공하기로 선택합니다.
	Error Message (#77)	Provider agreement is required.	Se requiere un acuerdo con el proveedor.	看護人協議必須。	Մատակարարի համաձայնագիրը պարտադիր է:	កិច្ចព្រមព្រៀងរបស់អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានទាមទារ។	توافقنامه مراقبتگر لازم است.	서비스 제공자의 동의가 필요합니다.
	Field Name	Printed Name*	Nombre escrito con letra de molde*	書寫名字*	ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ*	ឈ្មោះដោយអក្សរបោះពុម្ព*	نام با حروف بزرگ*	정자체 이름*
	Error Message (#72)	Provider Printed Name is required.	Se requiere el nombre impreso del proveedor.	看護人正楷姓名必需。	Մատակարարի տպագիր անունը և ազգանունը պարտադիր են:	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាដែលសរសេរដោយអក្សរពុម្ព ត្រូវបានទាមទារ ។	نام چاپ شده مراقبتگر لازم است.	서비스 제공자의 정자체 이름이 필요합니다.
	Field Name	Date*	Fecha*	日期*	ԱՄՍԱԹԻՎ*	កាលបរិច្ឆេទ*	تاریخ*	날짜*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYYY	MM/DD/YYYYY	MM/DD/YYYY
	Error Message (#74)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវតែស្ថិតក្នុងទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	تاریخ موافقتنامه باید به شکل MM/DD/YYYY باشد.	계약 날짜는 MM/DD/YYYY 형식이어야 합니다.
	Error Message (#73)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវបានទាមទារ។	تاریخ توافق لازم است.	계약 날짜는 필수입니다.
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ	ទៅមុខ	بعدی	다음
	Button	Back	Atrás	後退	Նախորդ	ត្រឡប់ មក វិញ	بازگشت	뒤로
	Button	Save	Guardar	救	Պահպանել	រក្សាទុក	ذخیره	저장
	Button	Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք	ដាក់ស្នើ	ارسال	제출

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 825

CI
CI-823968 - DSD TRAN SOC 825 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	[illegible]
	Screen Title	**PROTECTIVE SUPERVISION 24-HOURS-A-DAY COVERAGE PLAN (SOC 825)**	**SUPERVISIÓN PROTECTORA PLAN DE COBERTURA LAS 24 HORAS AL DÍA (SOC 825)**	**保護監督24小時全天保障計畫 (SOC 825)**	**ՕՐԸ-24-ԺԱՄ ՊԱՇՏՊԱՆՈՂԱԿԱՆ ՎԵՐԱՀՍԿՈՒՄ ԱՊԱՀՈՎՈՂ ԾՐԱԳԻՐ (SOC 825)**	**ការត្រួតពិនិត្យបង្ការ គម្រោងរ៉ាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ (SOC 825)**	**نظارت حفاظتی طرح پوشش 24 ساعته (SOC 825)**	**보호 시간 획 (**
	Sub-Section Title	**Instructions**	**Instrucciones**	**指示**	**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ**	**ការណែនាំ**	**دستورالعمل**	**지침**
	Static Text	The IHSS Protective Supervision 24-Hours-A-Day Coverage Plan (SOC 825) is an optional form for County use. The SOC 825 is intended to ensure that recipients who need Protective Supervision have the 24-hours of care needed for their health and safety 24 hours a day. The recipient's social service worker and the IHSS care provider(s), whether a family member, friend, or no relation at all, should discuss together a plan or schedule of 24 hours a day of coverage for the recipient. NAME OF IHSS RECIPIENT: Enter the full name of the IHSS recipient. RECIPIENT'S TELEPHONE NUMBER: Enter the contact telephone number for the recipient. ADDRESS OF IHSS RECIPIENT: Enter the recipient's home address where the majority of the 24-hours-a-day coverage will be performed. NAME OF PRIMARY CONTACT RESPONSIBLE: Enter the name of the person with primary responsibility for coordinating the recipient's 24-Hours-A-Day Coverage Plan. PRIMARY CONTACT'S TELEPHONE NUMBER: Enter the telephone number for the primary contact responsible. RELATIONSHIP TO RECIPIENT: Enter	El "Plan de cobertura las 24 horas al día, Supervisión protectora (SOC 825)" de IHSS es un formulario opcional para el uso del condado. La intención del formulario SOC 825 es asegurar que los beneficiarios que necesitan supervisión protectora, tengan cuidado las 24 horas que se necesita para su salud y seguridad las 24 horas al día. El trabajador social del beneficiario y el proveedor de cuidado de IHSS, ya sea un miembro de la familia, amigo, o una persona que no tenga ningún parentesco, deben discutir juntos un plan u horario para que el beneficiario tenga cobertura las 24 horas al día. NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS): Anote el nombre completo del beneficiario de IHSS. NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO: Anote el número de teléfono para comunicarse con el beneficiario. DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO DE IHSS: Anote la dirección del hogar del beneficiario donde se llevará a cabo la mayoría de la cobertura las 24 horas al día. NOMBRE DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE: Anote el nombre de la persona de contacto con la responsabilidad principal de coordinar el plan de cobertura las 24 horas al día. PARENTESCO/RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO: Anote el parentesco/relación de la persona de contacto principal con el beneficiario, (es decir, miembro de la familia, proveedor de cuidado de IHSS, amistad, etc.). NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (1), (2), (3), Y SU NÚMERO DE TELÉFONO: Anote el nombre de cada proveedor de cuidado responsable por el cuidado del	IHSS保護監督24小時全天保障計畫(SOC825) 是一份供縣級部門填寫的選填表格。SOC825 的目的是保證那些需要保護監督的接受者得到24小時全天照料, 以確保其全天24小時健康和安全。接受者的社工和IHSS 護理人員--無論是家屬、朋友還是毫無關係--應當共同商議,為接受者制訂一份全天24小時的保障計畫或時間安排。 IHSS接受者姓名:填寫IHSS接受者的全名。 接受者電話號碼:填寫接受者的聯絡電話。 IHSS接受者住址:填寫進行24小時全天保障的主要家庭住址。 主要聯絡人姓名:填寫對接受者的24小時全天保障計畫進行協調的主要負責人的姓名。 主要聯絡人電話號碼:填寫主要聯絡人的電話號碼。 與接受者的關係:填寫主要聯絡人與接受者的關係(如家屬、IHSS護理人員、朋友等)。 護理人員姓名(1)、(2)、(3),以及聯絡電話:填寫在24小時全天保障中為接受者提供護理的每位護理人員的姓名。填寫每位護理人員的電話號碼。 如果負責這位接受者的護理人員超過三(3)名,可以添加一頁紙,在上面列出護理人員的	IHSS ՕՐԸ-24-ԺԱՄ ՊԱՇՏՊԱՆՈՂԱԿԱՆ ՎԵՐԱՀՍԿՈՒՄ ԱՊԱՀՈՎՈՂ ԾՐԱԳԻՐԸ (SOC 825) մարզի օգնագործման համար կըլլար եւ պարտադիր չէ: SOC 825 նախատեսված է ապահովելու, որ Ստացողները ովքեր պաշտպանական վերահսկման կարիք ունեն ստանան 24-ժամ շարունակ խնամք, որը անհրաժեշտ է իրենց առողջութեան եւ ապահովութեան համար 24 ժամ շարունակ: Ծառայութիւնը ստացողի սոցիալական աշխատակիցը եւ IHSS խնամակալը, որը ընտանիքի որեւէ անդամ, ընկեր, կամ ընդհանրապես բարեկամական կապ չունեցող մեկը կ՚ըլլար, պետք է միասին կազմեն պլան կամ կազմեն օրակարգ օրվա 24 ժամ զբաղվածութեամբ: IHSS ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆ: Մուտքագրեք IHSS ստացողին լրիվ անունը: ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԵՌԱԶԱՅՆԸ: Մուտքագրեք ստացողին հեռաձայնին թիւը: IHSS ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԱՍՑԷ: Մուտքագրեք ստացողի տան հասցէն, որտեղ 24 ժամյա ծրագրի մեծ մասը իրականացուելու է: ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ: Մուտքագրեք այն մարդու անունը, ով անմիջապես պատասխանատու է ստացողի օրը-24-ժամ ապահովման պլանին կոորդինացման համար: ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒԻ ՀԵՌԱԶԱՅՆԸ: Մուտքագրեք հիմնական պատասխանատուի հեռաձայնը: ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԵՏ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹՅՈՒՆԸ: Մուտքագրեք ստացողի եւ հիմնական պատասխանատուի միջեւ հարաբերութիւնը. (օր. ընտանիքի անդամ, IHSS խնամատար, ընկեր, եւ այլք): ԽՆԱՄԱՏԱՐ(ՆԵՐ)Ի (1) (2) (3) ԱՆՈՒՆԸ ԵՒ ՀԵՌԱԶԱՅՆ(ՆԵՐ)Ը: Մուտքագրեք ստացողի 24-ժամ օրեկան խնաքի համար պատասխանատու իւրաքանչիւր խնամատարի անուն(ներ)ը: Մուտքագրեք իւրաքանչիւր խնամատարին հեռաձայնի թիւը: Եթէ 3-էն ավել խնամատարներ են պատասխանատու այս ստացողի համար, ատեն կրնաք կցել լրացուցիչ էջ անուն(ներ)ով եւ հեռաձայնի թիւ(եր)ով: **Նկարագրել ՕՐԸ-24-ԺԱՄ ՊԱՇՏՊԱՆԱԿԱՆ ՎԵՐԱՀՍԿՈՂՈՒԹԻՒՆ ԱՊԱՀՈՎՈՂ ԾՐԱԳԻՐԸ:** Մուտքագրեք պլանավորած օրակարգը, կամ պլանի բացատրութիւնը, որի մեջ վերոնշյալ խնամատար(ներ)ը	គម្រោងរ៉ាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ នៃការត្រួតពិនិត្យបង្ការ IHSS (SOC 825) គឺជាទម្រង់ជម្រើសមួយសម្រាប់ខោនធីប្រើប្រាស់។ SOC 825 សម្រាប់ធានាថាអ្នកទទួលដែលត្រូវការការត្រួតពិនិត្យបង្ការ មានការថែទាំ 24 ម៉ោងដែលចាំបាច់ សម្រាប់សុខភាព និងសុវត្ថិភាពរបស់ពួកគេរយៈពេល 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ។ បុគ្គលិកសេវាសង្គមរបស់អ្នកទទួល និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ IHSS មួយឬច្រើន ទោះជាសមាជិកគ្រួសារ មិត្តភក្តិ ឬមិនមានទំនាក់ទំនងទាល់តែសោះ គួរតែពិភាក្សារួមគ្នានូវគម្រោងមួយ ឬកាលវិភាគ 24 ម៉ោង/ថ្ងៃនៃការគ្របដណ្តប់សម្រាប់អ្នកទទួលនេះ។ ឈ្មោះអ្នកទទួល IHSS ៖ បញ្ចូលឈ្មោះពេញរបស់អ្នកទទួល IHSS ។ លេខទូរសព្ទរបស់អ្នកទទួល៖ បញ្ចូលលេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកទទួល។ អាសយដ្ឋានអ្នកទទួល៖ បញ្ចូលអាសយដ្ឋានផ្ទះរបស់អ្នកទទួលដែលនឹងត្រូវធ្វើការរ៉ាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ។ ឈ្មោះអ្នកទំនាក់ទំនងបឋមដែលទទួលខុសត្រូវ៖ បញ្ចូលឈ្មោះបុគ្គលដែលមានទំនួលខុសត្រូវបឋមសម្រាប់ការសម្រប សម្រួលគម្រោងរ៉ាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ។ លេខទូរសព្ទអ្នកទំនាក់ទំនងបឋម៖ បញ្ចូលលេខទូរសព្ទរបស់អ្នកទំនាក់ទំនងបឋមដែលទទួលខុសត្រូវ។ ទំនាក់ទំនងសាច់ញាតិនឹងអ្នកទទួល៖ បញ្ចូលទំនាក់ទំនងសាច់ញាតិរបស់អ្នកទំនាក់ទំនងបឋមរបស់អ្នកទទួល (ដូចជាសមាជិកគ្រួសារ អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ IHSS មិត្តភក្តិ។ល។)។	طرح پوشش 24 ساعته نظارت حفاظتی IHSS (SOC 825) فرم) یک فرم اختیاری برای استفاده کاونتی است. هدف از فرم SOC 825 حصول اطمینان از این است که دریافتکنندگانی که نیاز به نظارت محافظتی دارند، مراقبتهای 24 ساعته مورد نیاز برای سلامت و ایمنی خود را در 24 ساعت شبانه روز دریافت کنند. مددکار خدمات اجتماعی و ارائهدهنده مراقبت به IHSS دریافتکننده، خواه یکی از اعضای خانواده یا یک دوست باشد، یا اصلاً هیچ رابطهای با یکدیگر نداشته باشند، باید درباره طرح یا برنامه پوشش 24 ساعته برای دریافتکننده با هم گفتگو کنند. نام دریافتکننده IHSS: نام کامل دریافتکننده IHSS را وارد کنید. شماره تلفن دریافتکننده: شماره تلفن دریافتکننده را وارد کنید. نشانی (آدرس) دریافتکننده IHSS: نشانی (آدرس) منزل دریافتکننده که اکثر پوشش 24 ساعته در آنجا ارائه میشود را وارد کنید. نام مسئول تماس اولیه: نام شخصی که مسئولیت اصلی هماهنگی برنامه پوشش 24 ساعته دریافتکننده را بر عهده دارد، وارد کنید. شماره تلفن مسئول تماس اصلی: شماره تلفن مسئول تماس اصلی را وارد کنید. رابطه با دریافتکننده: رابطه مسئول تماس اصلی به عنوان مثال، عضو خانواده، ارائه دهنده مراقبت دوست و IHSS، یا (غیره) دریافتکننده را وارد کنید.	IHS 독 2 장 825 에서 선택 식을 SO 보호 필요 가 간 과 요한 돌봄 받을 록 위한 다. 사회 IHS 비스 가족 는 아니 위한 보장 는 께 합니 IHS 이름 혜자 기자 수혜 호: 전화 재활 IHS 주소 보장 대부 될 자택 기자 주요 당자 혜자 간 조정 주요 이름 니다 주요 당자 호: 담당 번호 니다 수혜 계: 주요 당자 기자 족 IHS 비스 친구 돌봄 제공 (2), 및 가 일을

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	I
		the relationship of the primary contact to the recipient, (i.e., family member, IHSS care provider, friend, etc.). NAME OF CARE PROVIDER(S) (1), (2), (3), and CONTACT TELEPHONE NUMBER(S): Enter the name(s) of each care provider responsible for the recipient's care during the 24 hours a day of coverage. Enter a contact telephone number for each care provider. If more than three (3) care providers are responsible for this recipient, an additional sheet of paper can be attached with name(s) and contact telephone number(s). **Describe the implementation of the Protective Supervision 24-Hours-A-Day Coverage Plan:** Enter the planned schedule, or explanation of the plan in which the above provider(s) will ensure the recipient is cared for the entire 24-hour period. An additional sheet of paper can be attached if more space is needed to describe the 24-Hours-A-Day Coverage Plan. SIGNATURE OF PRIMARY CONTACT RESPONSIBLE and DATE: Once the 24-Hours-A-Day Coverage Plan is developed, the primary contact responsible will sign and date the form when the Plan is discussed with the social worker authorizing the need for Protective Supervision. SIGNATURE OF IHSS SOCIAL WORKER and CONTACT TELEPHONE NUMBER: When the 24-Hours-A-Day Coverage Plan is discussed and signed and dated by the primary contact,	beneficiario durante las 24 horas horas de cobertura. Anote el número de teléfono para comunicarse con cada proveedor. Si hay más de tres (3) proveedores de cuidado responsables de este beneficiario, se puede adjuntar una hoja adicional con los nombres y números de teléfono para comunicarse con ellos. **Describa la implementación del plan de cobertura para supervisión protectora las 24 horas al día:** Anote el horario planeado, o explicación del plan en el cual el proveedor (o proveedores) mencionado anteriormente se asegurará de que el beneficiario tiene cuidado durante todo el período de las 24 horas. Se puede adjuntar una hoja adicional si se necesita más espacio para describir el plan de cobertura las 24 horas al día. FIRMA DE LA PERSONA DE CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE y FECHA: Una vez que se haya desarrollado el plan de cobertura para las 24 horas al día, la persona de contacto principal firmará y pondrá la fecha en el formulario cuando el plan se haya discutido con el trabajador social autorizando la supervisión protectora. FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL DE IHSS y SU NÚMERO DE TELÉFONO: Cuando se hay discutido un plan de cobertura para las 24 horas al día y que la persona contacto principal haya firmado y puesto la fecha, el trabajador social del condado firmará el formulario y anotará su número de teléfono para comunicarse con dicho trabajador. Una copia del formulario se le proporcionará a la persona de contacto principal y el documento original se mantendrá en el expediente del caso con el condado.	姓名和聯絡電話。 **描 述保 護監督 24小 時全天保 障計畫的執 行方 案:** 填寫制訂好的時間表,或對計畫進行解釋,說明上述護理人員如何保證接受者得到24小時不間斷的護理。如需更多空間來描述24小時全天保障計畫,可以添加一頁紙。 主要聯絡人簽名及日期:制訂好24小時全天保障計畫以後,應當與批准保護監督需求的社工對計畫加以討論,然後由主要聯絡人在表上簽字并注明日期。 IHSS 社工簽名及聯絡電話:經過對 24小時全天保障計畫進行討論,並由主要聯絡人簽名和注明日期后,縣裡的社工將在表格上簽字并注明自己的聯絡電話。 應為主要聯絡人提供一份表格的副本,將其留存在縣級部門的個案檔案中。	կիսաստատեն, որ Ստացողը ստացել է խնամք ողջ 24 ժամվա ընթացքում: Եթէ ավելի շատ տեղ է անհրաժեշտ Օրը-24-Ժամ Ընդգրկուն Պլանը նկարագրելու համար, ապա կարելի է կցել լրացուցիչ էջ: ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՒ ԱՄՍԱԹԻՎԸ: Պլանը կազելուց յետոյ հիմնական պատասխանատուն պէտք է ստորագրի եւ նշի ամսաթիւը, այն բանէն հետո, երբ Պլանը քննարկվի սոցիալական աշխատողի հետ, որը կհավաստի, որ պաշտպանական վերահսկումը անհրաժեշտ է: IHSS ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԱՇԽԱՏԱԿՑԻ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՒ ՀԵՌԱԶԱՅՆԸ: Երբ ՕՐԸ-24-ԺԱՄ ՊԱՇՏՊԱՆԱԿԱՆ ՎԵՐԱՀՍԿՈՂՈՒԹԻՒՆԱՊԱՀՈՎՈՂ ԾՐԱԳԻՐ քննարկված է, ստորագրված եւ ամսաթիվը տրված է հիմնական կոնտակտի հետ, համայնքային սոցիալական աշխատողը պէտք է ստորագրի ձեւը եւ ավելացնի իրենց հեռաձայնին թիւը: Ձեւի կրկնօրինակը պետք է ապահովվի հիմնական պատասխանատուի կողմեն եւ պահպանվի մարզի գործերի թղթապանակում:	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ(នានា) (1), (2), (3) និងលេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនង៖ បញ្ចូលឈ្មោះ(នានា)របស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំម្នាក់ៗដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះការថែទាំរបស់អ្នកទទួលនៅអំឡុងពេលវាស់រង៉ង់ថែទា 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ។ បញ្ចូលលេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំម្នាក់ៗ។ ប្រសិនបើមានអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំលើសពីបី (3) ដែលទទួលខុសត្រូវចំពោះអ្នកទទួលនេះ អ្នកអាចសរសេរឈ្មោះនិងលេខទូរសព្ទអ្នកទំនាក់ទំនងនៅលើសន្លឹកក្រដាសបន្ថែម។ **ពណ៌នាការអនុវត្តគម្រោងវាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃនៃការត្រួតពិនិត្យបង្ការ៖** បញ្ចូលកាលវិភាគដែលបានគ្រោងទុក ឬការពន្យល់អំពីគម្រោងនេះ ដែលអ្នកផ្តល់សេវា(នានា)ខាងលើនឹងធានាថាអ្នកទទួលត្រូវបានថែទាំសម្រាប់រយៈពេលពេញ 24 ម៉ោង។ អាចភ្ជាប់សន្លឹកក្រដាសបន្ថែម ប្រសិនបើត្រូវការចន្លោះបន្ថែមដើម្បីពណ៌នាអំពីគម្រោងវាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ។ ហត្ថលេខាអ្នកទំនាក់ទំនងបឋមដែលទទួលខុសត្រូវ៖ នៅពេលគម្រោងវាប់រងរយៈពេល 24 ម៉ោង/ថ្ងៃត្រូវបានបង្កើតឡើង អ្នកទំនាក់ទំនងបឋមដែលទទួលខុសត្រូវនឹងចុះហត្ថលេខានិងកាលបរិច្ឆេទលើទម្រង់បែបបទនេះ នៅពេលគម្រោងនេះត្រូវបានពិភាក្សាជាមួយបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចដែលអនុញ្ញាតចំពោះតម្រូវការឲ្យមានការត្រួតពិនិត្យបង្ការ។ ហត្ថលេខារបស់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច IHSS និងលេខទូរសព្ទទំនាក់ទំនង៖ នៅពេលគម្រោងវាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ ត្រូវបានពិភាក្សា ចុះហត្ថលេខា និងចុះកាលបរិច្ឆេទដោយអ្នកទំនាក់ទំនងបឋម នោះបុគ្គលិកសង្គមកិច្ចខោនធីនឹងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ និងថែមលេខ	نام ارائه دهنده(های) مراقبت (1)، (2)، (3)، و شماره تلفن(های) تماس: نام(های) هر ارائه دهنده مراقبت که مسئول مراقبت از دریافتکننده در طول 24 ساعت شبانه روز است را وارد کنید. یک شماره تلفن تماس برای هر ارائهدهنده خدمات مراقبتی وارد کنید. اگر بیش از سه (3) ارائه دهنده خدمات مراقبتی مسئول رسیدگی به این دریافتکننده هستند، میتوان یک برگه کاغذ اضافی با نام(ها) و شماره تلفن(های) تماس ضمیمه کرد. **اجرای طرح پوشش 24 ساعته نظارت حفاظتی را شرح دهید:** برنامه تدوینشده یا شرح طرحی که در آن ارائه دهنده(های) فوق اطمینان حاصل میکنند که در تمام دوره 24 ساعته از دریافتکننده مراقبت میشود را وارد کنید. در صورت نیاز به جای بیشتر برای شرح دادن طر (توضیح) ح پوشش 24 ساعته، میتوانید یک برگه کاغذ اضافه کنید. امضای مسئول تماس اصلی و تاریخ: هنگامی که طرح پوشش 24 ساعته تهیه شد، مسئول تماس اصلی پس از گفتگو درباره طرح با مددکار اجتماعی که مجوز نیاز به نظارت حفاظتی را تایید میکند، فرم را امضا کرده و تاریخ میزند. امضای مددکار اجتماعی و IHSS شماره تلفن: زمانی که طرح پوشش 24 ساعته توسط مسئول تماس اصلی مورد بحث قرار گرفت و امضا و تاریخ گذاری شد، مددکار خدمات اجتماعی کانتی فرم را امضا میکند و شماره تلفن تماس خود را اضافه میکند. یک کپی از فرم باید به مسئول تماس اصلی ارائه شود و در پرونده کانتی (دوسیه) نگهداری شود.	동안 돌봄 는 경 비스 의 0 재합 돌봄 제공 번호 니다 돌봄 제공 상이 담당 서비 의 0 화번 한 경 를 경 있습 **24시 감독 행 보 성합** 상기 제공 자이 간 내 을 제 위하 일정 획이 명을 다. 제 장 기 명하 추가 경우 지를 수 있 주요 당자 및 보 간 보 이 기 주요 당자 감독 승인 복지 에 대 과정 에 시 날짜 니다 IHSS 지시 전화 시간 획이 의를 요 정 자가 날짜 면, 제 회복 식이 전화 가합 양식 주요 당자 되며 케이 보관

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	I
		the county social service worker will sign the form and add their contact telephone number. A copy of the form is to be provided to the primary contact and retained in the County case file.				ទូរសព្ទទំនាក់ទំនងរបស់ពួកគេ ទម្រង់បែបបទមួយច្បាប់នឹងត្រូវផ្តល់ជូនទៅអ្នកទំនាក់ទំនងបឋម និងរក្សាទុកនៅក្នុងឯកសារករណីរបស់ខោនធី។		
	Sub Section Title	**Coverage Plan**	**Plan de cobertura**	**保险计划**	**Ծածկույթի պլան**	**គំរោងសេចក្តីរាយការ**	**طرح پوشش**	**보장**
	Field Name	NAME OF IHSS RECIPIENT:	NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS):	IHSS接受者姓名:	IHSS ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆԸ	ឈ្មោះអ្នកទទួល IHSS៖	نام IHSS: دریافت‌کننده	IHS 이름
	Field Name	RECIPIENT'S TELEPHONE #:	NÚMERO DE TELÉFONO DEL BENEFICIARIO:	接受者電話號碼:	ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԵՌԱԶԱՅՆԻ ԹԻՎԸ	លេខទូរសព្ទអ្នកទទួល៖	شماره تلفن IHSS: دریافت‌کننده	수혜 호:
	Error Message (#253)	Telephone Number must be 10 numeric characters.	El número de teléfono debe tener 10 caracteres numéricos.	電話號碼必須是 10 個數字字符。	Հեռախոսահամարը պետք է պարունակի 10 թվային նիշեր:	លេខទូរស័ព្ទ ក្រូវមាន ១០តួ។	شماره تلفن باید 10 نویسه عددی باشد.	전호 10자 합니
	Field Name	ADDRESS OF IHSS RECIPIENT:	DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO DE IHSS:	IHSS接受者住址:	IHSS ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԱՍՑԵ	អាសយដ្ឋានអ្នកទទួល IHSS៖	نشانی (آدرس) IHSS: دریافت‌کننده	IHS 주소
	Field Name	NAME OF PRIMARY	NOMBRE DE LA PERSONA DE	主要連絡人姓名:*	ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒԻ ԱՆՈՒՆԸ *	ឈ្មោះអ្នកទំនាក់ទំនងបឋមដែលទទួលខុសត្រូវ៖*	نام مسئول تماس اصلی:*	주요 담지

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	K
		CONTACT RESPONSIBLE:*	CONTACTO PRINCIPAL RESPONSABLE:*					
	Error Message (#27)	Name of Primary Contact Responsible is required.	Se requiere el nombre del Contacto principal responsable.	主要負責的聯繫人的姓名必需。	Հիմնական կոնտակտային պատասխանատու անձի անունը պարտադիր է:	ត្រូវការឈ្មោះអ្នកដែលអាចទទួលខុសត្រូវ ទី១ ក្នុងការទាក់ទងទៅ។	نام مسئول اصلی تماس لازم است.	연락 전화
	Error Message (#59)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ចូលអក្សរដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ឬ តួអក្សរពិសេសទៅក្នុងសំណៅនេះបានទេ ។	شما نمی‌توانید حروف غیرانگلیسی یا نویسه‌های خاص را در این فرم وارد کنید.	영어 문자 문자 식이 수 입
	Field Name	CONTACT'S TELEPHONE #:	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA PERSONA DE CONTACTO:	聯絡人電話號碼:	ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՈՒ.	លេខទូរសព្ទអ្នកទំនាក់ទំនង៖	شماره تلفن مسئول تماس:	연락 전화
	Error Message (#54)	Contact's Telephone Number must be 10 numeric characters.	El número de teléfono del contacto debe tener 10 caracteres numéricos.	聯繫人的電話號碼必須是 10 個數字字符。	Կոնտակտային հեռախոսահամարը պետք է պարունակի 10 թվային նիշ:	លេខទូរស័ព្ទ អ្នកដែលអាចទាក់ទងទៅ ត្រូវមាន ១០តួ។	شماره تلفن تماس باید ده رقم عددی باشد	연락 번호 리야 다.
	Error Message (#55)	Contact's Telephone Number is required.	Se requiere el número de teléfono del contacto.	联系人的电话号码必需。	Կոնտակտային հեռախոսահամարը պարտադիր է:	ត្រូវការលេខទូរស័ព្ទអ្នកដែលអាចទាក់ទងទៅ។	شماره تلفن تماس لازم است.	연락 번호 리야 다.
	Field Name	RELATIONSHIP TO RECIPIENT:*	PARENTESCO/RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO:*	與接受者的關係:*	ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԵՏ ՀԱՐԱԲԵՐՈՒԹԻՒՆԸ	ទំនាក់ទំនងសាច់ញាតិនឹងអ្នកទទួល៖*	رابطه با دریافت‌کننده:*	수혜자:*
	Error Message (#125)	Relationship to Recipient is required.	Se requiere relación con el beneficiario.	與受看护人的關係是必需的。	Ստացողի հետ կապը պարտադիր է:	ត្រូវការទំនាក់ទំនងទៅកាន់អ្នកទទួល។	رابطه مسئول اصلی تماس با دریافت کننده لازم است.	수혜자 계가 다.
	Static Text	As the primary contact for arranging the 24-hour-a-day coverage plan for the above named Recipient, I acknowledge my understanding of the following: • A 24-hour-a-day coverage plan has been arranged and is in place. • The continuous 24-hour-a-day coverage plan can be met regardless of paid In-Home Supportive Service (IHSS) hours along with various alternate resources (i.e.; Adult or Child Day Care Centers, community resource centers, Senior Centers, respite centers, etc.) The 24-hour-a-day coverage plan will be provided at all times. • If there is any change to the 24-hour-a-day coverage plan (i.e. hospitalization, attendance in day-care programs, travel, etc.) I will	Como la persona de contacto principal para los arreglos relacionados con el plan de cobertura las 24 horas al día para el beneficiario mencionado anteriormente, confirmo mi entendimiento de lo siguiente: • Se han hecho arreglos y se ha establecido un plan de cobertura las 24 horas al día. • Los requisitos de un plan de cobertura continua las 24 horas al día se pueden cumplir usando cualquier combinación de horas pagadas por los Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) y varios otros recursos alternativos (es decir, centros de cuidado para adultos o niños durante el día, centros de recursos comunitarios, centros para ancianos, centros para descanso temporal, etc.). • Los requisitos de un plan de cobertura las 24 horas al día se cumplirán en todo momento. • Si hay algún cambio al plan de cobertura las 24 horas al día (es decir, hospitalización, participación en programas de cuidado durante el día, viajes, etc.), inmediatamente **le notificaré al trabajador social de IHSS.**	作為為上述接受者安排24小時全天保障計畫的主要聯絡人,我確認我明白下列事項: • 全天24小時保障計畫已經制定完畢。 • 無論每天有多少小時的居家支援服務(IHSS),通過利用其他各種服務(如針對成年人或兒童的日間看護中心、社區資源中心、老年人中心、父母面臨巨大壓力時提供臨時兒童託管的中心等),24小時全天保障計畫是可以實現的。 • 24小時全天保障計畫是全天候的。 • 如果24小時全天保障計畫有任何變動(如住院、參加日間看護計畫、外出旅行等),我	Որպէս վերը նշուած անձին 24 ժամեայ ապահովման ծրագրի կարգադրող անձ, կը հասկնամ եւ կ՚ըմբռնիմ հետեւեալը՝ • Օրը-24-ժամ ծրագիրը կարգադրուած է: • Շարունակական օրը-24-ժամ ապահովման պլանը կրնաք ունենալ անկախ այն փաստէն, թէ անձը վճարովի IHSS ժամերը եւ այլ օգնութիւններ կը ստանայ թէ ոչ (օր. Մեծահասակների կամ երեխաների ամբողջօրյա խամքի կենտրոններ, համայնքային ռեսուրս կենտրոններ, մեծահասակներու կենտրոններ, ժամանակավոր կացութեան կենտրոններ, եւ այլն) • Օրը-24-ժամ վերահսկման ծրագիրը իրականացուելու է անընդհատ: • Եթէ ինչ-որ փոփոխութիւն ըլլայ օրը-24-ժամ վերահսկման ծրագրին մեջ (օր. հիվանդանոցային պարագային, օրուայ խնամքի ծրագրերու մասնակցիլ կամ երթեւեկ եւ այլք) ես անմիջապես **կը տեղեկացնեմ IHSS սոցիալական աշխատողին:** • Վերոնշյալ Ստացողը հաստատապես կարիք ունի օրը-24-ժամ պաշտպանական վերահսկման եթէ նա պէտք է մնա տանը: IHSS սոցիալական աշխատողը ինձ հետ քննարկել է նաեւ տնէն-դուրս խնամքի հնարավորութիւններու մասին որպես օրը-24-ժամ պաշտպանողական վերահսկում ապահովող ծրագրի փոխարինող:	ក្នុងនាមជាអ្នកទំនាក់ទំនងបឋមដែលរៀបចំគម្រោងរ៉ាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ សម្រាប់អ្នកទទួលដែលមានឈ្មោះខាងលើ ខ្ញុំទទួលស្គាល់ការយល់យើញរបស់ខ្ញុំអំពីចំណុចខាងក្រោម៖ • គម្រោងរ៉ាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃត្រូវបានរៀបចំឡើង និងស្ថិតនៅនឹងកន្លែង។ គម្រោងរ៉ាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ ជាបន្តបន្ទាប់អាចត្រូវបានបំពេញតាមដោយមិនពាក់ព័ន្ធនឹងម៉ោងសេវាគាំទ្រតាមផ្ទះ (IHSS) រួមជាមួយធនធានផ្សេងៗ (ឧទា. មណ្ឌលថែទាំពេលថ្ងៃសម្រាប់មនុស្សធំ ឬកុមារ មណ្ឌលធនធានសហគមន៍ មណ្ឌលមនុស្សចាស់ មណ្ឌលញ្ញរទោស។ ល។) • គម្រោងរ៉ាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនគ្រប់ពេល។ • ប្រសិនបើមានគម្រោងរ៉ាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃណាមួយ (ដូចជាការធ្វើបដិសណ្ឋារកិច្ច ការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីថែទាំពេលថ្ងៃ ការធ្វើដំណើរ។ល។) ខ្ញុំនឹងជូនដំណឹង**ដល់បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច IHSS ភ្លាម។**	من به عنوان مسئول تماس اصلی دریافت‌کننده برای هماهنگی طرح پوشش 24 ساعته، تایید میکنم که موارد زیر را درک میکنم: ● طرح پوشش 24 ساعته هماهنگ شده و در حال اجرا است. طرح پوشش مستمر 24 ساعته را میتوان بدون توجه به ساعات قابل پرداخت خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS) همراه با منابع مختلف جایگزین (مانند مراکز مراقبت روزانه از بزرگسالان یا کودکان، مراکز منابع اجتماعی، مراکز سالمندان، مراکز استراحت موقت و غیره) برآورده کرد. ● طرح پوشش 24 ساعته در هر زمانی ارائه خواهد شد. ● اگر تغییری (مانند بستری شدن در بیمارستان (شفاخانه)، حضور در برنامه های مراقبت روزانه، مسافرت و غیره) در طرح پوشش 24 ساعته ایجاد شود، فوراً به **مددکار اجتماعی IHSS اطلاع خواهم داد.**	본인 명시 를 간 수립 연락 서 다 을 확인 ● 24 계획 어 시 니다 인 24 장 가 료 I 지원 시간 게 다 체 하 성인 동 다 센터 티 하 터, 위탁 터) 수 있 ● 24 계획 제공 ● 24 계획 사항 경우 이커 램 경 등) 복지 시 활 습니 ● 상 수혜 에서 지니 24시 감독

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	I
		immediately **notify the IHSS social worker.** • The above name Recipient has an established need for 24-hour-a-day Protective Supervision if he/she is to remain safely in the home. The IHSS social worker has also discussed with me the appropriateness of out-of-home care as an alternative to 24-hour-a-day Protective Supervision.	• El beneficiario mencionado anteriormente tiene una necesidad establecida para supervisión protectora las 24 horas al día para poder quedarse en su hogar de una manera segura. El trabajador social de IHSS también me ha hablado acerca de lo apropiado que es el cuidado fuera del hogar como alternativa a la supervisión protectora las 24 horas al día.	將立刻**通知IHSS社工。** • 為了保證上述接受者安全地留在家中,24小時全天候保護監督是必不可少的,這一點已經明確。IHSS社工也已經和我討論過能否用其他離家看護服務來代替24小時全天保護監督。		• អ្នកទទួលដែលមានឈ្មោះខាងលើមានតម្រូវការដែលបានបង្កើតឡើងសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យបង្ការរយៈពេល 24 ម៉ោង/ថ្ងៃ ប្រសិនបើគាត់ត្រូវស្ថិតនៅក្នុងផ្ទះដោយសុវត្ថិភាព។ បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច IHSS ក៏បានពិភាក្សាជាមួយខ្ញុំផងដែរអំពីភាពសមស្របនៃការថែទាំក្រៅផ្ទះដែលជាជម្រើសមួយចំពោះការត្រួតពិនិត្យបង្ការរយៈពេល 24 ម៉ោង។	• اگر دریافتکنندهای که در بالا نام برده شده است بخواهد به نحوی ایمن در خانه بماند، نیاز به نظارت حفاظتی 24 ساعته دارد. مددکار اجتماعی در مورد IHSS مناسب بودن مراقبت خارج از منزل به عنوان جایگزینی برای نظارت حفاظتی 24 ساعته نیز با من گفتگو کرده است.	니다 IHS 지시 간 보 의 다 자원 양 시 한 능 쳤습
	Field Name	NAME OF CARE PROVIDER (1): *	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (1):*	護理人員姓名 (1): *	(1) Խնամատարի Անունը. *	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ (1)*	نام ارائهدهنده مراقبت (1):*	돌볼 제공 름:*
	Error Message (#28)	Name of Care Provider (1) is required.	Se requiere el nombre del proveedor de cuidado (1).	護理人员 (1) 的姓名為必填項。	Խնամք տրամադրող մատակարարի անունը (1) պարտադիր է:	ត្រូវការឈ្មោះអ្នកថែរក្សារ ទី1។	نام مراقبتگر (1) لازم است.	서비 의 이 필요
	Field Name	CONTACT PHONE #:	NÚMERO DE TELÉFONO:	聯絡電話:	Հեռաձայնին թիւը	លេខទូរស័ព្ទទំនាក់ទំនង៖	شماره تلفن مسئول تماس:	전화
	Error Message (#54)	Contact's Telephone Number is required.	Se requiere el número de teléfono del contacto.	联系人的电话号码必需。	Կոնտակտային հեռախոսահամարը պարտադիր է:	ត្រូវការលេខទូរស័ព្ទអ្នកដែលអាចទាក់ទងទៅ។	شماره تلفن تماس لازم است.	연락 번호 니다
	Error Message (#55)	Contact's Telephone Number must be 10 numeric characters.	El número de teléfono del contacto debe tener 10 caracteres numéricos.	聯繫人的電話號碼必須是10 個數字字符。	Կոնտակտային հեռախոսահամարը պետք է պարունակի 10 թվային նիշ:	លេខទូរស័ព្ទ អ្នកដែលអាចទាក់ទងទៅ ត្រូវមាន ១០តួ។	شماره تلفن تماس باید ده رقم عددی باشد	연락 번호 리야 다.
	Field Name	NAME OF CARE PROVIDER (2):	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (2):	護理人員姓名 (2):	(2) Խնամատարի Անունը.	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ (2)៖	نام ارائهدهنده مراقبت (2):	돌볼 제공 름:
	Error Message (#29)	Name of Care Provider (2) is required.	Se requiere el nombre del proveedor de cuidado (2).	護理人员 (2) 的姓名為必填項。	Խնամք տրամադրող մատակարարի անունը (2) պարտադիր է:	ត្រូវការឈ្មោះអ្នកថែរក្សារ ទី2។	نام مراقبتگر (2) لازم است.	서비 의 이 필요

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	K
	Field Name	NAME OF CARE PROVIDER (3):	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADO (3):	護理人員姓名 (3):	(3) Խնամատարի Անունը.	ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំ (3)៖	نام ارائهدهنده مراقبت (3):	돌봄 제공 름:
	Error Message (#53)	Name of Care Provider (3) is required.	Se requiere el nombre del proveedor de cuidado (3).	護理人员 (3) 的姓名為必填項。	Խնամք տրամադրող մատակարարի անունը (3) պարտադիր է:	ត្រូវការឈ្មោះអ្នកថែរក្សារ ទី3។	نام مراقبتگر(3) لازم است.	서비 의 이 필요
	Field Name	Describe the implementation of the Protective Supervision 24-Hour-A-Day Coverage Plan:*	Describa la implementación del plan de cobertura las 24 horas al día para supervisión protectora:*	描述保護監督24小時全天保障計畫的執行方案:	Նկարագրեք Օրը-24-Ժամ Պաշտպանական վերահսկում ապահովող ծրագիրը	ពណ៌នាការអនុវត្តគម្រោងរ៉ាប់រង 24 ម៉ោង/ថ្ងៃនៃការត្រួតពិនិត្យបង្ការ៖	اجرای طرح پوشش 24 ساعته نظارت حفاظتی را شرح دهید:*	24시 감독 행 방 성하 오.*
	Error Message (#61)	This is a required field.	Esta es una sección obligatoria	这是必填項。	Սա լրացնելու համար պարտադիր դաշտ է:	នេះគឺជាកន្លែងដែលត្រូវការបំពេញ។	این یک جای خالی الزامی است.	이것 필드
	Checkbox	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this form as the Recipient's Authorized Representative.	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como Representante autorizado del beneficiario.	通過選中此框，我聲明我正在作為受看護人的授權代表審查並批准此表格。	Նշելով այս վանդակը՝ ես հայտարարում եմ, որ վերանայում և հաստատում եմ այս ձևը՝ որպես Ստացողի լիազորված ներկայացուցիչ:	ដោយគូសគំនូសក្នុង ប្រអប់ នេះ ខ្ញុំ កំពុង ថ្លែងថា ខ្ញុំ កំពុង ពិនិត្យសាឡើងវិញ និង យល់ព្រមថា ឯកសារ នេះ សំរាប់អ្នកដែលបានអនុញ្ញាតឲ្យ តំណាងអ្នកទទួល។	با چک کردن این جعبه، اعلام می کنم که این فرم را به عنوان نماینده مجاز گیرنده بررسی و تایید می کنم.	이 체 선택 본인 의 그 대리 이 양 토하 을 확 다.
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求。	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:	ខ្ញុំ យល់ និង យល់ព្រម ធ្វើ តាម តម្រូវការ ទាំង អស់ ដែលបាន រាយ ក្នុង ឯកសារ នេះ	من متوجه شدم و موافقم که تمامی الزامات موجود در این فرم را رعایت کنم	본인 식에 모든 항을 이해 다.
	Error Message (#58)	Recipient/Authorized Representative agreement is required.	El acuerdo de beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要受看護人/授權代表同意。	Ստացողի/Լիազոր ներկայացուցչի համաձայնությունը պարտադիր է:	កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួលជំនួយ/អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវបានទាមទារ។	موافقتنامه دریافتکننده / نماینده مجاز الزامی است.	수혜 대리 필요
	Field Name	Recipient/Authorized Representative Printed Name:*	Nombre impreso del beneficiario/representante autorizado:*	受看護人/授權代表正楷姓名	Ստացողի/լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը/ազգանունը	ឈ្មោះជាអក្សរបោះពុម្ព អ្នកទទួល/អ្នកដែលបានអនុញ្ញាតឲ្យ តំណាង។ *	نام چاپی گیرنده/نماینده مجاز:*	수혜 위임 인 ? 름:*
	Error Message (#56)	Recipient/Authorized Representative Printed Name is required.	El nombre impreso del beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要填寫受看護人/授權代表的正楷姓名。	Ստացողի/Լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը/ազգանունը պարտադիր է:	ត្រូវការសរសេរឈ្មោះនៃអ្នកទទួល/អ្នកដែលបានអនុញ្ញាតឲ្យ។	نام نوشتاری دریافتکننده / نماینده مجاز الزامی است.	수혜 위임 인 ? 름이 다.
	Field Name	Date:*	Fecha:*	日期	ԱՄՍԱԹԻՎ	កាលបរិច្ឆេទ៖	تاریخ:	날짜
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM
	Error Message (#57)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវតែស្ថិតក្នុងទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	تاریخ موافقتنامه باید به شکل MM/DD/YYYY باشد.	계약 MM 형식 니다

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	K
	Error Message (#110)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិច្ចព្រមព្រៀង ត្រូវបានទាមទារ ។	تاریخ موافقتنامه الزامی است.	계약 필수
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求。	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:	ខ្ញុំ យល់ និង យល់ព្រម ធ្វើ តាម តម្រូវការ ទាំង អស់ ដែលបាន រាយ ក្នុង ឯកសារ នេះ	من متوجه شدم و موافقم که تمامی الزامات موجود در این فرم را رعایت کنم	본인 식아 모든 항을 이아 다.
	Error Message (#60)	Primary Contact agreement is required.	Se requiere el acuerdo del contacto principal.	主要聯繫人協議必須。	Կոնտակտային անձի հաստատումը պարտադիր է:	ត្រូវការកិច្ចព្រមព្រៀងនៃអ្នកដែលអាចទាក់ទងទៅ។	تاریخ موافقتنامه باید به شکل MM/DD/YYYY باشد.	기본 자치 필요
	Field Name	Primary Contact Printed Name:*	Nombre impreso del contacto principal:*	主要聯繫人正楷姓名：*	Գլխավոր կոնտակտային անձի տպագիր անունը և ազգանունը *	ឈ្មោះអ្នកដែលអាចទាក់ទងទៅទី១ ៖*	نام مسئول اصلی تماس:*	기본 정자
	Error Message (#62)	Primary Contact Printed Name is required.	Se requiere el nombre impreso del contacto principal.	主要聯繫人正楷姓名必需。	Գլխավոր կոնտակտային անձի տպագիր անունը և ազգանունը պարտադիր է:	ត្រូវការសរសេរឈ្មោះនៃអ្នកទី១ដែលអាចទាក់ទងទៅ។	نام چاپ شده فرد اصلی تماس لازم است	기본 자치 필요
	Field Name	Date:*	Fecha:*	日期	ԱՄՍԱԹԻՎ	កាលបរិច្ឆេទ៖	تاریخ:*	날짜
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM
	Error Message (#57)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវតែស្ថិតក្នុងទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	تاریخ موافقتنامه باید به شکل MM/DD/YYYY باشد.	계약 MM 형식 니다
	Error Message (#110)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិច្ចព្រមព្រៀង ត្រូវបានទាមទារ ។	تاریخ موافقتنامه الزامی است.	계약 필수
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ	ទៅមុខ	بعدی	다음
	Button	Back	Atrás	後退	Նախորդ	ត្រឡប់ មក វិញ	بازگشت	뒤로
	Button	Save	Guardar	救	Պահպանել	រក្សាទុក	ذخیره	저장
	Button	Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք	ដាក់ស្នើ	ارسال	제출

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 838

CI
CI-823969 - DSD TRAN SOC 838 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean	
	Screen Title	**RECIPIENT REQUEST FOR ASSIGNMENT OF AUTHORIZED HOURS TO PROVIDERS (SOC 838)**	**PETICIÓN DEL BENEFICIARIO PARA LA ASIGNACIÓN DE HORAS AUTORIZADAS PARA PROVEEDORES (SOC 838)**	**領取者要求指派已特許的 服務時數給提供者 (SOC 838)**	**ՍՏԱՑՈՂԻ ԴԻՄՈՒՄ՝ ՏՐԱՄԱԴՐՈՂՆԵՐԻՆ ԱՐՏՈՆՎԱԾ ԺԱՄԵՐ ՀԱՏԿԱՑՆԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ (SOC 838)**	**សំណើរបស់អ្នកទទួលសេវា ក្នុងការចាត់តាំងចំនួនម៉ោងដែលមានការអនុញ្ញាតដល់អ្នកផ្តល់សេវា(SOC 838)**	**(SOC 838) برای تعیینساعات مجاز برای ارائه دهندگان**	**수혜자의 서비스 제공자에대한 승인 시간 지정 요청 (SOC 838)**	**ЗАПРО ПОЛУ УСЛУГ ВЫДЕ ОПРЕ КОЛИ ЧАСО ПОСТ (SOC**
	Sub-Section Title	**Assignment of Authorized Hours**	**Asignación de horas autorizadas**	**授權時間的分配**	**Լիազորված ժամերի նշանակում**	**ការប្រគល់ម៉ោងដែលបានអនុញ្ញាតឲ្យ**	**تخصیص ساعات مجاز**	**승인된 시간 할당**	**Назна одобр**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean	
	Static Text	IHSS RECIPIENT CASE NUMBER	NÚMERO DE CASO DEL BENEFICIARIO DE IHSS	IHSS領取者案件號碼	IHSS ՍՏԱՑՈՂԻ ԳՈՐԾԻ ԹԻՎ	លេខសំណុំរឿងអ្នកទទួលសេវាកម្មវិធី IHSS៖	شماره پرونده دریافتکننده IHSS:	IHSS 수혜자 케이스 번호	Номер получа IHSS
	Field Name	RECIPIENT NAME	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	領取者姓名	ՍՏԱՑՈՂԻ ԱՆՈՒՆ	ឈ្មោះអ្នកអ្នកទទួលសេវា	نام دریافتکننده	수혜자 이름	Имя по
	Field Name	FIRST	PRIMER NOMBRE	名	ԱՆՈՒՆ	នামខ្លួន	نام	이름	Имя
	Field Name	MIDDLE	NOMBRE DE EN MEDIO	中間名	ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ	នামកណ្តាល	نام میانی	중간 이름	средне
		LAST	APELLIDO	姓	ԱԶԳԱՆՈՒՆ	នាមត្រកូល	نام خانوادگی	성	фамил
	Field Name	PROVIDER NAME	NOMBRE DEL PROVEEDOR	提供者姓名	ՏՐԱՄԱԴՐՈՂԻ ԱՆՈՒՆ	ឈ្មោះអ្នកទទួលសេវា	نام ارائهدهنده	서비스 제공자 이름	Имя по
	Field Name	FIRST:*	PRIMER NOMBRE:*	名:*	ԱՆՈՒՆ:*	នামខ្លួន:*	نام:*	이름:*	имя:*
	Error Message (#124)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ចូលអក្សរដែលមិនមែនជាភាសាអង់គ្លេស ឬតួអក្សរពិសេសទៅក្នុងសំណៅនេះបានទេ ។	شما نمی توانید حروف غیر انگلیسی یا نویسه‌های خاص را در این فرم وارد کنید.	영어가 아닌 문자나 특수 문자는 이 양식에 입력할 수 없습니다.	Вы не вводит неангл или сп символ форму
	Error Message (#35)	Provider First Name is required.	Se requiere el nombre del proveedor.	看护人姓氏必需。	Մատակարարի անունը պարտադիր է:	ឈ្មោះផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានទាមទារ ។	نام اول مراقبتگر لازم است.	서비스 제공자 이름은 필수입니다.	Требуе предос услуг.
	Field Name	MIDDLE:	NOMBRE DE EN MEDIO:	中間名:	ՀԱՅՐԱՆՈՒՆ:	នামកណ្តាល:	نام میانی:	중간 이름:	средне
	Field Name	LAST:*	APELLIDO:*	姓:*	ԱԶԳԱՆՈՒՆ:*	នាមត្រកូល:*	نام خانوادگی:*	성:*	фамил
	Error Message (#36)	Provider Last Name is required.	El apellido del proveedor es obligatorio.	看护人名字必需。	Մատակարարի ազգանունը պարտադիր է:	ឈ្មោះត្រកូលរបស់អ្នកផ្តល់សេវា ត្រូវបានទាមទារ ។	نام خانوادگی مراقبتگر لازم است.	서비스 제공자 성은 필수입니다.	Требуе предос услуг.
	Field Name	PROVIDER IDENTIFICATION NUMBER:*	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR:*	提供者身份號碼:*	ՏՐԱՄԱԴՐՈՂԻ ՆՈՒՅՆԱԿԱՆԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՐ:*	លេខអត្តសញ្ញាណអ្នកផ្តល់សេវា:*	شماره شناسایی ارائهدهنده:*	서비스 제공자 ID 번호:*	Идент номер
	Error Message (#38)	Provider Number must be 9 numeric characters.	El número de proveedor debe tener 9 caracteres numéricos.	看护人編號必須是 9 個數字字符。	Մատակարարի համարը պետք է բաղկացած լինի 9 թվային նիշից:	លេខអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវតែជាតួអក្សរ ៩ លេខ ។	شماره مراقبتگر باید 9 نویسه عددی باشد.	서비스 제공자 번호는 9자리 숫자여야 합니다.	Номер предос услуг д состоя
	Error Message (#37)	Provider Number is required.	Se requiere el número de proveedor.	看护人编号必需。	Մատակարարի համարը պարտադիր է:	លេខអ្នកផ្តល់សេវាត្រូវបានទាមទារ ។	شماره مراقبتگر مورد نیاز است.	서비스 제공자 번호는 필수입니다.	Требуе предос услуг.
	Field Name	HOURS ASSIGNED PER MONTH:*	HORAS ASIGNADAS POR MES:*	每月指派的時數:*	ԱՄՍԱԿԱՆ ՀԱՏԿԱՑՎԱԾ ԺԱՄԵՐ:*	ចំនួនម៉ោងដែលបានចាត់តាំងឱ្យក្នុងមួយខែ:*	ساعات تعیین شده در ماه:*	월별 지정 시간:*	Назнач количе месяц
	Error Message (#39)	Hours Assigned per Month is required.	Se requieren horas asignadas por mes.	每月分配的小時數必需。	Ամսական նշանակված ժամերի քանակը պարտադիր է:	ត្រូវការម៉ោងដែល បាន ចាត់តាំង ក្នុង មួយ ខែ។	ساعات اختصاص داده شده در هر ماه لازم است.	매월 할당된 시간이 필요합니다.	Колич назнач месяц
	Static Text	I understand that by completing and submitting this form to the county In-Home Supportive Services (IHSS) program, I am requesting the IHSS program to assign the indicated number of my authorized hours to	Entiendo que al completar y presentar este formulario al Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) del condado, estoy solicitando al Programa de IHSS que asigne el número indicado de mis horas autorizadas para el proveedor mencionado a continuación. Además,	我了解,通過填寫並提交此表格到郡的居家援助服務(IHSS)計劃,我要求(IHSS)計劃指派我列出的特許時數給上述命名的服務提供者.我更加了解,通過這要求,我服務提	Ես հասկանում եմ, որ սույն ձևը լրացնելով եւ ուղարկելով վարչաշրջանի Տնային աջակցության ծառայությունների (IHSS) ծրագրին, ես խնդրում եմ, որ IHSS ծրագիրը հատկացնի ինձ արտոնված նշված ժամաքանակը	ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការបំពេញ និងការដាក់ជូនទម្រង់បែបបទនេះ ទៅកាន់ខោនធី នៃកម្មវិធីសេវាជំនួយតាមផ្ទះ (IHSS) ខ្ញុំស្នើសុំឱ្យកម្មវិធី IHSS ចាត់តាំងចំនួនម៉ោងដែលមានការអនុញ្ញាត	من میدانم که با تکمیل و ارسال این فرم به برنامه خدمات پشتیبانی در خانه (IHSS)، از IHSS برنامه درخواست میکنم که تعداد ساعات مجاز من را به ارائهدهنده نام برده اختصاص دهد. همچنین میدانم که با ارائه این	본인은 카운티 IHSS(재택 지원 서비스) 프로그램에 이 양식을 작성, 제출함으로써 IHSS 프로그램에서 정한 서비스제공자에게 지시한 본인에 대한 승인 시간을	Я пони заполн направ форму админ Програ вспом услуг в (IHSS) назнач количе тех, чт

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean	
		the named provider. I further understand that by making this request, my provider's timesheets will NOT be processed for more than the hours I have requested be assigned to him/her on this form. This request will remain in effect until I submit a new request form to the county IHSS program.	entiendo que al presentar esta petición, los reportes de horas (timesheets) de mi proveedor NO se procesarán por más horas que las horas que he solicitado que se asignen para él o ella en este formulario. Esta petición permanecerá en vigor hasta que yo presente una nueva petición al Programa de IHSS del condado.	供者的時間表將不會超過我在這表格要求指派給他/她的時數.這要求會一直生效直至到我提交新的申請表到(IHSS)計劃.	վերոհիշյալ տրամադրողին: Ներկայացնելով սույն դիմումը՝ ես նաեւ գիտակցում եմ, որ իմ տրամադրողի ժամացուցակները ՉԵՆ ձեւակերպվի ավելի ժամերի համար, քան ես խնդրել եմ, որ նրան հատկացվեն սույն ձեւաթղթի մեջ: Սույն դիմումը մնում է ուժի մեջ այնքան ժամանակ, մինչեւ ես նոր դիմում չեմ ներկայացրել վարչաշրջանի IHSS ծրագրին:	ដែលបានបញ្ជាក់របស់ខ្ញុំ ទៅឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាដែលមានឈ្មោះនេះ។ ខ្ញុំកំយល់ដែរថា តាមរយៈការដាក់ជូនសំណើនេះ តារាងពេលវេលារបស់អ្នកផ្តល់សេវា របស់ខ្ញុំ នឹងមិនត្រូវបានបំពេញការងារឱ្យលើសពីចំនួនម៉ោងដែលខ្ញុំបានស្នើសុំ ដែលនឹងត្រូវចាត់តាំងឱ្យដល់រូបគាត់/នាង នៅលើទម្រង់បែបបទនេះទេ។ សំណើនេះនឹងមានសុពលភាពរហូតដល់រូបខ្ញុំដាក់ជូនទម្រង់បែបបទសំណើថ្មីទៅឱ្យ ខោនធី កម្មវិធី IHSS។	درخواست، ساعاتی که ارائهدهنده بیش از این ساعات مجاز در برگههای زمانی خود قید کند، مورد پردازش قرار نخواهد گرفت. تا زمانی که من یک فرم درخواست جدید را به برنامه کانتی IHSS ارسال کنم، این درخواست به قوت خود باقی خواهد ماند.	지정하도록 요청한다는 것을 이해합니다. 또한 이 요청으로 인하여 본양식으로 지정하도록 요청한 시간보다 더 많은 시간은 본인의 서비스 제공자의 근무 시간표에서 처리되지 않는다는 것을 이해합니다. 이 요청은 카운티 IHSS 프로그램에 새로운 요청 양식을 제출할 때까지만 유효합니다.	мне по вышеу постав пониме сделан мой по НЕ см указыв табеле рабоче больш попрос назнач соотве данно Данны будет силе д пока я новую запрос програ
	Check box	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this form as the Recipient's Authorized Representative.	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como Representante autorizado del beneficiario.	通過選中此框，我聲明我正在作為受看護人的授權代表審查並批准此表格。	Նշելով այս վանդակը՝ ես հայտարարում եմ, որ վերանայում և հաստատում եմ այս ձևը՝ որպես Ստացողի լիազորված ներկայացուցիչ:	ដោយគូសគំនូសក្តុង ប្រអប់ នេះ ខ្ញុំ កំពុង ថ្លែងថា ខ្ញុំកំពុង ពិនិត្យសាឡើងវិញ និង យល់ព្រមថា ឯកសារ នេះ សំរាប់អ្នកដែលបានអនុញ្ញាតឲ្យ តំណាងអ្នក ទទួល។	با چک کردن این جعبه، اعلام می کنم که این فرم را به عنوان نماینده مجاز گیرنده بررسی و تایید می کنم.	이 확인란을 선택함으로써 본인은 수혜자의 권한 있는 대리인으로서 이 양식을 검토하고 승인함을 선언합니다.	Отмеч заявля ознако утверж форму Уполно предст получа
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求。	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:	ខ្ញុំ យល់ និង យល់ព្រម ធ្វើ តាមតម្រូវ ការ ទាំងអស់ ដែល បានរាយ ក្នុង ឯកសារ នេះ	من متوجه شدم و موافقم که تمامی الزامات موجود در این فرم را رعایت کنم	본인은 이 양식에 나열된 모든 요구 사항을 이해하고 이에 동의합니다.	Я пони соглас всем т перечи этой ф
	Error Message (#109)	Recipient/Authorized Representative agreement is required.	El acuerdo de beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要受看護人/授權代表同意。	Ստացողի/Լիազոր ներկայացուցչի համաձայնությունը պարտադիր է:	កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួលជំនួយ/អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវបានទាមទារ។	توافق دریافت کننده یا نماینده مجازش لازم است.	수혜자/권한을 위임받은 대리인 정자체 이름이 필요합니다.	Напеч получа уполно предст обязат
	Field Name	Printed Name:*	Nombre escrito con letra de molde:*	書寫名字:*	ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ.*	ឈ្មោះដោអក្សរ ជោះពុម្ព:*	نام چاپ شده:*	정자체 이름:*	Имя по буквам
	Error Message (#116)	Recipient/Authorized Representative Printed Name is required.	El nombre impreso del beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要填寫受看護人/授權代表的正楷姓名。	Ստացողի/ Լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը/ ազգանունը պարտադիր է:	ឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ/តំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតដែលសរសេរដោអក្សរ ពុម្ព ត្រូវបានទាមទារ ។	نام چاپ شده دریافت کننده یا نماینده مجازش لازم است.	수혜자/권한을 위임받은 대리인 정자체 이름이 필요합니다.	Напеч получа уполно предст обязат
	Field Name	Date*	Fecha*	日期*	ԱՄՍԱԹԻՎ*	កាលបរិច្ឆេទ:*	تاریخ:*	날짜:*	Дата:*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/Д
	Error Message (#117)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវបានទាមទារ។	تاریخ توافق لازم است.	계약 날짜는 필수입니다.	Обяза дату з догово

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Farsi	Korean	
	Error Message (#118)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវតែស្ថិតក្នុងទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	تاریخ توافق باید به این فرم MM/DD/YYYY باشد.	계약 날짜는 MM/DD/YYYY 형식이어야 합니다.	Дата д должн форма ГГГГ.
	Static Text	COUNTY USE ONLY	SÓLO PARA USO DEL CONDADO	COUNTY USE ONLY	ՄԻԱՅՆ ՎԱՐՉԱՇՐՋԱՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՄԱՐ	COUNTY USE ONLY / សម្រាប់ខោនធ្រើធ្វើប៉ុណ្ណោ	COUNTY USE ONLY / صرفا برای استفاده کانتی	COUNTY USE ONLY / 카운티 작성란	COUN / ДЛЯ ПОЛЬ
	Field Name	Comments	Comments	Comments	ՆՇՈՒՄՆԵՐ	Comments	Comments	Comments	Comm
	Button	Save	Guardar	救	Պահպանել	រក្សាទុក	ذخیره	저장	Сохра
		Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք	ដាក់ស្នើ	ارسال	제출	Отпра

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 839

CI
CI-824345 - DSD TRAN SOC 839 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
	Screen Title	**DESIGNATION OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE (SOC 839)**	**DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO (SOC 839)**	**指定授權代表 (SOC 839)**	**ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄ (SOC 839)**	**ការចាត់តាំងអ្នក ពេញសិទ្ធ (SOC**
	Sub-Section Title	**INSTRUCTIONS**	**INSTRUCCIONES**	**指示**	**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ**	**ការណែនាំ**
	Static Text	Dear IHSS Applicant/Recipient or Legal Representative, This form allows you, as the IHSS applicant/recipient or their legal representative, to choose an Authorized Representative for the IHSS program. An Authorized Representative is responsible for acting on the behalf of the IHSS recipient for purposes of the IHSS program. This form is **only** for the IHSS program. If you are going to choose an Authorized Representative, here is some important information about the rules of the IHSS program: • If you are a legal representative for the applicant/recipient, you can serve as the Authorized Representative for the applicant/recipient without the need to complete this form. However, an SOC 839A must be submitted for a legal representative to authorize and sign Timesheets or other Provider-Related Documents (TPRD). A legal representative for the purposes of the IHSS program is a court-ordered conservator of an adult or a parent/guardian or legally-authorized decisionmaker of a minor. • If your Authorized Representative will be responsible for signing TPRD, you or your legal representative must submit a SOC 839A – *Designation of Signatory for Timesheets and Other Provider-Related Documents* form to designate	Estimado solicitante/beneficiario o representante legal de los IHSS, Este formulario le permite a usted, como solicitante/beneficiario de los IHSS, o a su representante legal, elegir un representante autorizado para el programa IHSS. Un representante autorizado es el responsable de actuar en nombre del beneficiario de los IHSS para los fines del programa IHSS. Este formulario es **sólo** para el programa IHSS. Si va a elegir un representante autorizado, a continuación hay información importante sobre las reglas del programa IHSS: • Si es un representante legal del solicitante/beneficiario, puede actuar como representante autorizado del solicitante/beneficiario sin necesidad de completar este formulario. Sin embargo, se debe presentar un SOC 839A para que un representante legal autorice y firme los horarios u otros documentos relacionados con el proveedor (TPRD). Para los fines del programa IHSS, un representante legal es el tutor de un adulto ordenado por un tribunal, o el padre/tutor o la persona legalmente autorizada para tomar decisiones por un menor. • Si su representante autorizado será el responsable de firmar los TPRD, usted o su representante legal deben presentar un formulario SOC 839A: *Designación del signatario de los horarios y otros documentos relacionados con los*	尊敬的 IHSS 申請人/受惠者或法定代表， 作為 IHSS 申請人/受惠者或其法定代表，您可使用這份表格為 IHSS 計劃選擇一名授權代表。授權代表負責在 IHSS 計劃中代表 IHSS 受惠者。這份表格**僅**為 IHSS 計劃而設。 若您要選擇一名授權代表，請細閱以下有關 IHSS 計劃守則的重要資訊： • 若您是申請人/受惠者的法定代表，您無需填寫此表格便可成為申請人/受惠者的授權代表。可是，必須遞交 SOC 839A 才能讓法定代表批准並簽署工時表或其他提供者相關的文件 (TPRD)。對於 IHSS 計劃來說，法定代表即是法庭指定的成年人的保護人或者是未成年人的	Հարգելի IHSS դիմող/ստացող կամ օրինական ներկայացուցիչ, Այս ձևը թույլ է տալիս ձեզ՝ որպես IHSS-ի դիմող/ստացող կամ նրանց օրինական ներկայացուցիչ, ընտրել լիազոր ներկայացուցիչ IHSS ծրագրի համար: Լիազորված ներկայացուցիչը պատասխանատու է IHSS-ի ստացողի անունից հադես գալու և գործելու IHSS ծրագրի նպատակների համար: Այս ձևը նախատեսված է միայն IHSS ծրագրի համար: Եթե դուք պատրաստվում եք ընտրել լիազոր ներկայացուցիչ, ահա մի քանի կարևոր տեղեկատվություն IHSS ծրագրի կանոնների վերաբերյալ. • Եթե դուք դիմողի/ստացողի օրինական ներկայացուցիչն եք, կարող եք ծառայել որպես նրա լիազոր ներկայացուցիչ՝ առանց սույն ձևը լրացնելու անհրաժեշտության: Սակայն, SOC 839A ձևը պետք է ներկայացվի օրինական ներկայացուցչի համար՝ ժամացուցակները կամ մատակարարին առնչվող այլ փաստաթղթեր (TPRD) լիազորելու և ստորագրելու համար: IHSS ծրագրի նպատակների համար օրինական ներկայացուցիչը դատարանի կողմից նշանակված չափահաս անձի խնամակալն է կամ անչափահասի ծնողը/	អ្នកដាក់ពាក្យស/ ទទួល ឬអ្នកណ ផ្លូវច្បាប់ជាទីគោ ទម្រង់បែបបទនេ អនុញ្ញាតឲ្យអ្នកដ អ្នកដាក់ពាក្យ/ ទទួល ឬអ្នកណ ផ្លូវច្បាប់របស់ខ្ល ជ្រើសរើសអ្នកតំ ពេញសិទ្ធិម្នាក់ស កម្មវិធី IHSS ។ ម តំណាងពេញសិទ្ធ ឧសក្រូវចំពោះកា ការងារក្នុងនាម ទទួល IHSS ស គោលបំណងកម្ម IHSS។ ទម្រង់បែ នេះគឺសម្រាប់តែ IHSS ប៉ុណ្ណោ។ ប្រសិនបើអ្នកនឹ ជ្រើសរើសអ្នកតំ ពេញសិទ្ធិម្នាក់ នេ ព័ត៌មានសំខាន់ ចំនួនអំពីច្បាប់ នៃ កម្មវិធី IHSS ។ • ប្រសិនបើអ្នក តំណាងខាងច្ប សម្រាប់អ្នកដ ពាក្យស/អ្នកទ អ្នកអាចដើរ តំណាងពេញ របស់អ្នកដាក់ ពាក្យស/អ្នកទ ដោយមិនចាំ ប់ពេញទម្រង ប្រែបបទនេ ប៉ុន្តែត្រូវតែ ដ បញ្ជូន SOC ០ សម្រាប់អ្នកតំ ខាងផ្លូវច្បាប់ ឲ្យអនុញ្ញាត ន ហត្ថលេខាលើ សន្ធិកកត់ត្រា ណេ ឬឯកស

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
		the Authorized Representative as the TPRD signatory. However, if your provider is your Authorized Representative, they cannot sign their own TPRD unless they are also your legal representative. • You or your legal representative can choose a new or add an IHSS Authorized Representative **at any time** by completing a new SOC 839 and submitting it to the IHSS County Office. • Your Authorized Representative must be 18 years or older. • You cannot designate an individual, who is not a legal representative, as an Authorized Representative if they have been convicted of or incarcerated following a conviction for certain crimes within the past 10 years. **There are two categories of exclusionary crimes:** • **Tier 1 crimes, as set forth in Welfare and Institutions Code (WIC) section 12305.81, include the following:** 1. Specified abuse of a child (Penal Code [PC] section 273a[a]); 2. Abuse of an elder or dependent adult (PC section 368); and 3. Fraud against a government health care or supportive services program. • **Tier 2 crimes, as set forth in WIC section 12305.87, include the following:** 1. A violent or serious felony, as specified in PC section 667.5(c) and PC section 1192.7(c); 2. A felony offense for which a person is required to register as a sex offender pursuant to PC section 290(c); and 3. A felony offense for fraud against a public social services program, as defined in WIC sections 10980(c)(2) and 10980(g)(2). A complete listing of Tier 2 crimes is available upon request from the County IHSS Office or IHSS Public Authority. **This form does not designate an authorized representative for purposes of state administrative hearings.** For more information on how to choose an authorized representative to represent you at a state administrative hearing, call the state hearings division at 800-952-5253. • Your Authorized Representative may perform all tasks stated on this form. However, you are still responsible for providing all needed information to the county for program eligibility. • Choosing an Authorized Representative does not exclude you from being actively involved in your own	*proveedores* para designar al representante autorizado como signatario de los TPRD. Sin embargo, si su proveedor es su representante autorizado, no puede firmar sus propios TPRD a menos que también sea su representante legal. • Usted o su representante legal pueden elegir un representante autorizado de los IHSS nuevo o agregarlo **en cualquier momento** completando un nuevo SOC 839 y enviándolo a la oficina del condado de los IHSS. • Su representante autorizado debe tener 18 años o más. • No puede designar a una persona que no sea un representante legal como representante autorizado si ha sido condenado o encarcelado tras una condena por determinados delitos en los últimos 10 años. **Hay dos categorías de delitos excluyentes:** • **Los delitos de nivel 1, según lo establecido en la sección 12305.81 del Código de Bienestar e Instituciones (WIC), incluyen los siguientes:** 1. Abuso específico de un niño (Código Penal [CP] sección 273a[a]); 2. Abuso de una persona mayor o adulto dependiente (artículo 368 del CP); y 3. Fraude a un programa gubernamental de atención médica o servicios de apoyo. • **Los delitos de nivel 2, según lo establecido en la sección 12305.87 del WIC, incluyen los siguientes:** 1. Un delito grave violento o grave, según lo especificado en la sección 667.5(c) del PC y la sección 1192.7(c) del CP; 2. Un delito grave por el cual una persona debe registrarse como delincuente sexual de conformidad con la sección 290(c) del CP; y 3. Un delito grave por fraude a un programa de servicios sociales públicos, según se define en las secciones 10980(c)(2) y 10980(g)(2) de WIC. Una lista completa de los delitos de Nivel 2 está disponible previa solicitud en la Oficina de IHSS del Condado o en la Autoridad Pública de IHSS. **Este formulario no designa a un representante autorizado para propósitos de audiencias administrativas estatales.** Para obtener más información sobre la elección de un representante autorizado para que lo represente en una audiencia administrativa estatal, llame a la división de audiencias estatales al 800-952-5253. • Su representante autorizado puede realizar todas las tareas indicadas en este formulario. Sin embargo, usted sigue siendo responsable de proporcionar toda la información necesaria al condado para determinar la elegibilidad del programa.	家長/監護人或合法授權決策人。 • 若您的授權代表將負責簽署 TPRD，您或您的法定代表必須提交一份 SOC 839A - *工時表及其他提供者相關文件指定簽署人*表格以指定授權代表作為 TPRD 的簽署人。可是，若您的提供者是您的授權代表，除非他們亦是您的法定代表，否則他們不能簽署他們自己的 TPRD。 • 您或您的法定代表可以**隨時**藉著填寫並向縣 IHSS 辦事處提交一份新的 SOC 839 來選擇或添加 IHSS 授權代表。 • 您的授權代表必須是年滿 18 歲或以上。 • 您不能指定那些在過去 10 年內曾因某些罪行被定罪或經定罪被監禁而又並非您的法定代表的人作為您的授權代表。 **被排除的罪行有兩類：** • **第一級罪行 (如福利與機構法則 (WIC) 第 12305.81 節所定) 包括以下所列：** 1. 特定的虐待兒童行為 (刑事法典 [PC] 第 273a[a] 節) ； 2. 虐待老人或依賴照顧的成年人 (PC 第 368 節)；及 3. 詐騙政府醫療或援助服務計劃。 • **第二級罪行 (如 WIC 第 12305.87 節所定) 包括以下所列：** 1. PC 第 667.5(c) 節和 PC	խնամակալը կամ օրինական լիազորված որոշում կայացնողը: • Եթե ձեր լիազոր ներկայացուցիչը պատասխանատու է լինելու TPRD-ի ստորագրման համար, ապա դուք կամ ձեր օրինական ներկայացուցիչը պետք է ներկայացնի SOC 839A– *ժամացուցակների և մատակարարին առնչվող այլ փաստաթղթերը ստորագրող անձի նշանակում* ձևը՝ լիազորված ներկայացուցչին որպես TPRD ստորագրող նշանակելու համար: Սակայն, եթե ձեր մատակարարը նաև ձեր լիազոր ներկայացուցիչն է, ապա նա չի կարող ստորագրել իր սեփական TPRD-և, բացառությամբ, եթե նա նաև հանդիսանում է ձեր օրինական ներկայացուցիչը: • Դուք կամ ձեր օրինական ներկայացուցիչը կարող եք **ցանկացած ժամանակ** ընտրել նոր կամ լրացուցիչ IHSS լիազոր ներկայացուցիչ՝ լրացնելով նոր SOC 839 ձևը և ներկայացնել այն վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ: • Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը պետք է լինի 18 տարեկան կամ ավելի մեծ: • Դուք չեք կարող նշանակել որևէ անհատի, ով օրինական ներկայացուցիչ չէ, որպես լիազոր ներկայացուցիչ, եթե վերջին 10 տարվա ընթացքում նա դատապարտվել կամ ազատազրկվել է որոշակի հանցագործությունների համար: **Գոյություն ունեն բացառված հանցագործությունների երկու կատեգորիաներ՝** • **1-ին կարգի հանցագործություններն, ինչպես սահմանված է Բարօրության և հաստատությունների օրենսգրքի (WIC) 12305.81 բաժնում, ներառում են հետևյալը.** 1. Երեխայի նկատմամբ հատուկ բռնության գործադրում (Քրեական օրենսգրքի [PC] բաժին 273a[a]); 2. Տարեց կամ կախյալ չափահասի նկատմամբ բռնություն (PC բաժին 368); և 3. Խարդախություն պետական առողջապահական կամ օժանդակ ծառայությունների ծրագրի դեմ: • **2-րդ կարգի հանցագործությունները, ինչպես սահմանված է**	ព័ត្មានដ្ឋានអ្នកតំ ណ្ឌេងទៀត (T អ្នកតំណាងខ ច្បាប់សម្រាប់ គោលប៉ណ្ណ IHSS គឺជាអ្ន មើលថែតាម តុលាការរបស ពេញវ័យ ឬជ ការសម្រេចចិ ឪពុកម្តាយ/អ ញ្ជាបាល ឬដែ ទទួលការអនុ តាមច្បាប់។ • ប្រសិនបើអ្នក ពេញសិទ្ធិរបស នឹងទទួលខុ ចំពោះការចុះ លេខាលើ TPI នោះរូបអ្នក តំណាងខាងរ របស់អ្នកត្រូវ បញ្ជូន SOC *ហត្ថលេខីចា សម្រាប់សន្ទ ក្រោពេលវេលា ទម្រង់បែប ឯកសារកា *អ្នកផ្តល់សេវា ទៀត* ដើម្បីច អ្នកតំណាង ជាហត្ថលេខី TPRD ។ ប៉ុន្តែ ប្រសិនបើអ្នក សេវារបស់អ្នក អ្នកតំណាង របស់អ្នក ពួ អាចចុះហត្ថ TPRD ដោយ ឡើយ លុះណា ពួកគេក៏ជាអ្ន តំណាងខាងរ របស់អ្នកផ • អ្នកឬអ្នកតំ ខាងផ្លូវច្បាប់ អ្នកអាចជ្រើ បន្ថែមអ្នកតំ ពេញសិទ្ធិ IHS នៅពេលណ ដោយប់ពេញ 839 ថ្មី និងដ បញ្ជូនវាទៅក ការិយាល័យ IHSS។ • អ្នកតំណាង របស់អ្នកត្រូវ អាយុ 18 ឆ្នាំ • អ្នកមិនអាច តាំងបុគ្គលម មិនមែនជាអ្ន តំណាងខាងរ ជាអ្នកតំណា សិទ្ធិឡើយ ប្រ ពួកគេត្រូវជា ទោស ឬជាប់ នាគារពីបទ កម្មមួយចំនួ ក្នុងរយៈពេ ក្រោយនេះ។ **មានបទឧក្រិដ្ឋពីរ ចំនួនពីរប្រភេទ** • **ឧក្រិដ្ឋកម្មថ្នា ដែលបានដាក នៅក្នុងក្រម សុខុមាលភាព ស្ថាប័ន (WIC 12305.81, រួ ដូចតទៅ** 1. ការរំលោ កុមារជាក (ក្រមព្រ [PC] ផ្នែ 273a[a]); 2. ការរំលោ មនុស្សចា មនុស្សពេ

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
		care. **County IHSS program staff will still need to meet with you, as the applicant/recipient, in person to ask questions related to your care and services although the Authorized Representative may also be present.** **Responsibilities of an Authorized Representative:** By choosing an Authorized Representative, you or your legal representative agree your Authorized Representative can act on your behalf for the IHSS program. The Authorized Representative listed on this form must act in your best interest. Your Authorized Representative cannot act on your behalf other than for the purposes of the IHSS program and cannot substitute their decisions for yours. Choosing an Authorized Representative does not exclude you from being involved in the management of your own care. By signing this form, both you or your legal representative and the Authorized Representative agree that the Authorized Representative will perform some or all of the following functions: • Scheduling interviews and meetings with county IHSS program staff. • Completing and submitting application forms for the IHSS program. • Completing and submitting any additional forms and/or providing any needed records or information for IHSS program eligibility. • Reporting within 10 days to the county IHSS program any changes regarding your eligibility, such as household composition, address, or phone number, or any time you will be away from the home. • Getting information from the county IHSS program regarding the status of your application and/or continued eligibility, including authorized services and hours. • Hiring and firing of IHSS provider(s) and reporting this information to the county IHSS office or Public Authority. • Letting your provider(s) know how to provide services to you for the IHSS program. • Reviewing your IHSS case file. You and/or your legal representative will decide what the Authorized Representative will and will not do and are responsible for communicating those responsibilities to the Authorized Representative. To designate an Authorized Representative, complete this form and submit it to the IHSS County Office. Both you and the Authorized Representative listed on this form must sign Part B. The form cannot be processed if there is missing information.	• Elegir un representante autorizado no le excluye de participar activamente en su propio cuidado. **El personal del programa IHSS del condado deberá reunirse con usted en persona, como solicitante/beneficiario, para hacerle preguntas relacionadas con su atención y servicios, aunque el representante autorizado también puede estar presente.** **Responsabilidades de un representante autorizado** Al elegir un representante autorizado, usted o su representante legal aceptan que su representante autorizado pueda actuar en su nombre para el programa IHSS. El representante autorizado que figura en este formulario debe actuar en su mejor interés. Su representante autorizado no puede actuar en su nombre excepto para los fines del programa IHSS y no puede sustituir sus decisiones por las suyas. Elegir un representante autorizado no le excluye de participar en la gestión de su propio cuidado. Al firmar este formulario, tanto usted como su representante legal y el representante autorizado aceptan que el representante autorizado realizará algunas o todas las siguientes funciones: • Programar entrevistas y reuniones con el personal del programa IHSS del condado. • Completar y enviar formularios de solicitud para el programa IHSS. • Completar y enviar formularios adicionales y/o proporcionar cualquier registro o información necesaria para la elegibilidad del programa IHSS. • Informar dentro de los 10 días al programa IHSS del condado cualquier cambio relacionado con su elegibilidad, como la composición del hogar, la dirección o el número de teléfono, o cualquier momento en que estará fuera del hogar. • Obtener información del programa IHSS del condado sobre el estado de su solicitud y/o elegibilidad continua, incluidos los servicios y horarios autorizados. • Contratar y despedir a proveedores de IHSS y reportar esta información a la oficina de IHSS del condado o a la autoridad pública. • Informar a su(s) proveedor(es) cómo prestarle servicios para el programa IHSS. • Revisando su expediente de caso IHSS. Usted y/o su representante legal decidirán lo que el representante autorizado hará y no hará y son responsables de comunicar esas responsabilidades al representante autorizado. Para designar un representante autorizado, complete este formulario y envíelo a la oficina del condado de IHSS. Tanto usted como el representante autorizado que figura en este formulario deben firmar la Parte B. El formulario no se puede procesar si falta información.	第 1192.7(c) 節具體說明的暴力或嚴重罪行； 2. 根據 PC 第 290(c) 節要登記為性罪犯的重罪；及 3. 按照 WIC 第 10980(c)(2) 和 10980(g)(2) 節所定義的針對公共社會服務計劃的欺詐罪。 縣府 IHSS 辦事處或 IHSS 公共主管機構可按請求提供一份完整的第二級罪行列表。 **此表格不可用於指定州行政聽證會的授權代表。**要獲得如何選擇一名在州行政聽證會中代表您的授權代表的資訊，請致電 800-952-5253 聯絡州政府聽證部門。 • 您的授權代表可以處理所有在這份表格內所述的事務。可是，您仍有責任向縣府提供計劃資格所需的所有資料。 • 選擇授權代表並不表示您不能積極參與您自己的護理。 **即使授權代表也可能在場，縣 IHSS 計劃職員仍將需要與作為申請人/受惠者的您會面，當面詢問關於您的護理和服務的問題。** **授權代表的責任** 選擇一名授權代表即表示您或您的法定代表同意您的授權代表可以在 IHSS 計劃中代表您。此表格所列的授權代表必須以您的最佳利益為優先。您的授權代表不能在 IHSS 計劃以外的其他範疇代表您，亦不能以他們的決定取代您的決定。選擇一名授權代表並不表示您不能	**WIC 12305.87 բաժնում, ներառում են հետևյալը.** 1. Բռնի կամ ծանր հանցագործություն, ինչպես նշված է PC-ի 667.5(c) և 1192.7(c) բաժիններում; 2. Հանցանք, որի համար անձը պետք է գրանցվի որպես սեռական բնույթի իրավախախտող՝ համաձայն PC-ի 290(c) բաժնի, և 3. Հանցագործություն ուղղված հանրային սոցիալական ծառայությունների ծրագրի դեմ՝ խարդախության համար, ինչպես սահմանված է WIC-ի 10980(c)(2) և 10980(g)(2) բաժիններում: 2- րդ կարգի հանցագործությունների ամբողջական ցուցակը կարող եք ձեռք բերել վարչաշրջանի IHSS գրասենյակից կամ IHSS Հանրային իշխանությունից՝ պահանջի դեպքում: **Այս ձևը չի նշանակում լիազոր ներկայացուցիչ նահանգային վարչական լսումների համար:**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար, թե ինչպես ընտրել լիազորվ ներկայացուցիչ, ով կներկայացնի ձեզ նահանգային վարչական լսումների ժամանակ, զանգահարեք նահանգային լսումների բաժին՝ 800-952-5253 հեռախոսահամարով: • Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը կարող է կատարել այս ձևում նշված բոլոր առաջադրանքները: Սակայն, դուք դեռևս պատասխանատու եք վարչաշրջանին տրամադրելու բոլոր անհրաժեշտ տեղեկությունները ծրագրին իրավասու լինելու համար: • Լիազորված ներկայացուցչի ընտրությունը չի խանգարում ձեզ ակտիվորեն ներգրավվել ձեր խնամքի մեջ: **Վարչաշրջանի IHSS ծրագրի ներկայացուցչից դեռ կպահանջվի անձամբ հանդիպել ձեզ հետ՝ որպես դիմող/ստացող, ձեր խնամքի և ծառայությունների հետ կապված հարցեր քննարկելու համար, չնայած լիազորված ներկայացուցիչը նույնպես կարող է ներկա գտնվել:** **Լիազորված ներկայացուցչի պարտականությունները** Ընտրելով լիազոր ներկայացուցիչ՝ դուք կամ ձեր օրինական ներկայացուցիչը համաձայնում եք, որ ձեր լիազորված ներկայացուցիչը կարող է գործել ձեր անունից IHSS ծրագրի համար: Այս	ក្នុងបន្ទ PC 368); 3. ការក្លែងប កម្មវិធីដែ ភាពផ្ទាល ឬកម្មវិធី គាំទ្រ។ • **ឧក្រិដ្ឋកម្មផ្ទ ដែលបានដាក នៅក្នុងផ្នែក 12305.87, រួ ដូចតទៅ៖** 1. អំពើហិង ឬបទឧក្រ ធ្ងន់ធ្ងរ ដូ បញ្ជាក់នេ ផ្នែក PC 667.5(c) ផ្នែក PC 1192.7(c 2. បទល្មើស ដែលមនុ ត្រូវបានកត ចុះឈ្មោះ ល្មើសខាង ផ្លូវភេទ អនុលោ ផ្នែក PC និង 3. បទល្មើស សម្រាប់ក បន្លំកម្មវ សង្គមកិ សាធារណ បានកំណ ក្នុងផ្នែក 10980(c) 10980(g) បញ្ជីពេញលេញអ កម្មវិធីទី 2 អាច រកបានដោយស្នើ ការិយាល័យ IHSS ប្រចាំខេត្ត ឬពីអាជ្ញាធរសាធ IHSS ។ **ទម្រង់បែបបទនេ ចាត់តាំងអ្នកតំណ ពេញសិទ្ធិសម្រាប គោលបំណងនៃ ការអ្នកជាលរបស់ ** សម្រាប់ព័ត៌មាន ស្តីពីរបៀបជ្រើសរ តំណាងពេញសិទ្ធិ តំណាងឲ្យអ្នកនៅ ការអ្នកជាលរបស់ ចូរហៅទូរស័ព្ទទៅ ផ្នែកសវនាការអ្ន តាមលេខ 800-9 5253។ • អ្នកតំណាងរ របស់អ្នកអាច កិច្ចការទាំងអ ដែលមានបញ នៅលើទម្រង់ បែបបទនេះ អ្នកនៅតែទ ត្រូវចំពោះការ ព័ត៌មានចាំ អស់ដល់ខោន សម្រាប់ លក្ខណសម្ព កម្មវិធី។ • ការជ្រើសរើ តំណាងពេញ ផ្ទាត់អ្នកចេ ចូលរួមយ៉ាង នៅក្នុងការ របស់អ្នកផ្ទ ទេ។ **បុគ្គលិ IHSS ប្រចាំ នឹងនៅតែត្រ អ្នក ក្នុងនាម ដាក់ពាក្យសុ ទទួល ដោយ**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
				參與管理您自己的護理。 簽署這份表格即表示您或您的法定代表及授權代表同意授權代表會履行以下部分或所有責任： • 安排與縣 IHSS 人員訪談和會議的日期。 • 填寫並遞交 IHSS 計劃申請表格。 • 填寫並遞交任何額外的表格及/或提供任何 IHSS 計劃資格所需的紀錄或資料。 • 在 10 天內向縣 IHSS 計劃報告任何關於您資格的變更如家庭組成、地址或電話號碼，或您將會有段時間離家在外。 • 向縣府 IHSS 計劃查取您的申請狀況和/或是否持續符合資格的相關信息，包括獲授權的服務和時數。 • 僱用和解僱 IHSS 提供者並向 IHSS 辦事處或公共機構報告相關信息。 • 讓您的提供者知道如何向您提供 IHSS 計劃服務。 • 檢閱您的 IHSS 個案檔案。 您和/或您的法定代表將決定授權代表會或不會做甚麼，並負責就此等責任與授權代表溝通。 要指定授權代表，請填寫此表格然後將之遞交至 IHSS 縣辦公室。您和您在此表格所列的授權代表均需要在 B 部分簽署。資料不全的表格恕無法受理。	ձևում նշված լիազորված ներկայացուցիչը պետք է գործի ձեր լավագույն շահերից ելնելով: Ձեր լիազոր ներկայացուցիչը չի կարող գործել ձեր անունից կամ որոշումներ կայացնել ձեր փոխարեն, բացառությամբ IHSS ծրագրի նպատակների: Լիազորված ներկայացուցչի ընտրությունը չի բացառում, որ դուք մասնակցեք ձեր սեփական խնամքի կառավարմանը: Ստորագրելով այս ձևը, դուք և ձեր օրինական ներկայացուցիչը նաև լիազորված ներկայացուցիչը համաձայնում եք, որ լիազորված ներկայացուցիչը կկատարի հետևյալ գործառույթներից մի քանիսը կամ բոլորը. • Պլանավորել հարցազրույցներ և հանդիպումներ վարչաշրջանի IHSS ծրագրի աշխատակազմի հետ: • Լրացնել և ներկայացնել դիմում հայտի ձևեր IHSS ծրագրի համար: • Լրացնել և ներկայացնել ցանկացած լրացուցիչ ձև և/կամ տրամադրել ցանկացած անհրաժեշտ գրառում կամ տեղեկատվություն IHSS ծրագրի իրավունակության համար: • Վարչաշրջանի IHSS ծրագրին 10 օրվա ընթացքում զեկուցել/տեղեկացնել ձեր իրավասության հետ կապված ցանկացած փոփոխության մասին, օրինակ՝ ընտանիքի կազմը, հասցեն կամ հեռախոսահամարը, կամ երբ դուք տնից բացակայելու եք: • Վարչաշրջանի IHSS ծրագրից ստանալ տեղեկատվություն ձեր դիմումի կարգավիճակի և/կամ շարունակական իրավասության, ներառյալ լիազորված ծառայությունների և աշխատանքային ժամերի վերաբերյալ: • Աշխատանքի ընդունել և աշխատանքից ազատել IHSS մատակարար(ներ)ին և հաղորդել այդ տեղեկատվությունը վարչաշրջանի IHSS գրասենյակին կամ հանրային գործակալությանը: • Տեղեկացնել ձեր մատակարար(ներ)ին, թե ինչպես տրամադրել/մատուցել IHSS ծառայություններ ձեզ համար: • Վերանայել ձեր IHSS գործի ֆայլը: Դուք և/կամ ձեր օրինական ներկայացուցիչը պետք է որոշեք, թե ինչ կանի և ինչ չի անի լիազորված ներկայացուցիչը և պատասխանատու եք այդ պարտականությունները	**ដើម្បីសាកសួ ពាក់ព័ន្ធនឹង ថែទាំ និងសេ នានាទោះបីជ តំណាងពេញ អាចមានវត្ត ផងដែរកំដោ ទំនួលខុសត្រូវរប តំណាងពេញសិទ្ធ តាមរយៈការជ្រើ អ្នកតំណាងពេញ អ្នកឬអ្នកតំណាង ផ្ទួរចាប់របស់អ្នក ព្រមថាអ្នកតំណា សិទ្ធិរបស់អ្នកអាជ ការងារក្នុងនាមអ សម្រាប់កម្មវិធី IH អ្នកតំណាងពេញ ដែលមានរៀបរាប ទម្រង់បែបបទនេ បំពេញកិច្ចការដើ ប្រយោជន៍ដល់អ តំណាងពេញសិទ្ធ អ្នកមិនអាចប្រ នាមអ្នកក្រៅពី គោលបំណងនៃ IHSS ឡើយ ហើ អាចសម្រេចចិត្ត អ្នកបានទេ។ ការ ជ្រើសរើសអ្នកតំ ពេញសិទ្ធិមិនជាប ចេញពីការចូលរ ក្នុងការគ្រប់គ្រ ថែទាំរបស់អ្នកផ ទេ។ តាមរយៈការចុះ លេខានៅលើទម្ر បែបបទនេះ ទាំ អ្នកតំណាងខាងផ របស់អ្នក និងទាំ តំណាងពេញសិទ្ធ អ្នកព្រមព្រៀងថ តំណាងពេញសិទ្ធ បំពេញមុខងារមួ ឬទាំងអស់ដូចខា ក្រោម៖ • កំណត់ពេលវ សម្ភាសន៍និង មួយបុគ្គលិ IHSS របស់ • បំពេញនិងផ បញ្ជីទម្រង់ សម្រាប់កម្មវ IHSS។ • បំពេញនិងក បញ្ជីទម្រង់ បន្ថែមណាមួ ឬផ្តល់កំណត់ ចាំបាច់ណាមួ ព័ត៌មានសម្ر លក្ខណសម្បត្ត IHSS។ • រាយការណ៍ក្នុ ពេល 10 ថ្ងៃ កម្មវិធី IHSS ប្រចាំខែនៃ ផ្លាស់ប្តូរណាមួ ទាក់ទងនឹង លក្ខណសម្បត្ត អ្នកដូចជាស ភាពគ្រួសារ អាសយដ្ឋាន ទូរស័ព្ទ ឬពេ ណាមួយដែល ចេញឆ្ងាយពី • ទទួលព័ត៌មា កម្មវិធី IHSS ប្រចាំខែនៃ ស្ថានភាពនៃ ពាក្យសុំរប និង/ឬលក្ខណ បន្ត ដែលរួម សេវាដែលទទ អនុញ្ញាតនិង ពេល។

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
					լիազոր ներկայացուցչին փոխանցելու համար: Լիազորված ներկայացուցիչ նշանակելու համար՝ լրացրեք այս ձևը և ներկայացրեք այն ձեր վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ: Դուք և այս ձևում նշված լիազոր ներկայացուցիչը պետք է ստորագրեք Մաս B-ն: Ձևը չի կարող գործընթացի մեջ դրվել, եթե որևէ տեղեկատվություն բացակայում է:	• ជួល និងបញ្ជ ផ្តល់សេវា IHS (នានា) និងក ការណ៍ព័ត៌មា ទៅកាន់ការិ IHSS ប្រចាំ ឬអាជ្ញាធរសា • អនញ្ញាតឲ្យអ សេវា(នានា)ក ដ៏ងអំពីរបៀ សេវាដល់អ្នក កម្មវិធី IHSS • ពិនិត្យមើលដ ករណី IHSS ន អ្នក។ អ្នកនិង/ឬអ្នកតំ ខាងផ្លូវច្បាប់រប នឹងសម្រេចនូវអ្វី អ្នកតំណាងពេញ ហើយនឹងមិនធ្វើ ទទួលខុសត្រូវចំ ការពាក់ព័ន្ធនូវខ ទាំងនោះដល់អ្នក ពេញសិទ្ធិ។ ដើម្បីចាត់តាំងអ តំណាងពេញសិទ្ធ បំពេញទម្រង់បែ នេះ ហើយដាក់ប ទៅកាន់ការិយាល IHSS ប្រចាំខេត ទាំងអ្នក និងអ្នក ពេញសិទ្ធដែលមា រៀបរាប់នៅលើទ បែបបទនេះត្រូវ ហត្ថលេខាលើផ្នែ គេមិនអាចចាត់ ទម្រង់នេះបានទ ប្រសិនបើមិនមា ព័ត៌មានគ្រប់គ្រ

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
	Sub-Section Title	**DESIGNATION OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE**	**DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**	**指定授權代表**	**ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՆՇԱՆԱԿՈՒՄ**	**ការចាត់តាំងអ្នក ពេញសិទ្ធិ**
	Field Name	Applicant's/Recipient's Name:	Nombre del solicitante/beneficiario:	申請人/受惠者姓名:	Դիմողի/Ստացողի անունը/ազգանունը.	ឈ្មោះអ្នកដាក់ពា អ្នកទទួល:
	Field Name	IHSS Case Number:	Número de caso IHSS:	IHSS 個案編號:	IHSS գործի համարը.	លេខករណី IHSS
	Field Name	Date:	Fecha:	日期:	Ամսաթիվ.	កាលបរិច្ឆេទ:
	Static Text	Who is completing this Form:*	Quién está completando este formulario:*	此表格由誰填寫: *	Ով է լրացնում այս ձևը.*	តើនរណានឹងបំពេ ទម្រង់បែបបទនេ
	Radio Button	I am the above named IHSS recipient/applicant.	Soy el solicitante/beneficiario de los IHSS mencionado anteriormente.	本人是上述 IHSS 申請人/受惠者。	Ես վերը նշված IHSS դիմող/ստացողն եմ:	ខ្ញុំគឺជាអ្នកដាក់ព អ្នកទទួលដែលមា ខាងលើ។
	Radio Button	I am the Legal Representative of the Applicant/Recipient.	Soy el representante legal del solicitante/beneficiario.	本人是申請人/受惠者的法定代表。	Ես դիմողի/ստացողի օրինական ներկայացուցիչն եմ:	ខ្ញុំគឺជាអ្នកតំណา ច្ចស្ថាប់របស់អ្នក ពាក្យសុំ/អ្នកទទួ
	Error Message (#157)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է ընտրություն կատարեք:	ការចាត់តាំងអ្នក ពេញសិទ្ធិ
Text is Dynamic and displays when the Legal Representative option is selected.	Static Text	Please designate your relationship as one of the following:	Designe su relación como una de las siguientes:	請指明您們的關係屬以下其中一項:	Խնդրում ենք նշել ձեր հարաբերությունը/կապը.	សូមកំណត់ទំនាក់ របស់អ្នកក្នុងចំណ ដូចខាងក្រោម:*
	Radio Button	Conservator (of an adult recipient)	Conservador (de un adulto)	(作為一名成年人的) 保護人	Օրինական պաշտպան (չափահասի համար)	អ្នកមើលថែ (ចំពោ មនុស្សធំ)
	Radio Button	Parent/Guardian/Legally authorized decisionmaker (for a minor child)	Padre/tutor/persona legalmente autorizada a tomar decisiones (para un niño menor)	(作為一名未成年兒童的) 家長/監護人/合法授權決策人	Ծնող/խնամակալ/օրենքով լիազորված որոշում կայացնող անձ (անչափահաս երեխայի համար):	អ្នកធ្វើការសម្រេ ឪពុកម្តាយ/អាណ ញ្ញាបាល/ដែលទទួ អនុញ្ញាតតាមច្ចប់ (សម្រាប់កុមារអ
	Error Message (#157)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է ընտրություն կատարեք:	ការចាត់តាំងអ្នក ពេញសិទ្ធិ
	Static Text	As the applicant/recipient of IHSS services, or their legal representative, I give the person listed below consent to act as their Authorized Representative for the IHSS Program. **I understand that the below named individual cannot be an Authorized Representative for the IHSS program if they have been convicted of an exclusionary crime in the last 10 years.** Please provide the following information about the individual being designated as an Authorized Representative:	Como solicitante/beneficiario de los IHSS, o su representante legal, doy mi consentimiento para que la persona a continuación pueda actuar como signatario de los TPRD en el programa IHSS. **Entiendo que la persona nombrada a continuación no puede ser un representante autorizado para el programa IHSS si ha sido condenado por un delito de exclusión en los últimos 10 años.** Proporcione la siguiente información sobre la persona designada como representante autorizado:	作為 IHSS 服務的申請人/受惠者或其法定代表，本人同意讓以下所列人士作為 IHSS 計劃授權代表。 **本人明白下述人士若在過去 10 年內曾因被排除罪行被定罪便不可以擔任 IHSS 計劃的授權代表。** 請提供被指定為授權代表的人的下列各項資料:	Որպես IHSS ծառայությունների դիմող/ստացող կամ նրանց օրինական ներկայացուցիչ՝ ես ստորև թվարկված անձին համաձայնություն եմ տալիս հանդես գալ որպես IHSS ծրագրի լիազորված ներկայացուցիչ: **Ես հասկանում եմ, որ ստորև նշված անհատը չի կարող լինել IHSS ծրագրի լիազորված ներկայացուցիչ, եթե վերջին 10 տարվա ընթացքում դատապարտվել է բացառված հանցագործության համար:** Խնդրում ենք տրամադրել հետևյալ տեղեկությունները լիազոր ներկայացուցիչ նշանակված անձի վերաբերյալ.	ក្នុងនាមជាអ្នកដ ពាក្យសុំ/អ្នកតំណ សេវា IHSS ឬអ្នក ខាងច្ចស្ថាប់ប ខ្ញុំសូមផ្តល់ការយ ដល់បុគ្គលដែលជ រៀបរាប់ខាងក្រោ ប្រព្រឹត្តក្នុងនាម តំណាងពេញសិទ្ធិ កម្មវិធី IHSS ។ **ខ្ញុំយល់ថាបុគ្គលដែ មានឈ្មោះខាងក្រ អាចធ្វើជាអ្នកតំ ពេញសិទ្ធិសម្រាប់ IHSS ឡើយប្រសិ ពួកគេត្រូវបានជ ទោសពីបទឧក្រិ នៅក្នុងរយៈពេល ចុងក្រោយនេះ។** សូមផ្តល់ព័ត៌មាន ក្រោមនេះអំពីបុ ម្នាក់ៗដែលគេចា ជាអ្នកតំណាងពេ

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
	Field Name	Authorized Representative's Name:*	Nombre impreso del representante autorizado:*	授權代表姓名:*	Լիազոր ներկայացուցչի անունը/ազգանունը.*	ឈ្មោះអ្នកតំណាងសិទ្ធិ៖*
	Error Message (#158)	Name of Authorized Representative is required.	Se requiere el nombre del representante autorizado.	授權代表的姓名必需。	Լիազոր ներկայացուցչի անունը պարտադիր է:	ឈ្មោះអ្នកតំណាងមានសិទ្ធិត្រូវបានទាមទារ។
	Error Message (#159)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ចូ ដែលមិនមែនជា ភាសាអង់គ្លេស ឬ អក្សរពិសេសទៅក្ន សំណៅនេះបានទ
	Field Name	Street Address:*	Dirección:*	街道地址:*	Հասցե.*	អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖*
	Error Message (#160)	Street Address is required.	Se requiere la dirección.	街道地址必需。	Փողոցի հասցեն պարտադիր է:	ត្រូវការឈ្មោះផ្លូវ អាស័យដ្ឋាន។
	Error Message (#159)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ចូ ដែលមិនមែនជា ភាសាអង់គ្លេស ឬ អក្សរពិសេសទៅក្ន សំណៅនេះបានទ
	Field Name	City:*	Ciudad:*	城市:*	Քաղաք.*	ក្រុង៖*
	Error Message (#161)	City is required.	Se requiere la ciudad.	城市必需。	Քաղաքը պարտադիր է:	ត្រូវការឈ្មោះទីក្រ
	Error Message (#159)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ចូ ដែលមិនមែនជា ភាសាអង់គ្លេស ឬ អក្សរពិសេសទៅក្ន សំណៅនេះបានទ
	Field Name	State:*	Estado:*	州份:*	Նահանգ.*	រដ្ឋ៖*
	Error Message (#162)	State is required.	Se requiere el estado.	所在州必需。	Նահանգը պարտադիր է:	ត្រូវការឈ្មោះរដ្ឋ។
	Error Message (#163)	State must be a valid two letter abbreviation.	Estado debe ser una abreviatura válida de dos letras.	州名必須是有效的兩個字母縮寫。	Նահանգը պետք է նշված լինի երկու տառից բաղկացած հապավումով:	រដ្ឋ ត្រូវ តែ ជា ការ អក្សរ ក្រឹម ត្រូវ ពិ
	Field Name	Zip Code:*	Código postal:*	郵遞區號:*	Փոստային կոդ.*	កូដតំបន់៖*
	Error Message (#164)	Zip Code is required.	Se requiere código postal.	郵編必需。	Փոստային ինդեքսը պարտադիր է:	លេខហ្ស៊ីបកូដ ត្រូ ជាលេខ ៥ ខ្ទង់រ
	Error Message (#165)	Zip Code must be five numeric digits long.	El código postal debe tener cinco dígitos numéricos.	郵編必須為五位數字。	Փոստային կոդը պետք է բաղկացած լինի հինգ թվանշանից:	ត្រូវការលេខ zip c
	Field Name	Email Address:	Dirección de correo electrónico:	電子郵件地址:	Էլ. փոստի հասցե.	អាសយដ្ឋានអ៊ីមែ
	Error Message (#159)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ចូ ដែលមិនមែនជា ភាសាអង់គ្លេស ឬ អក្សរពិសេសទៅក្ន សំណៅនេះបានទ
	Field Name	Telephone Number:*	Número de teléfono:*	電話號碼:*	Հեռախոսահամար.*	លេខទូសព្ទ៖*

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
	Error Message (#166)	Telephone number is required.	Se requiere el número de teléfono.	電話號碼必填。	Հեռախոսահամարը պարտադիր է:	ត្រូវការលេខទូរស័
	Error Message (#167)	Telephone Number must be 10 numeric characters.	El número de teléfono debe tener 10 caracteres numéricos.	電話號碼必須是 10 個數字字符。	Հեռախոսահամարը պետք է պարունակի 10 թվային նիշեր:	លេខទូរស័ព្ទ ត្រូវ១ ១០តួ។
	Field Name	Spoken Language:*	Idioma preferido:*	交談用語言:*	Խոսակցական լեզուն.*	ភាសានិយាយ៖*
	Dropdown Option	American Sign Language	Lenguaje de Señas Americano	美國手語	Ամերիկյան ժեստերի լեզու	ភាសា សញ្ញាអាមេ
	Dropdown Option	Spanish	Español	西班牙語	Իսպաներեն	ភាសាអេស្ប៉ាញ
	Dropdown Option	Cantonese	Cantonés	粵語	Կանտոներեն	ភាសា ចិនកាតាំ
	Dropdown Option	Japanese	Japonés	日語	Ճապոներեն	ភាសា ជប៉ុន
	Dropdown Option	Korean	Coreano	韓語	Կորեերեն	ភាសា កូរ៉េ
	Dropdown Option	Tagalog	Tagalo	他加祿語	Թագալոգ	ភាសា តាហ្គាឡូ
	Dropdown Option	Other non-English	Otro que no sea inglés	其他非英語	Այլ՝ ոչ անգլերեն	ភាសាផ្សេងទៀត មិនមែនជា ភាសាអង់គ្លេស
	Dropdown Option	English	Inglés	英語	Անգլերեն	ភាសាអង់គ្លេស
	Dropdown Option	Other Sign Language	Otro lenguaje de señas	其他手語	Ժեշտերի այլ լեզու	ភាសាសញ្ញាផ្សេង
	Dropdown Option	Mandarin	Mandarín	普通話	Մանդարին	ភាសាចិនកុកដឺ
	Dropdown Option	Other Chinese Languages	Otros Idiomas chinos	其他中國語言	Չինարեն այլ լեզուներ	ភាសាចិន ផ្សេង
	Dropdown Option	Cambodian	Camboyano	柬埔寨語	Կամբոջերեն	ភាសាខ្មែរ
	Dropdown Option	Armenian	Armenio	亞美尼亞語	Հայերեն	ភាសាអាមេនី
	Dropdown Option	Ilacano	Ilocano	伊洛卡諾語	Իլոկաներեն	ភាសា អ៊ីឡូកាណូ
	Dropdown Option	Mien	Mien	勉方言	Միեններեն	ភាសា មៀន
	Dropdown Option	Hmong	Hmong	苗語	Հմոնգերեն	ភាសា ហ្ម៉ុង
	Dropdown Option	Lao	Laosiano	老撾語	Լաոսերեն	ភាសាឡាវ
	Dropdown Option	Turkish	Turco	土耳其語	Թուրքերեն	ភាសាទួរគី
	Dropdown Option	Hebrew	Hebreo	希伯來語	Եբրայերեն	ភាសាហេប្រ៊ូ
	Dropdown Option	French	Francés	法語	Ֆրանսերեն	ភាសាបារាំង
	Dropdown Option	Polish	Polaco	波蘭語	Լեհերեն	ភាសាប៉ូឡូញ
	Dropdown Option	Russian	Ruso	俄羅斯語	Ռուսերեն	ភាសារុស្សី
	Dropdown Option	Portuguese	Portugués	葡萄牙語	Պորտուգալերեն	ភាសាព័រទុយហ្គាល
	Dropdown Option	Italian	Italiano	意大利語	Իտալերեն	ភាសាអ៊ីតាលី

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
	Dropdown Option	Arabic	Árabe	阿拉伯語	Արաբերեն	ភាសាអារ៉ាប់
	Dropdown Option	Samoan	Samoano	薩摩亞語	Սամոայերեն	ភាសាសាម៉ូ
	Dropdown Option	Thai	Tailandés	泰語	Թայերեն	ភាសាថៃ
	Dropdown Option	Farsi	Farsi	波斯語	Ֆարսի	ភាសាហ្វាស៊ី
	Dropdown Option	Vietnamese	Vietnamita	越南語	Վիետնամերեն	ភាសាវៀតណាម
	Error Message (#168)	Spoken Language is required.	Se requiere el idioma hablado.	口語必填。	Խոսակցական լեզուն պարտադիր է:	ត្រូវការភាសានិយ
	Sub-Section Title	**APPLICANT/RECIPIENT ACKNOWLEDGEMENT**	**RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO**	**申請人/受惠者確認書**	**ԴԻՄՈՂԻ/ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄԸ**	**ការទទួលស្គាល់រ ដាក់ពាក្យសុំ/អ្នក**
	Checkbox	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this form as the Applicant/Recipient's Authorized Representative.	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como Representante Autorizado del Solicitante/beneficiario.	通過選中此框，我聲明我作為申請人/受看護人的授權代表正在審查並批准此表格。	Նշելով այս վանդակը՝ ես հայտարարում եմ, որ վերանայում և հաստատում եմ այս ձևը՝ որպես Դիմողի/Ստացողի լիազորված ներկայացուցիչ:	ដោយគូសកំនូសនេ ប្រអប់ នេះ ខ្ញុំ កំ ថ្លែង ថា ខ្ញុំកំពុង ពិនិត្យសាឡើងវិញ យល់ព្រមថា ឯក សំរាប់អ្នកដែលជា អនុញ្ញាតឲ្យ តំណា ទទួល/អ្នកដាក់ពា
	Static Text	I understand and agree to follow all of the terms and conditions on this form. I further acknowledge that the information provided on this form is true and correct.	Entiendo y acepto seguir todos los términos y condiciones de este formulario. Además reconozco que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.	本人明白並同意遵守此表格內的所有條款及條件。本人進一步確認在此表格內所提供的 資料屬真實而且正確。	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևի բոլոր դրույթներին և պայմաններին: Ես նաև հաստատում եմ, որ այս ձևում ներկայացված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճշգրիտ:	ខ្ញុំយល់ និងព្រម គាមលក្ខខណ្ឌ អស់នៃលក្ខខណ្ឌ ភាពនៅលើទម្រ បែបបទនេះ។ ខ្ញុ ទទួលស្គាល់ថែម ព័ត៌មានដែលសរ នៅលើទម្រង់បែ នេះគឺជាការពិត ត្រូវ។
	Error Message (#169)	Applicant/Recipient/Representative agreement is required.	Se requiere el acuerdo del solicitante/beneficiario/representante.	申請人/受看護人/代表的協議必填。	Դիմողի/ստացող/ներկայացուցչի համաձայնությունը պարտադիր է:	ត្រូវការកិច្ចព្រម អ្នកដាក់ពាក្យសុំ/ ទទួល/អ្នកដែលជ អនុញ្ញាតឲ្យតំណា
	Field Name	Printed Name of Applicant/Recipient or Legal Representative:*	Nombre impreso del solicitante/beneficiario o representante legal:*	書寫申請人/受惠者或法定代表姓名:*	Դիմողի/ստացողի կամ լիազոր ներկայացուցչի տպատառ անունը/ազգանունը. *	ឈ្មោះអ្នកដាក់ពា អ្នកទទួល ឬអ្នក ខាងច្បាស់ប*
	Error Message (#170)	Applicant/Recipient/Representative Printed Name is required.	Se requiere el nombre impreso del solicitante/beneficiario/representante.	申請人/受看護人/代表的正楷姓名必填。	Դիմողի/ստացող/ներկայացուցչի անունը/ազգանունը պարտադիր է:	ត្រូវការ ឈ្មោះជា ជោះពុម្ព នៃ អ្នក ពាក្យសុំ/ អ្នកទទួ ដែលបានអនុញ្ញា តំណាង។
	Error Message (#159)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ជ ដែលមិនមែនជា ភាសាអង់គ្លេស ឬ អក្សរពិសេសទៅ សំណៅនេះបានទ
	Field Name	Date:*	Fecha:*	日期:*	Ամսաթիվ. *	កាលបរិច្ឆេទ៖*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYYY
	Error Message (#173)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ច ព្រៀងត្រូវតែស្ថិត ទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
	Error Message (#174)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិ ព្រៀង ត្រូវបានទ
	Static Text	I understand and agree to follow all of the terms and conditions on this form. I further acknowledge that the information provided on this form is true and correct.	Entiendo y acepto seguir todos los términos y condiciones de este formulario. Además reconozco que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.	本人明白並同意遵守此表格內的所有條款及條件。本人進一步確認在此表格內所提供的 資料屬真實而且正確。	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևի բոլոր դրույթներին և պայմաններին: Ես նաև հաստատում եմ, որ այս ձևում ներկայացված տեղեկատվությունը ճշմարիտ է և ճշգրիտ:	ខ្ញុំយល់ និងព្រមអ គាមលក្ខខណ្ឌតម្រ អស់នៃលក្ខខណ្ឌ ភាពនៅលើទម្រង់ ប្រែបបទនេះ។ ខ្ញុំ ទទួលស្គាល់ថែមទ ព័ត៌មានដែលសរ នៅលើទម្រង់ប្រ នេះគឺជាការពិត ត្រូវ។
	Error Message (#171)	Authorized Representative agreement is required.	El acuerdo de representante autorizado es obligatorio.	授權代理協議必填。	Լիազոր ներկայացուցչի համաձայնությունը պարտադիր է:	ត្រូវការកិច្ចព្រមព្ រ អ្នកដែលបានអន តំណាង។
	Field Name	Authorized Representative Printed Name:*	Nombre impreso del representante autorizado:*	授權代表正楷姓名:*	Լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը/ազգանունը.*	ឈ្មោះ ជាអក្សរបោ អ្នកដែលបានអន តំណាង។:*
	Error Message (#172)	Authorized Representative Printed Name is required.	Se requiere el nombre impreso del representante autorizado.	授權代表的正楷姓名必填。	Լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը/ազգանունը պարտադիր է:	ត្រូវការឈ្មោះ ជាអ- បោះពុម្ព អ្នកដែ អនុញ្ញាតឲ្យតំណា
	Error Message (#159)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចបញ្ ដែលមិនមែនជា ភាសាអង់គ្លេស ឬ អក្សរពិសេសទៅ ក្ន សំណៅនេះបានទ
	Field Name	Date:*	Fecha:*	日期:*	Ամսաթիվ. *	កាលបរិច្ឆេទ:*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYYY
	Error Message (#173)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិ ព្រៀង ត្រូវបានទ
	Error Message (#174)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ច ព្រៀងត្រូវតែស្ថិត ទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ	ទៅមុខ
		Back	Atrás	後退	Նախորդ	ត្រឡប់ មក វិញ
		Save	Guardar	救	Պահպանել	រក្សាទុក
		Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք	ដាក់ស្នើ

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 839A

CI
CI-824346 - DSD TRAN SOC 839A Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Screen Title	**DESIGNATION OF SIGNATORY FOR TIMESHEETS AND OTHER PROVIDER-RELATED DOCUMENTS (TPRD) (SOC 839A)**	**DESIGNACIÓN DEL SIGNATARIO DE LOS HORARIOS Y OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR (TPRD) (SOC 839A)**	**指定工時表及其他提供者相關文件 (SOC 839A)**
	Sub-Section Title	**INSTRUCTIONS**	**INSTRUCCIONES**	**指示**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese

	Static Text	Dear IHSS Applicant/Recipient or Legal Representative,
		
		This form allows you, as the IHSS applicant/recipient or their legal representative, to choose a Timesheet and Other Provider-Related Documents (TPRD) Signatory for the IHSS program. A TPRD Signatory can sign the IHSS timesheets or other provider-related documents on behalf of the IHSS recipient.
		
		Here is some important information about the rules of the IHSS program related to the TPRD signatory:
		
		• There can only be **one** TPRD Signatory for an IHSS recipient. You can choose a new IHSS TPRD Signatory **at any time** by completing a new form SOC 839A and submitting it to the IHSS County Office. However, a new TPRD Signatory cannot be added to the recipient's case until the previous TPRD Signatory has been cancelled by filing the *IHSS Cancellation of Authorized Representative/ Timesheet and Provider-Related Documents Signatory* (SOC 839B) form.
		• A TPRD Signatory must be 18 years of age or older.
		• The recipient's IHSS provider cannot be the TPRD Signatory to sign their own timesheets and other provider-related documents unless they are also the recipient's legal representative. A legal representative for the purposes of the IHSS program is a court-ordered conservator of an adult or a parent/guardian or legally-authorized decisionmaker of a minor. There is one exception to this requirement: a recipient's spouse or registered domestic partner can serve as a recipient's designated TPRD signatory but only for the purposes of signing the IHSS Recipient Request for Provider Waiver (SOC 862) without serving as a legal representative.
		• If you are the applicant/recipient's legal representative for the IHSS program and will be responsible for signing timesheets or other provider-related documents, you **must** complete this form.
		• **You cannot designate an individual, who is not the recipient's legal representative, as a TPRD Signatory if they have been convicted of or incarcerated following a conviction for certain crimes within the past 10 years. There are two categories of exclusionary crimes:**
		  ◦ **Tier 1 crimes, as set forth in Welfare and Institutions Code (WIC) section 12305.81, include the following:**
		  1. Specified abuse of a child (Penal Code [PC] section 273a[a]);
		  2. Abuse of an elder or dependent adult (PC section 368); and
		  3. Fraud against a government health care or supportive services program.
		
		  ◦ **Tier 2 crimes, as set forth in WIC section 12305.87, include the following:**
		  1. A violent or serious felony, as specified in PC section 667.5(c) and PC section 1192.7(c);
		  2. A felony offense for which a person is required to register as a sex offender pursuant to PC section 290(c); and
		  3. A felony offense for fraud against a public social services program, as defined in WIC sections 10980(c)(2) and 10980(g)(2).
		
		A complete listing of Tier 2 crimes is available upon request from the County IHSS Office or IHSS Public Authority.
		
		• A TPRD Signatory **must approve IHSS timesheets electronically**, either through the Electronic Services Portal or the Telephone Timesheet System. For information about electronic timesheets please go to https://www.cdss.ca.gov/inforesources/esphelp.
		
		The TPRD Signatory listed on this form must act in the recipient's best interests and is only authorized to sign timesheets or other provider-related documents unless you have appointed them as an Authorized Representative for other purposes within the IHSS program through the completion and filing of the
			Estimado solicitante/beneficiario o representante legal de los IHSS:
			
			Este formulario le permite a usted, como solicitante/beneficiario de los IHSS, o a su representante legal, elegir un signatario de los horarios y otros documentos relacionados con el proveedor (TPRD) para el programa IHSS. Un signatario de los TPRD puede firmar los horarios de los IHSS u otros documentos relacionados con el proveedor en nombre del beneficiario de IHSS.
			
			A continuación hay información importante sobre las reglas del programa IHSS relacionadas con el signatario de los TPRD:
			
			• Sólo puede haber **un** signatario de la TPRD para un destinatario de IHSS. Puede elegir un nuevo signatario de IHSS TPRD **en cualquier momento** completando un nuevo formulario SOC 839A y enviándolo a la oficina del condado de IHSS. Sin embargo, no se puede agregar un nuevo signatario de la TPRD al caso del beneficiario hasta que el anterior signatario de los TPRD haya sido cancelado mediante la presentación del formulario IHSS de Cancelación de representante autorizado/horarios y firma de documentos relacionados con el proveedor (SOC 839B).
			• Un signatario de los TPRD debe tener 18 años o más de edad.
			• El proveedor de los IHSS no puede ser el signatario de los TPRD para firmar sus propios horarios y otros documentos relacionados con el proveedor, a menos que también sea el representante legal del beneficiario. Para el programa IHSS, un representante legal es un tutor de un adulto ordenado por un tribunal, un padre/ tutor o una persona legalmente autorizada para tomar decisiones de un menor. Hay una excepción a este requisito: el cónyuge o la pareja de hecho registrada del beneficiario puede actuar como signatario designado de los TPRD del beneficiario, pero solo con el fin de firmar la Solicitud de exención de proveedor del beneficiario de los IHSS (SOC 862) sin actuar como representante legal.
			• Si usted es el representante legal del solicitante/beneficiario del programa IHSS y será el responsable de firmar los horarios u otros documentos relacionados con el proveedor, **debe** completar este formulario.
			• **No puede designar a una persona que no sea el representante legal del beneficiario como signatario de los TPRD si ha sido condenada o encarcelada tras una condena por determinados delitos en los últimos 10 años. Hay dos categorías de delitos excluyentes:**
			  ◦ **Los delitos de nivel 1, según lo establecido en la sección 12305.81 del Código de Bienestar e Instituciones (WIC), incluyen los siguientes:**
			  1. Abuso específico de un niño (Código Penal [PC] sección 273a[a]);
			  2. Abuso de una persona mayor o adulto dependiente (artículo 368 del PC); y
			  3. Fraude a un programa gubernamental de atención médica o servicios de apoyo.
			
			  ◦ **Los delitos de nivel 2, según lo establecido en la sección 12305.87 de WIC, incluyen los siguientes:**
			  1. Un delito grave violento o grave, según lo especificado en la sección 667.5(c) del PC y la sección 1192.7(c) del PC;
			  2. Un delito grave por el cual una persona debe registrarse como delincuente sexual de conformidad con la sección 290(c) del PC; y
			  3. Un delito grave por fraude a un programa de servicios sociales públicos, según se define en las secciones 10980(c)(2) y 10980(g)(2) de WIC.
			
			Una lista completa de los delitos de Nivel 2 está disponible previa solicitud en la Oficina de IHSS del Condado o en la Autoridad Pública de IHSS.
			
			• Un signatario de los TPRD **debe aprobar los horarios de los IHSS electrónicamente**, ya sea a través del Portal de servicios electrónicos o el Sistema de horarios telefónicos. Para obtener información sobre los horarios electrónicos, visite: https://www.cdss.ca.gov/inforesources/esphelp.
				尊敬的 IHSS 申請人/受惠者或法定
				
				作為 IHSS 申請人/受惠者或其法定
				表格為 IHSS 計劃選擇一名工時表
				件 (TPRD) 簽署人。TPRD 簽署人
				者簽署 IHSS 工時表或其他提供者
				
				以下是 IHSS 計劃關於 TPRD 簽署
				
				• 每位 IHSS 受惠者只可以有 **一**
				隨時可以藉著填寫並向縣 IHS
				SOC 839A 表格來選擇一名新
				人。可是，在提交 *IHSS 取消*
				及提供者相關文件簽署人 表格
				消先前的 TPRD 簽署人之前，
				簽署人加進受惠者的個案。
				• TPRD 簽署人必須年滿 18 歲或
				• 受惠者的 IHSS 提供者除非亦
				否則不可以作為簽署他們自己
				相關文件的 TPRD 簽署人。對
				法定代表即是法庭指定的成年
				年人的家長/監護人或合法授權
				例外：受惠者的配偶或註冊家
				的指定 TPRD 簽署人，但僅限
				請求豁免提供者 (SOC 862) 表
				的法定代表。
				• 若您是申請人/受惠者的 IHSS
				負責簽署工時表或其他提供者
				這份表格。
				• **您不能指定那些在過去 10 年內**
				或經定罪被監禁而又並非您的
				TPRD 簽署人。被排除的罪行
				  ◦ **第一級罪行 (如福利與機構**
				12305.81 節所定) 包括以下
				  1. 特定的虐待兒童行為 (
				  273a[a] 節)；
				  2. 虐待老人或依賴照顧的
				  節)；及
				  3. 詐騙政府醫療或援助服
				
				  ◦ **第二級罪行 (如 WIC 第 12**
				以下所列：
				  1. PC 第 667.5(c) 節和 P
				  說明的暴力或嚴重罪行
				  2. 根據 PC 第 290(c) 節要
				  罪；及
				  3. 按照 WIC 第 10980(c)(
				  所定義的針對公共社會
				
				縣府 IHSS 辦事處或 IHSS 公共主
				一份完整的第二級罪行列表。
				
				• TPRD 簽署人**必須以電子方式**
				子審批可透過電子服務入口網
				成。欲獲得有關電子工時表的
				往 https://www.cdss.ca.gov/inf
				
				此表格所列的 TPRD 簽署人必須
				優先並只獲授權簽署工時表或其他
				非您已經填妥並遞交 IHSS 指定授
				839) 任命此人為 IHSS 計劃其他範
				提供者相關文件包括：
				
				• *IHSS 計劃受惠者指定提供者 (*
				• *IHSS 受惠者請求豁免提供者 (*
				• *IHSS 計劃受惠者與提供者工*
				2256)。
				
				要指定一名 TPRD 簽署人，請填
				至 IHSS 縣辦公室。您和您在此表
				人均需要在 B 部分簽署。資料不全
				無法受理。

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
		IHSS Designation of Authorized Representative (SOC 839) form. Other provider-related documents include: • *IHSS Program Recipient Designation of Provider (SOC 426A);* • *IHSS Recipient Request for Provider Waiver (SOC 862); and* • *IHSS Program Recipient and Provider Workweek Agreement (SOC 2256).* To designate a TPRD Signatory, complete this form and submit to the IHSS County Office. Both you and the TPRD Signatory listed on this form must sign Part B. The form cannot be processed if there is missing information or signatures.	El signatario de los TPRD que figura en este formulario debe actuar en el mejor interés del beneficiario y solo está autorizado a firmar horarios u otros documentos relacionados con el proveedor, a menos que usted lo haya designado como representante autorizado para otros fines dentro del programa IHSS mediante la finalización y presentación del Formulario IHSS de designación de representante autorizado (SOC 839). Otros documentos relacionados con el proveedor incluyen: • *Designación de proveedor del destinatario del programa IHSS (SOC 426A);* • *Solicitud de exención de proveedor del destinatario de los IHSS (SOC 862); y* • *Acuerdo de semana laboral para proveedores y destinatarios del programa IHSS (SOC 2256).* Para designar un signatario de los TPRD, complete este formulario y envíelo a la oficina del condado de IHSS. Tanto usted como el signatario de los TPRD que figura en este formulario deben firmar la Parte B. El formulario no se puede procesar sin firmar o falta información.	
	Sub-Section Title	**DESIGNATION OF TPRD SIGNATORY**	**DESIGNACIÓN DEL SIGNATARIO DE LOS TPRD**	**指定 TPRD 簽署人**
	Field Name	Applicant's/Recipient's Name:	Nombre del solicitante/beneficiario:	申請人/受惠者姓名:
	Field Name	IHSS Case Number:	Número de caso IHSS:	IHSS 個案編號:
	Field Name	Date:	Fecha:	日期:
	Static Text	Who is completing this Form:*	Quién está completando este formulario:*	此表格由誰填寫：*
	Radio Button	I am the above named IHSS Applicant/Recipient.	Soy el solicitante/beneficiario de los IHSS mencionado anteriormente.	本人是上述 IHSS 申請人/受惠者。
	Radio Button	I am the authorized representative of the Applicant/Recipient.	Soy el representante autorizado del solicitante/beneficiario.	本人是申請人/受惠者的授權代表。
	Radio Button	I am the spouse/registered domestic partner of the IHSS Applicant/Recipient and am signing the IHSS Recipient Request for Provider Waiver (SOC 862).	Soy el cónyuge/pareja de hecho registrado del solicitante/beneficiario de los IHSS y estoy firmando la Solicitud de exención de proveedor del beneficiario de los IHSS (SOC 862).	本人是申請人/受惠者的配偶/註冊家 署 IHSS 受惠者請求豁免 提供者 (
	Radio Button	I am the Legal Representative of the Applicant/Recipient.	Soy el representante legal del solicitante/beneficiario.	本人是申請人/受惠者的法定代表。
	Error Message (#175)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。
Text is Dynamic and displays when the Legal	Static Text	Please designate your relationship as one of the following:	Designe su relación como una de las siguientes:	請指明您們的關係屬以下其中一項

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
Representative option is selected.	Radio Button	Conservator (of an adult recipient)	Conservador (de un adulto)	(作為一名成年人的) 保護人
	Radio Button	Parent/Guardian/Legally authorized decisionmaker (for a minor child)	Padre/tutor/persona legalmente autorizada a tomar decisiones (para un niño menor)	(作為一名未成年兒童的) 家長/監護
	Error Message (#175)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。
	Static Text	As the applicant/recipient of IHSS services, or their legal representative, I agree that the person below can act as the TPRD Signatory for the IHSS Program. **I understand that the below named individual cannot be a TPRD Signatory for the IHSS program if they have been convicted of an exclusionary crime in the last 10 years. By signing this form, the designated TPRD Signatory is verifying that they have not been convicted of one of these crimes within the last 10 years. This certification does not apply if my TPRD Signatory is my legal representative.** Please provide the following information about the individual being designated as your TPRD Signatory (please note, an email address or a telephone number is required to approve timesheets):	Como solicitante/beneficiario de los IHSS, o su representante legal, acepto que la persona a continuación pueda actuar como signatario de los TPRD para el programa IHSS. **Entiendo que la persona nombrada a continuación no puede ser signataria de los TPRD para el programa IHSS si ha sido condenada por un delito de exclusión en los últimos 10 años. Al firmar este formulario, el signatario designado de los TPRD certifica que no ha sido condenado por uno de estos delitos en los últimos 10 años. Esta certificación no aplica si el signatario de los TPRD es mi representante legal.** Proporcione la siguiente información sobre la persona designada como su signatario del TPRD (tenga en cuenta que se requiere una dirección de correo electrónico o un número de teléfono para aprobar las hojas de tiempo):	作為 IHSS 服務的申請人/受惠者或 意讓以下所列人士作為 IHSS 計劃 **本人明白下述人士若在過去 10 年** **定罪便不可以擔任 IHSS 計劃的 T** **份表格表示這名指定 TPRD 簽署人** **內沒有因此等罪行的其中之一項被** **簽署人是我的法定代表，則這證明** 請提供被指定為您的 TPRD 簽署人 (請注意，必須提供電子郵件地址或 時表):
	Field Name	Name of Designated TPRD Signatory:*	Nombre del signatario designado de TPRD:*	指定 TPRD 簽署人姓名:*
	Error Message (#176)	Name of Designated TPRD Signatory is required.	Se requiere el nombre del signatario designado de TPRD.	指定 TPRD 簽署人的姓名必填。
	Error Message (#177)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母
	Field Name	Street Address:*	Dirección:*	街道地址:*
	Error Message (#178)	Street Address is required.	Se requiere la dirección.	街道地址必需。
	Error Message (#177)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母
	Field Name	City:*	Ciudad:*	城市:*
	Error Message (#179)	City is required.	Se requiere la ciudad.	城市必需。
	Error Message (#177)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母
	Field Name	State:*	Estado:*	州份:*
	Error Message (#180)	State is required.	Se requiere el estado.	所在州必需。
	Error Message (#181)	State must be a valid two letter abbreviation.	Estado debe ser una abreviatura válida de dos letras.	州名必須是有效的兩個字母縮寫。
	Field Name	Zip Code:*	Código postal:*	郵遞區號:*
	Error Message (#182)	Zip Code is required.	Se requiere código postal.	邮编必需。
	Error Message (#183)	Zip Code must be five numeric digits long.	El código postal debe tener cinco dígitos numéricos.	郵編必須為五位數字。
	Field Name	Email Address:	Dirección de correo electrónico:	電子郵件地址:
	Error Message (#177)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Field Name	Telephone Number:*	Número de teléfono:*	電話號碼:*
	Error Message (#184)	Telephone number is required.	Se requiere el número de teléfono.	電話號碼必填。
	Error Message (#185)	Telephone Number must be 10 numeric characters.	El número de teléfono debe tener 10 caracteres numéricos.	電話號碼必須是 10 個數字字符。
	Field Name	Spoken Language:*	Idioma preferido:*	交談用語言:*
	Dropdown Option	American Sign Language	Lenguaje de Señas Americano	美國手語
	Dropdown Option	Spanish	Español	西班牙語
	Dropdown Option	Cantonese	Cantonés	粵語
	Dropdown Option	Japanese	Japonés	日語
	Dropdown Option	Korean	Coreano	韓語
	Dropdown Option	Tagalog	Tagalo	他加祿語
	Dropdown Option	Other non-English	Otro que no sea inglés	其他非英語
	Dropdown Option	English	Inglés	英語
	Dropdown Option	Other Sign Language	Otro lenguaje de señas	其他手語
	Dropdown Option	Mandarin	Mandarín	普通話
	Dropdown Option	Other Chinese Languages	Otros Idiomas chinos	其他中國語言
	Dropdown Option	Cambodian	Camboyano	柬埔寨語
	Dropdown Option	Armenian	Armenio	亞美尼亞語
	Dropdown Option	Ilacano	Ilocano	伊洛卡諾語
	Dropdown Option	Mien	Mien	勉方言
	Dropdown Option	Hmong	Hmong	苗語
	Dropdown Option	Lao	Laosiano	老撾語
	Dropdown Option	Turkish	Turco	土耳其語
	Dropdown Option	Hebrew	Hebreo	希伯來語
	Dropdown Option	French	Francés	法語
	Dropdown Option	Polish	Polaco	波蘭語
	Dropdown Option	Russian	Ruso	俄羅斯語
	Dropdown Option	Portuguese	Portugués	葡萄牙語
	Dropdown Option	Italian	Italiano	意大利語
	Dropdown Option	Arabic	Árabe	阿拉伯語

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Dropdown Option	Samoan	Samoano	薩摩亞語
	Dropdown Option	Thai	Tailandés	泰語
	Dropdown Option	Farsi	Farsi	波斯語
	Dropdown Option	Vietnamese	Vietnamita	越南語
	Error Message (#186)	Spoken Language is required.	Se requiere el idioma hablado.	口語必填。
	Sub-Section Title	**APPLICANT/RECIPIENT ACKNOWLEDGEMENT**	**RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO**	**申請人/受惠者確認書**
	Checkbox	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this form as the Applicant/Recipient's Authorized Representative.	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como Representante Autorizado del Solicitante/beneficiario.	通過選中此框，我聲明我作為申請 表正在審查並批准此表格。
	Static Text	I understand and agree to follow all of the terms and conditions on this form. I further acknowledge that the information provided on this form is true and correct.	Entiendo y acepto seguir todos los términos y condiciones de este formulario. Además reconozco que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.	本人明白並同意遵守此表格內的所 進一步確認在此表格內所提供的 資
	Error Message (#187)	Applicant/Recipient/Representative agreement is required.	Se requiere el acuerdo del solicitante/beneficiario/representante.	申請人/受看護人/代表的協議必填。
	Field Name	Printed Name of Applicant/Recipient or Legal Representative:*	Nombre impreso del solicitante/beneficiario o representante legal:*	書寫申請人/受惠者或法定代表姓名
	Error Message (#188)	Applicant/Recipient/Representative Printed Name is required.	Se requiere el nombre impreso del solicitante/beneficiario/representante.	申請人/受看護人/代表的正楷姓名
	Error Message (#177)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母
	Field Name	Date:*	Fecha:*	日期:*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY
	Error Message (#191)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。
	Error Message (#192)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY
	Static Text	I understand and agree to follow all of the terms and conditions on this form. I further acknowledge that the information provided on this form is true and correct.	Entiendo y acepto seguir todos los términos y condiciones de este formulario. Además reconozco que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.	本人明白並同意遵守此表格內的所 進一步確認在此表格內所提供的 資
	Error Message (#189)	Designated TPRD Signatory Agreement is required.	Se requiere el acuerdo del signatario designado del TPRD.	需要指定的 TPRD 簽署協議。
	Field Name	Designated TPRD Signatory Printed Name:*	Nombre impreso del signatario designado del TPRD:*	指定 TPRD 簽字人正楷姓名:*
	Error Message (#190)	Designated TPRD Signatory Printed Name is required.	Se requiere el nombre impreso del signatario designado de TPRD.	指定 TPRD 簽名者的正楷姓名必填
	Error Message (#177)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母
	Field Name	Date:*	Fecha:*	日期:*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY
	Error Message (#191)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese
	Error Message (#192)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY
	Button	Next	Siguiente	下一步
		Back	Atrás	後退
		Save	Guardar	救
		Submit	Enviar	提交

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 839B

CI
CI-824347 - DSD TRAN SOC 839B Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
	Screen Title	**CANCELLATION OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE/TIMESHEET AND PROVIDER-RELATED DOCUMENTS (TPRD) SIGNATORY (SOC 839B)**	**CANCELACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO / SIGNATARIO DE HORARIOS Y DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR (TPRD) (SOC 839B)**	**取消授權代表/工時表及其他提供者相關文件 (TPRD) 簽署人 (SOC 839B)**	**ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ/ԺԱՄԱՑՈՒՑԱԿՆԵՐԸ ԵՎ ՄԱՏԱԿԱՐԱՐԻՆ ԱՌՆՉՎՈՂ ՓԱՍՏԱԹՂԹԵՐԸ (TPRD) ՍՏՈՐԱԳՐՈՂ ԱՆՁԻ ՉԵՂԱՐԿՈՒՄ (SOC 839B)**	**ការលុបចោលអ្ន តំណាងពេញសិ សន្លឹកកត់ត្រាពេ វេលា និងហត្ថលេ (TPRD) លើឯក ពាក់ព័ន្ធនឹងអ្នក សេវា (SOC 839**
	Sub-Section Title	**INSTRUCTIONS**	**INSTRUCCIONES**	**說明**	**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ**	**លំណែនាំ**
	Static Text	• With this form, the applicant/recipient or their legal representative can cancel an Authorized Representative and/or Timesheet and Provider-Related Documents (TPRD) Signatory. Once this form is processed, the previously designated Authorized Representative and/or TPRD Signatory will not be able to perform any functions on behalf of the applicant/recipient. • **Complete PART A** (CANCELLATION OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE) and **complete and sign PART B** (APPLICANT/RECIPIENT ACKNOWLEDGMENT), then **submit this form to the county social worker.** • The applicant/recipient or their legal representative can choose to replace the Authorized Representative **at any time** by completing a new SOC 839 (*IHSS Designation of Authorized Representative*) and submitting it to the county IHSS office. • The applicant/recipient or their legal representative can choose to replace the TPRD Signatory **at any time** by completing a new SOC 839A (*IHSS Designation of Signatory*	• Con este formulario, el solicitante/beneficiario o su representante legal puedecancelar un representante autorizado y/o el signatario de los horarios y documentosrelacionados con el proveedor (TPRD) . Una vez procesado este formulario, elrepresentante autorizado y/o signatario TPRD previamente designado no podrárealizar ninguna función en nombre del solicitante/beneficiario. • **Complete la PARTE A** (CANCELACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO) y **complete y firme la PARTE B** (RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO), **entregue el formulario al trabajador social del condado.** • El solicitante/beneficiario o su representante legal pueden optar por reemplazar alrepresentante autorizado **en cualquier momento**, completando un nuevo SOC 839 (Designación del representante autorizado de los IHSS) y enviándolo a la oficina delos IHSS del condado. • El solicitante/beneficiario o su representante legal pueden optar por reemplazaral signatario TPRD en **cualquier momento**, completando un nuevo SOC 839A(Designación del signatario de los IHSS para horarios y otros documentosrelacionados con los proveedores) y enviándolo a la oficina de los IHSS delcondado.	• 申請人/受惠者或其法定代表可以用這份表格來取消授權代表及/或工時表和其他提供者相關文件 (TPRD) 簽署人。此表格一經處理完成後，先前所指定的授權代表及/或 TPRD 簽署人將無法代表申請人/受惠者執行任何任務。 • **完成 A 部分** (取消授權代表) 及**完成並簽署 B 部分** (申請人/受惠者確認書)，然後**將此表格遞交給縣社會工作人員。** • 申請人/受惠者或其法定代表	• Օգտագործելով այս ձևը, դիմողը/ստացողը կամ նրա օրինական ներկայացուցիչը կարող է չեղյալ համարել/հեռացնել լիազորված ներկայացուցչին և/կամ ժամացուցակի և մատակարարին առնչվող փաստաթղթերը (TPRD) ստորագրող անձին: Երբ այս ձևն ընդունվի և գործընթացի մեջ դրվի, ապա նախկինում նշանակված լիազոր ներկայացուցիչը և/կամ TPRD ստորագրող անձն այլևս չի կարող որևէ գործառույթ կատարել դիմողի/ստացողի անունից: • **Լրացրե՛ք ՄԱՍ A-ը** (ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑՉԻ ՉԵՂԱՐԿՈՒՄ) և **լրացրեք, ստորագրեք ՄԱՍ B-ին** (ԴԻՄՈՂԻ/ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄԸ), այնուհետև **ներկայացրեք այս ձևը վարչաշրջանի սոցիալական աշխատակցին:** • Դիմողը/ստացողը կամ նրա օրինական ներկայացուցիչը կարող է **ցանկացած ժամանակ** փոխել Լիազորված ներկայացուցչին՝ լրացնելով նոր SOC 839	• តាមរយៈទម្ ប្រែបបទនេ អ្នកដាក ពាក្យសុំ/អ្នក ទទួល ឬអ្នក តំណាងខាង ច្បាប់ អាចលុបចោ នូវអ្នកតំណា ពេញសិទ្ធិនិ សន្លឹកកត់ត្រ ពេលវេលា និ ហត្ថលេខ (TPRD) លើ ឯកសារពាក នឹងអ្នកផ្តល់ សេវា។ នៅពេ ទម្រង់ប្រែប នេះត្រូវបាន ដំណើរការ អ្ន តំណាងពេ ដែលទទួលក ចាត់តាំ កន្លងមក ឬហត្ថលេ TPRD នឹង អាចបំពេ មុខងារណ ក្នុងនាមអ្ន ដាក់ពាក្យសុ អ្នកទទួលខ • **បំពេញផ្នែ A** (ការលុ អ្នកតំណា សិទ្ធិ) និង **បំពេ ចុះហត្ថលេ ផ្នែ B** (ការ ទទួលស្គាល អ្នកដាក ពាក្យសុំ/អ្ន ទទួល),

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
		for Timesheets and Other Provider-Related Documents) and submitting it to the county IHSS office.		**隨時**可以藉著填寫並向縣 IHSS 辦事處提交一份新的 SOC 839 表格 (IHSS 指定授權代表) 來取代授權代表。 • 申請人/受惠者或其法定代表**隨時**可以藉著填寫並向縣 IHSS 辦事處提交一份新的 SOC 839A (IHSS 指定工時表及其他提供者相關文件的簽署人) 來取代 TPRD 簽署人。	(IHSS Լիազորված Ներկայացուցչի Նշանակում) ձևը և ներկայացնել այն վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ: • Դիմողը/ստացողը կամ նրա օրինական ներկայացուցիչը կարող է **ցանկացած ժամանակ** փոխել TPRD ստորագրող անձին՝ լրացնելով նոր 839A (IHSS ժամացուցակները և մատակարարին առնչվող այլ փաստաթղթերը ստորագրող անձի նշանակում) ձևը և ներկայացնել այն վարչաշրջանի IHSS գրասենյակ:	បន្ទាប់មក **ដាក់ជូនទ្រ** **បែបបទនេ** **បុគ្គលិកសង្** **ក៏ច្** **ប្រចាំខេត**
						• អ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នក ទទួល ឬអ្នក តំណាងខាង ច្បាប់អាច សម្រេចចិត្ត ប្តូរអ្នកតំណ ពេញសិទ្ធិ **នេ** **ពេលណាក៏** តាមរយៈកា បំពេញ SO 839 ថ្មី (ការ តាំងអ្នកតំ ពេញសិទ្ធិ IH និងដាក់បញ្ជ ទៅកាន់ ការិយាល័យ IHSS ប្រចាំខេត • អ្នកដាក់ពាក្យសុំ/អ្នក ទទួល ឬអ្នក តំណាងខាង ច្បាប់របស់ ពួកគេអាច សម្រេចចិត្ត ប្តូរហត្ថលេខី TPRD **នៅ** **ពេលណាក៏** តាមរយៈកា បំពេញ SO 839A ថ្មី (ក *ចាត់តាំង ហត្ថលេខី IH សម្រាប់ សន្លឹកកត់ត្រ ពេលវេលា ន ឯកសារពាក់ អ្នកផ្តល់សេ ផ្សេងទៀត*) ដាក់បញ្ជូនវ កាន់ការិយា IHSS ប្រចាំខេត

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
	Sub-Section Title	**CANCELLATION OF AUTHORIZED REPRESENTATIVE**	**CANCELACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO**	**取消授權代表**	**ԼԻԱԶՈՐՎԱԾ ՆԵՐԿԱՅԱՑՈՒՑԻՉԻ ՉԵՂԱՐԿՈՒՄ**	**ការលប់ចោលអ្ន តំណាងពេញសិ**
	Static Text	**The IHSS applicant/recipient or legal representative must select from one or both of the following options below to choose the type of cancellation for the Authorized Representative/TPRD Signatory:***	**El solicitante/beneficiario o representante legal de los IHSS debe seleccionar una o ambas opciones a continuación para elegir el tipo de cancelación para el representante autorizado/signatario TPRD:***	**申請人/受惠者或法定代表必須從以下可選項中揀選一項或兩項來選擇取消授權代表/TPRD 簽署人的類別：***	**IHSS դիմողը/ստացողը կամ օրինական ներկայացուցիչը պետք է ընտրի ստորև նշված տարբերակներից մեկը կամ երկուսը՝ Լիազորված ներկայացուցչի/TPRD ստորագրող անձի համար չեղարկման տեսակն ընտրելու համար.***	**អ្នកដាក់ពាក្យ អ្នកទទួល IHS អ្នកតំណាងខាង ច្បាប់ត្រូវតែ ជ្រើសរើសជម្រើ មួយក្នុងចំណោ ខាងក្រោមដើម្ប ជ្រើសរើសប្រភេ ការលុបចោល សម្រាប់អ្នកតំណ ពេញសិទ្ធិ/ហត្ថ TPRD៖***
	Checkbox	Cancellation of Authorized Representative (Designated in SOC 839)	Cancelación del representante autorizado (Designado en el SOC 839)	取消授權代表 (在 SOC 839 表格中所指定的)	Լիազորված ներկայացուցչի չեղարկում (ինչպես նշված է SOC 839-ում)	ការលុបចោលអ្ន តំណាងពេញសិ (បានកំណត់នៅ SOC 839)
	Checkbox	Cancellation of TPRD Signatory (Designated in SOC 839A)	Cancelación del signatario TPRD (Designado en el SOC 839A)	取消 TPRD 簽署人 (在 SOC 839A 表格中所指定的)	TPRD ստորագրող անձի չեղարկում (ինչպես նշված է SOC 839A-ում)	ការលុបចោล ហត្ថលេខី TPRD (បានកំណត់នៅ SOC 839A)
	Error Message (#193)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է ընտրություն կատարեք:	អ្នក ត្រូវ តែ ធ្វើ ជ្រើស រើស ។
Text is dynamic, only displays if the respective selection is made.	Static Text	**The IHSS applicant/recipient or their legal representative cancels the following individual(s) from serving as the Authorized Representative and/or TPRD Signatory for the IHSS program.**	**El solicitante/beneficiario de los IHSS o su representante legal cancela a las siguientes personas como representante autorizado y/o signatario TPRD del programa de IHSS.**	**申請人/受惠者或其法定代表取消由以下個人作為 IHSS 計劃的授權代表及/或 TPRD 簽署人。**	**IHSS դիմողը/ստացողը կամ նրա օրինական ներկայացուցիչը չեղյալ է հայտարարում հետևյալ անհատ(ներ)ին՝ որպես IHSS ծրագրի համար լիազորված ներկայացուցիչ և/կամ TPRD ստորագրող անձ լինելուց:**	**អ្នកដាក់ពាក្យ អ្នកទទួល IHS អ្នកតំណាងខាង ច្បាប់លុបចោล បុគ្គល(នានា)ខា ក្រោមមិនឲ្យធ្វើ អ្នកតំណាងពេញ និង/ហត្ថលេខី TPRD សម្រាប់ កម្មវិធី IHSS។**
Text is dynamic, only displays if the respective selection is made.	Field	Name of Authorized Representative:*	Nombre del representante autorizado:*	授權代表姓名:*	Լիազորված ներկայացուցչի անունը/ազգանունը.*	ឈ្មោះអ្នកតំណា ពេញសិទ្ធិ៖*
	Error Message (#194)	Name of Authorized Representative is required.	Se requiere el nombre del representante autorizado.	授權代表的姓名必需。	Լիազոր ներկայացուցչի անունը պարտադիր է:	ត្រូវការឈ្មោះអ្ន ដែលបានអនុ ឲ្យ។
	Error Message (#196)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចប អក្សរដែលមិនមែ ជាភាសាអង់គ្លេ តួអក្សរពិសេ ក្នុងសំណៅនេ បានទេ ។
Text is dynamic, only displays if the respective selection is made.	Field Name	Name of TPRD Signatory:*	Nombre del signatario TPRD:*	TPRD 簽署人姓名:*	TPRD ստորագրող անձի անունը/ազգանունը.*	ឈ្មោះហត្ថលេខី TPRD៖*
	Error Message (#195)	Name of Designated TPRD Signatory is required.	Se requiere el nombre del signatario designado de TPRD.	指定 TPRD 簽署人的姓名必填。	Նշանակված TPRD Ստորագրողի անունը պարտադիր է:	ត្រូវការឈ្មោះអ្ន ចាត់តាំងចុះ ហត្ថលេខា។
	Error Message (#196)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាចប អក្សរដែលមិនមែ ជាភាសាអង់គ្លេ

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
				文字母或特殊字符。		ត្ួអក្សរពិសេ ត្ួងសំណៅនេ បានទេ ។
	Sub-Section Title	**APPLICANT/RECIPIENT ACKNOWLEDGMENT**	**RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO**	**申請人/受惠者確認書**	**ԴԻՄՈՂԻ/ՍՏԱՑՈՂԻ ՀԱՍՏԱՏՈՒՄԸ**	**ការទទួលស្គាល់ អ្នកដាក់ពាក្យ អ្នកទទួ**
	Checkbox	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this form as the Applicant/Recipient's Authorized Representative.	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como Representante Autorizado del Solicitante/beneficiario.	通過選中此框，我聲明我作為申請人/受看護人的授權代表正在審查並批准此表格。	Նշելով այս վանդակը՝ ես հայտարարում եմ, որ վերանայում և հաստատում եմ այս ձևը՝ որպես Դիմողի/Ստացողի լիազորված ներկայացուցիչ:	ដោយគូសគ ប្រអប់ នេ ខ្ញ ក ថ្លែង ថា ខ្ញ ពិនិ ១ និង យ ១ ១ ១

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodia
	Error Message (#200)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិ ព្រមព្រៀងត្រូវ ស្ថិតក្នុងទ្រង់ MM/DD/YYYY
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ	ទៅមុខ
		Back	Atrás	後退	Նախորդ	ត្រឡប់ មក វិញ
		Save	Guardar	救	Պահպանել	រក្សាទុក
		Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք	ដាក់ស្នើ

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 846

CI
CI-824090 - DSD TRAN SOC 846 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	
	Screen Title	**PROGRAM PROVIDER ENROLLMENT AGREEMENT (SOC 846)**	**ACUERDO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES (SOC 846)**	**看護人招聘協議 (S**
	Sub-Section Title	**Agreement**	**Acuerdo**	**協議**
	Field Name	PROVIDER NAME:	NOMBRE DEL PROVEEDOR	看護人姓名
	Field Name	PROVIDER NUMBER:	NÚMERO DE PROVEEDOR	看護人編號
	Static Text	1. I attended the required provider enrollment orientation for IHSS providers and I understand and agree to the following: • I was given information about being a provider in the IHSS program. • I was informed of my responsibilities as an IHSS provider. • I was informed of the consequences of committing fraud in the IHSS program. • I was given the Medi-Cal toll-free telephone fraud hotline number, 1-800-822-6222 and web site, http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx for reporting suspected fraud or abuse in the IHSS program. 2. I understand the following requirements for timesheets: • The IHSS program can only pay me for the hours I worked providing authorized services for the recipient that I report on my timesheet. • By signing my timesheet I am saying that the information I reported on it is true and correct. • Whenever I submit a timesheet, whether on paper or electronically, it must be completed and submitted within two weeks after the end of each pay period. If the timesheet is properly completed and submitted on time, I will get paid within 10 days of the day it is received by the timesheet processing facility. If the timesheet is not submitted within two weeks after the end of the pay period, my pay will be delayed. • I cannot sign my timesheet for the recipient or approve my timesheet electronically (even if the recipient shares his/her Electronic Services Portal (ESP) username and password or Telephone Timesheet System (TTS) passcode with me) unless I am the recipient's legal representative (court-appointed guardian or conservator or parent of a minor recipient) and a completed IHSS Designation of Authorized Representative form (SOC 839), Part C has been submitted to the county. • I cannot sign another provider's timesheet for the recipient or approve another provider's timesheet electronically (even if the recipient shares his/her ESP username and password or TTS passcode with me) unless I am the recipient's legal representative (court-appointed guardian or conservator or parent ofa minor recipient) OR I have been designated as the recipient's timesheet signatory through the submission of a completed SOC 839, Part C to the county. • Approving a timesheet, either on paper or electronically, on behalf of the recipient when I am not authorized to do so as specified above may be considered fraud, which can result in criminal charges being brought against me. It is my personal responsibility to confirm that the SOC	1. Asistí a la orientación que se requiere para proveedores de IHSS y entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente: • Me dieron información sobre lo que significa ser un proveedor en el programa de IHSS. • Me informaron de mis responsabilidades como proveedor de IHSS. • Me informaron de las consecuencias de cometer fraude en el programa de IHSS. • Me dieron el número gratuito de la línea de información de Medi-Cal (1-800-822-6222y la página web (http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx)(solo disponible en inglés) para reportar cualquier sospecha de fraude o abuso programático de IHSS. 2. Entiendo los siguientes requisitos relacionados con los reportes de horas: • El programa de IHSS solo puede pagarme las horas que trabajo dando servicios autorizados al beneficiario y que anoto en mi reporte de horas. • Al firmar mi reporte de horas, estoy diciendo que la información que proporcioné en él es verdadera y correcta. • Cada vez que tenga que presentar un reporte de horas, ya sea en papel o electrónicamente, debe ser completado y entregado dentro de las dos semanas a partir del final del período de pago. Si lo completo correctamente y si lo presento a tiempo, me pagarán dentro de los 10 días de la fecha en que lo reciba en centro de procesamiento. Si no presento mi reporte de horas dentro de las dos semanas después del fin del período de pago, es posible que mi pago se demore. • No puedo firmar mi reporte de horas de parte del beneficiario ni aprobar mi reporte de horas electrónicamente (aunque el beneficiario comparta conmigo su nombre de usuario y contraseña del Electronic Services Portal [Portal de Servicios Electrónicos] [ESP] o su contraseña del Telephone Timesheet System [Sistema Telefónico de los Reportes de Horas] [TTS]), a menos que yo sea su representante legal (el tutor/curador legal asignado por la corte o el padre de un beneficiario menor de edad) y que se haya presentando al condado el formulario SOC 839 («Designación de un representante autorizado») con la parte C completada. • No puedo firmar de parte del beneficiario el reporte de horas de otro proveedor ni aprobar el reporte de horas de otro proveedor electrónicamente (aunque	1. 我已參加了 IHS 意以下要點： • 我已接收到 • 我已被告知 • 我已被告知 • 我知道 Med 800-822-62 站 http://ww CalFraud.a 之行為。 2. 我理解以下工時 • IHSS計劃只 授權服務的 • 簽署工時單 • 每當我提交 都必須在每 工時單正確 到該日後的 週內未提交 • 除非我是受 監護人或未 授權代表表 我不能為受 e即使受看護 用戶名和密 • 我不能為受 電子方式批 共享他/她的 受看護人的 成年人的父 部分）而指 • 我如果我沒 批准工時單 刑事指控。 前， 我有責 交給縣。 • 在我的工時 刑事訴訟。 • 如果我被判 為，除了任 我收到的任 $1,000的每 3. 我了解， 我需 表格由受看護人 利。 4. 我了解， 我可 4）以請求聯邦 （表格DE 4）以 解，如果我不損 中預扣聯邦和州

Notes	Type of Text	English	Spanish	
		839, Part C has been properly completed and submitted to the county prior to me signing or approving any timesheet on the recipient's behalf. • Providing false information on my timesheet is a crime and may result in a criminal prosecution. • If I am convicted of fraudulently reporting information on my timesheet, in addition to any program or criminal penalties, I may be required to pay back any overpayment I received and to pay civil penalties of at least $500, and not more than $1,000, for each act of fraud. 3. I understand that I am required to complete the Employment and Eligibility Verification form (Form I-9), which is kept on file by the recipient. That form states that I have the legal right to work in the United States. 4. I understand that I have the option to submit an Employee's Withholding Allowance Certification (Form W-4) to request federal income tax withholding and/or California Employee's Withholding Allowance Certification (Form DE 4) to request state income tax withholding from my wages. I understand that if I do not submit Form W-4 and/or DE 4, federal and state income taxes will not be withheld from my wages. 5. I understand that I will receive the IHSS Program Notification Of Recipient Authorized Hours and Services and Maximum Weekly Hours (SOC 2271), that names my recipient(s) and the services I am authorized to perform for each recipient to whom I provide services. 6. I received information regarding the maximum weekly hour and travel time requirements and understand the following: • I will get paid overtime if I work more than 40 hours in a workweek. The workweek begins at 12:00 am (midnight) on Sunday and ends at 11:59 pm on the following Saturday. • If I work for only one recipient, I can only work up to my recipient's maximum weekly hours each workweek unless we adjust my hours to balance out any extra hours I worked during the workweek by working fewer hours in another week of the month to avoid exceeding my recipient's monthly authorized hours. If these additional hours would cause me to work more than 40 hours in the workweek or to receive more overtime hours in the month than I would in a normal month, the recipient must obtain approval from the county before I can work the additional hours. • If I submit a timesheet which goes over the maximum weekly hours and causes me to claim more overtime than I normally would claim during a workweek without authorization from the county, I will get a violation. • If I work for more than one recipient, the maximum number of hours I can work in a workweek for all of my recipients combined is 66 hours. If one of my recipients asks me to work additional hours that would cause me to work over my 66 maximum weekly hours, I must either decline or reduce the hours I work for another recipient so I don't work more than 66 hours in the workweek. • If I work for more than one recipient on the same day, I can be paid for travel time for the time spent traveling directly from one location where I provide authorized services to a recipient to another location where I provide authorized services for a different recipient. This travel time will not be counted as part of my maximum weekly hours. • The maximum amount of time I can claim for travel during a workweek is seven hours. • If I submit a timesheet in which I claim more than seven hours travel time in a workweek, I will get a violation. • If I claim more travel time hours on my timesheet than I stated on the IHSS Program Provider Workweek & Travel Time Agreement (SOC 2255), I may be asked by the county to provide documentation of this additional travel. If I cannot, the extra travel time claimed may be considered an overpayment and/or result in a fraud referral. • For each violation I receive, there will be a consequence: ◦ First Violation ▪ I will receive a written warning notification from the county with information on how to request a county review. ◦ Second Violation ▪ I will get a notice of the second violation with information on how to request a county review. With the second violation notice, I will have the choice to review instructional materials about the workweek and travel time limits and sign and submit a certification notice to the county IHSS office. If I choose to complete this review and submit the notice, I will avoid getting a second violation. However, if I choose not to complete the review and submit the notice within 14	el beneficiario comparta conmigo su nombre de usuario y contraseña del ESP o su contraseña del TTS), a menos que yo sea el representante legal del beneficiario (el tutor/curador legal asignado por la corte o el padre de un beneficiario menor de edad) O que yo haya sido designado para firmar los reportes de horas de parte del beneficiario mediante la presentación del formulario SOC 839 (con la parte C completada) al condado. • El aprobar un reporte de horas, ya sea en papel o electrónicamente, de parte del beneficiario cuando no estoy autorizado para hacerlo (según se especifica arriba) se puede considerar un acto de fraude y, como consecuencia, es posible que presenten cargos criminales en mi contra. Es mi responsabilidad asegurarme de que la parte C del formulario SOC 839 haya sido correctamente completada y presentada al condado antes de firmar o aprobar cualquier reporte de horas en nombre del beneficiario. • Es un delito proporcionar información falsa en mi reporte de horas y esto podría resultar en un enjuiciamiento criminal. • Si me declaran culpable de poner información falsa en mi reporte de horas, además de las posibles sanciones programáticas o criminales, es posible que tenga que reembolsar cada pago excesivo que recibí y pagar sanciones civiles de al menos $500, y no más de $1000, para cada acto de fraude. 3. Entiendo que debo completar el formulario I-9 («Verificación de elegibilidad de empleo»), que el beneficiario guardará en sus archivos. El formulario dice que tengo el derecho legal a trabajar en los Estados Unidos. 4. Entiendo que tengo la opción de presentar el formulario W-4 («Certificación de retenciones del empleado») para solicitar que retengan los impuestos federales de mi salario y/o el formulario DE 4 («Employee's Withholding Allowance Certificate») (solo disponible en inglés) para solicitar la retención de los impuestos estatales. Entiendo que si no presento el formulario W-4 y/o DE 4, no se retendrán los impuestos federales/estatales de mi salario. 5. Entiendo que recibiré el formulario SOC 2271 («Notificación para el proveedor acerca de las horas y servicios autorizados del beneficiario y el máximo de horas por semana»), que nombrará a mi(s) beneficiario(s) y los servicios que estoy autorizado para proporcionar a cada uno. 6. Recibí información sobre los requisitos relacionados con los límites de horas trabajadas por semana y del tiempo de traslado, y entiendo lo siguiente: • Me pagarán horas extras si trabajo más de 40 horas en una semana laboral. La semana laboral empieza el domingo (a la medianoche) y termina a las 11:59 p. m. del sábado siguiente. • Si trabajo para un beneficiario solamente, cada semana laboral puedo trabajar la máxima cantidad de horas de mi beneficiario, a menos que modifiquemos mi horario para compensar las horas extras que trabajé en otra semana del mismo mes. Esto evita que sobrepase el límite de horas autorizado para mi beneficiario. Si esas horas adicionales resultarían en que trabaje más de 40 horas en la semana laboral o ese mes reciba más horas extras de lo que normalmente recibo, el beneficiario tiene que obtener la aprobación del condado antes de que yo pueda trabajar esas horas adicionales. • Si presento un reporte de horas que excede el límite semanal de horas y resulta en que reclame más horas extras de lo que normalmente reclamo para una semana laboral, y si no tuve la autorización del condado para hacerlo, recibiré una infracción. • Si trabajo para múltiples beneficiarios, cada semana laboral estoy autorizado para trabajar un total de 66 horas para todos mis beneficiarios. Si un beneficiario me pide que trabaje horas adicionales, y si ese trabajo sobrepasaría mis 66 horas autorizadas, debo negarme a hacerlo o reducir la cantidad de horas que trabajo para otro beneficio. Esto evita que trabaje más de las 66 horas autorizadas cada semana laboral. • Si trabajo para múltiples beneficiarios en un solo día, el programa me puede pagar el tiempo que tomo para viajar directamente de un beneficiario a otro. Este tiempo de traslado no se considerará como parte de mis horas semanales máximas. • Cada semana puedo reclamar un máximo de siete horas por tiempo de traslado.	5. 我了解， 我將 知以及最高每週 受看護人和我被 務。 6. 我收到了有關每 了解以下內容： • 如果我每週 週從星期日 的晚上11： • 如果我僅為 週工作不超 調整在一個 時數來平衡 受看護人的 在工作週內 月份多了加 然後我才能 • 若我提交的 致我要求的 作週內要求 • 若我為多位 所有受看護 我的一個受 小時的最高 人工作的時 時。 • 若我在同一 務的一個地 所花費的交 會計入我每 • 我可以在一 時。 • 如果我提交 索取超過七 • 如果我在工 護人工作週 間多，則該 果我不能提 認為是超額 • 對於我收到 ◦ 首次違 ▪ 我將 何請 ◦ 第二次 ▪ 我將 求駁 擇審 後並 擇完 規。 後的 第二 ◦ 第三次 ▪ 我將 如何 ▪ 如果 請求 ▪ 我將 ◦ F第四次 ▪ 我將 如何 ▪ 如果 請求 ▪ 我將 為期 • 如果我因第 人，那麼在 IHSS 看護人 求，包括犯 必需表格， 7. 我瞭解，一旦我 薪病假。我的帶 員生病或有醫療 8. 我了解，如果我 將負責直接將這 且這筆款項不會 i. 我了解， 求我報告 可能是有 • 老人 (b) 保護 • 兒童 必須 報告 9. 可能是我服務的 任何人的虐待。 10. 我了解，《政府 址、家庭電話和 工組織，以便他

Notes	Type of Text	English	Spanish	
		calendar days of the date of my notice, I will get a notice confirming my second violation. ◦ Third Violation ▪ I will get a notice of the third violation with information on how to request a county review. ▪ If my county review request is denied, I will get information on how to request a state administrative review of the violation. ▪ I will be suspended as a provider with the IHSS program for 90 days. ◦ Fourth Violation ▪ I will get a notice of the fourth violation with information on how to request a county review. ▪ If my county review request is denied, I will get information on how to request a state administrative review of the violation. ▪ I will be determined ineligible as a provider with the IHSS program for one year. • If I am determined ineligible to work as an IHSS provider because I get a fourth violation, I can reapply to be an IHSS provider when the one year ineligibility ends. I will have to complete all of the provider enrollment requirements again, including the criminal background check, the provider orientation, and completing all required forms before I can be reinstated. 7. I understand that I will be eligible to earn and use paid sick leave once I have completed the eligibility requirements. My paid sick leave can be used for time off when I am sick or have a medical appointment or when a family member is sick or has a medical appointment. 8. I understand that, if my recipient has a Medi-Cal Share of Cost, he/she will be responsible for paying this amount to me directly as a part of my wages and it will not be included in my paycheck. 9. I understand that I am a “mandated reporter.” This means I am required by law to report any abuse or neglect that I observe while working. The abuse may be of: • an elder or dependent adult which must be reported to the County Adult Protective Services immediately or as soon as feasibly possible, as required under Welfare and Institutions Code 15630(b)(1), or • a child which must be reported to the County Child Protective Services within 36 hours of receiving the information, as required under Penal Code 11166(a). 10. I understand that Government Code section 6253.2 requires that my name, address, home and cell telephone numbers, and personal email address be given to the local labor organization so they may contact me to invite me to join the union. 11. I understand that I will not be paid to perform authorized IHSS services when my recipient is away from his/her home (at an acute care hospital, skilled nursing facility, intermediate care facility, community care facility, or board and care facility). If I provide any assistance to my recipient at any of these facilities, it is outside of my work as an IHSS provider. If I claim IHSS hours on a timesheet for that time, it will be considered fraudulent. 12. I will cooperate with state or county staff to provide requested information related to the evaluation of a recipient’s IHSS case. **I UNDERSTAND THE IHSS PROGRAM RULES EXPLAINED AT THE PROVIDER ORIENTATION (WHICH INCLUDES THE INFORMATION PROVIDED IN THIS FORM) AND INFORMATION GIVEN TO ME BY THE COUNTY IHSS OFFICE. I ACCEPT THE RESPONSIBILITY TO FOLLOW THE INFORMATION PROVIDED BY THE COUNTY. I UNDERSTAND THAT MY FAILURE TO FOLLOW THE REQUIREMENTS PROVIDED TO ME MAY RESULT IN MY TERMINATION AS AN IHSS PROVIDER.**	• Si presento un reporte de horas en que reclamo más de siete horas de tiempo de traslado para una semana laboral, recibiré una infracción. • Si reclamo más horas de traslado en mi reporte de horas de los que mencioné en el formulario SOC 2255 («Acuerdo del proveedor sobre la semana laboral y el tiempo de traslado»), es posible que el condado me pida comprobante de este tiempo adicional. Si no puedo dárselo, es posible que el tiempo adicional se considere un pago excesivo y/o que se inicie una investigación de fraude. • Habrá consecuencias para cada infracción que reciba: ◦ Primera infracción ▪ Recibiré una advertencia por escrito del condado que incluirá información para solicitar que el condado revise mi caso. ◦ Segunda infracción ▪ Recibiré un aviso que me notifica de la segunda infracción y que me dará información para solicitar que el condado revise mi caso. En este caso, me darán la opción de revisar material sobre los límites de la semana laboral y del tiempo de traslado, y firmar/entregar una certificación a la oficina de IHSS del condado. Si elijo revisar el material y entregar la certificación, esta vez no recibiré la segunda infracción. No obstante, si elijo no revisar el material y entregar la certificación dentro de los 14 días calendario de recibir el aviso, recibiré otro aviso que me confirma la segunda infracción. ◦ Tercera infracción ▪ Recibiré un aviso sobre la tercera infracción que incluirá información para solicitar que el condado revise mi caso. ▪ Si se me deniega la petición para la revisión de mi caso, recibiré información para solicitar una revisión administrativa estatal de la infracción. ▪ Recibiré una suspensión programática y no podré actuar como proveedor bajo el programa de IHSS por 90 días. ◦ Cuarta infracción ▪ Recibiré un aviso sobre la cuarta infracción que incluirá información para solicitar que el condado revise mi caso. ▪ Si se me deniega la petición para la revisión de mi caso, recibiré información para solicitar una revisión administrativa estatal de la infracción. ▪ No seré elegible para participar como proveedor en el programa de IHSS por un año. • Si se determina que no soy elegible para trabajar como proveedor de IHSS porque recibí la cuarta infracción, puedo volver a presentar una solicitud para ser proveedor de IHSS al final del período de inelegibilidad. Antes de ser readmitido al programa, tendré que cumplir de nuevo con todos los requisitos de inscripción, incluyendo la revisión de los antecedentes penales, la orientación para proveedores y la presentación de todos los formularios necesarios. 7. Entiendo que, una vez que haya cumplido con los requisitos de elegibilidad, seré elegible para ganar y usar horas de ausencia pagada por enfermedad. Puedo usarlas cuando estoy enfermo o tengo cita médica, o cuando un miembro de mi familia está enfermo o tiene cita médica. 8. Entiendo que, si tiene que pagar parte del costo bajo los términos de Medi-Cal, mi beneficiario será responsable de pagar esa cantidad directamente a mí como parte de mi salario y que esa cantidad no se incluirá en mi cheque. 9. Entiendo que soy una «persona bajo mandato de reportar». Esto significa que estoy bajo mandato legal de reportar cualquier maltrato o descuido que observo mientras trabajo. Puede ser maltrato de: • Una persona mayor o un adulto dependiente, lo que tiene que reportarse a la oficina de Adult Protective Services (Servicios para la Protección de Adultos) del condado inmediatamente, o cuando antes posible, según se requiere bajo la sección 15630(b)(1) del Welfare and Institutions Code (Código de Bienestar Público e Instituciones), o • Un niño, lo que tiene que reportarse a la oficina de Child Protective Services (Servicios para la Protección de Niños) del condado dentro de las 36 horas de obtener esta información, según se	11. 我了解， 如果我 所、即時護理醫 我將不會獲得勒 機構中的任何一 作為IHSS看護人 索取了IHSS時數 12. 我會與州或縣的 件評估所需的信 **我了解看護人培訓由 的資料）。我接受我 若不遵守我所被告知 被終止。**

Notes	Type of Text	English	Spanish	
			requiere bajo la sección 11166(a) del Penal Code (Código Penal). 10. Entiendo que la sección 6253.2 del Government Code (Código Gubernamental) requiere que mi nombre, mi dirección, los números de teléfono de mi casa y de mi teléfono celular y mi dirección electrónica personal se den a la organización laboral local para que me inviten a unirme a su sindicato. 11. Entiendo que no me pagarán por proporcionar servicios autorizados de IHSS cuando mi beneficiario no está en casa (en un hospital de cuidado de corto plazo, centro de cuidado médico continuo / cuidado intermedio, centro para el cuidado en la comunidad o establecimiento de hospedaje y cuidado). Si proporciono asistencia a mi beneficiario en cualquiera de estos establecimientos, no será como proveedor de IHSS. Si reclamo horas de IHSS en mi reporte de horas por ese tiempo, se considerará un acto de fraude. 12. Cooperaré con el personal del estado o del condado para proporcionar cualquier información que mi pida para la evaluación del caso de IHSS del beneficiario. **ENTIENDO LAS REGLAS DEL PROGRAMA DE IHSS QUE SE ME EXPLICARON DURANTE LA ORIENTACIÓN PARA PROVEEDORES (INCLUYENDO LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO). TAMBIÉN ENTIENDO LA INFORMACIÓN QUE ME DIO LA OFICINA DE IHSS DEL CONDADO. ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE SEGUIR LA INFORMACIÓN QUE EL CONDADO ME DIO. ENTIENDO QUE SI NO CUMPLO CON LOS REQUISITOS QUE SE ME HAN EXPLICADO, ES POSIBLE QUE CANCELEN MI PARTICIPACIÓN COMO PROVEEDOR DE IHSS.**	

Notes	Type of Text	English	Spanish	
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守
	Error Message (#111)	Provider agreement is required.	Se requiere un acuerdo con el proveedor.	看護人協議必須。
	Field Name	Provider Name	Nombre del Proveedor	看護人姓名
	Error Message (#112)	Provider Printed Name is required.	Se requiere el nombre impreso del proveedor.	看护人书写清晰的
	Error Message (#113)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中
	Field Name	Date	Fecha	日期
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY
	Error Message (#115)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用
	Error Message (#114)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。
	Button	Save	Salvar	救
	Button	Submit	Enviar	提交
Displays when submission of a form fails due to internal error.	Static Text	[AEM-AF-901-004]: Encountered an internal error while submitting the form.	[AEM-AF-901-004]: Error interno al enviar el formulario.	[AEM-AF-901-004
Displays while a form is in process of submitting	Static Text	Submitting...	Sumisión...	正在提交...
Displays when a form is successfully submitted	Static Text	Thank you. Your form has been submitted! You may now close this window.	Gracias. ¡Su formulario ha sido enviado! Ahora puede cerrar esta ventana.	謝謝您。您的表格
Displays above form pages/tabs when viewing the submitted adaptive form in CSP.	Static Text	This form has been submitted and is now READ-ONLY.	Este formulario se ha enviado y ahora es de SÓLO LECTURA.	此表格已提交，現
Displays on the pdf of the completed adaptive form.	Static Text	Method of Signature = Electronic	Método de firma = Electrónico	簽名方法 = 電子

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 864

CI
CI-824091 - DSD TRAN SOC 864 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
	Screen Title	**INDIVIDUALIZED BACK-UP PLAN AND RISK ASSESSMENT (SOC 864)**	**PLAN ALTERNO INDIVIDUALIZADO Y EVALUACIÓN DE RIESGOS (SOC 864)**	**個人後備計劃與風險評估 (SOC 864)**	**ԱՆՀԱՏԱԿԱՆԱՑՎԱԾ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾՐԱԳԻՐ ԵՎ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ (SOC 864)**	**ផែនការបម្រុងបុគ្គល និងការវាយតម្លៃហានិភ័យ (SOC 864)**	**(SOC 8** ستیبان فردی ریابی خطر

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
	Sub-Section Title	**INSTRUCTIONS**	**INSTRUCCIONES**	**指示**	**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ**	**ការណែនាំ**	**لعمل**
	Field Name	Do you have any changes within the last year that you are reporting?*	¿Tiene algún cambio en el último año que está reportando?*	去年的任何變化您要报告嗎？ *	Փոփոխություններ ունե՞ք նախորդ տարվա համեմատ:*		سال گذشته داشته اید ارش دهید؟
	Radio Button	Yes	Sí	是	Այո	បាទ/ចាស	
	Radio Button	No	No	否	Ոչ	ទេ	(
	Error Message (#146)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է ընտրություն կատարեք:	អ្នក ត្រូវ តែ ធ្វើ ការ ជ្រើស រើស ។	ید یک بکنید
Text is dynamic and displays when no selection is made.	Dynamic Text	Use this form to work with the recipient to allow him/her independence and choice in decisions related to his/her Individualized Back-Up Plan and Risk Assessment. Ensure that discussion and negotiation occurs between the social worker, the recipient, and any others whom the recipient wants involved while working through this process. **After completion, a copy of the Individualized Back-Up Plan and Risk Assessment shall be provided to the recipient. The original form shall be filed in the recipient's case file. Social worker shall encourage the recipient to post page 1 in an easily accessible area.**	Use este formulario para colaborar con el beneficiario y permitirle a él/ella independencia y elección en las decisiones relacionadas a su "Plan alterno individualizado y evaluación de riesgos". Asegúrese que la discusión y la negociación se lleven a cabo entre el trabajador social, el beneficiario, y cualquier otra persona que el beneficiario quiere que participe mientras colaboran en este proceso. **Después de terminar, se le proporcionará al beneficiario una copia del "Plan alterno individualizado y evaluación de riesgos". El formulario original se guardará en el expediente del caso del beneficiario. El trabajador social le aconsejará al beneficario que coloque la página 1 en un lugar visible y de fácil acceso.**	同與領取者使用此表格處理他/她的獨立性和選擇決策中有關他/她的個人的後備計劃和風險評估. 確保討論和商討時有領取者希望的社工，領取者和任何他人士參與這過程. 完成後， **- 份個人的後備計劃和風險評估的副本應提供給領取者. 正本應當放在收件人的案件檔案. 社會工作者應鼓勵領取者張貼-1頁在容易1得的地方.**	Այս ձեւը օգտագործեք ստացողի հետ աշխատելու ժամանակ, որպեսզի ապահովվի նրա որոշումների անկախ կայացման եւ ընտրության հնարավորությունը՝ իր Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման վերաբերյալ: Ապահովեք, որ այս գործընթացի ժամանակ քննարկում եւ բանակցություններ կայանան սոցիալական աշխատողի, ստացողի եւ ստացողի ցանկությամբ ընդգրկված այլ անձանց միջեւ: Լրացվելուց հետո, Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթի պատճենը պետք է տրամադրվի ստացողին: Բնագիր օրինակը պետք է պահպանվի ստացողի գործի թղթապանակում: Սոցիալական աշխատողը պետք է քաջալերի ստացողին պահել 1-ին էջը մատչելի տեղում:	សូមប្រើព័ត៌មាន នេះដើម្បីធ្វើការ ជាមួយអ្នកទទួល សេវាកម្ម ដើម្បី ប្រើជាដម្រើស និង ឯការាជ្យភាព ក្នុងការធ្វើការ សម្រេចចិត្ត ទៅលើ ការវាយ តម្លៃ ហានិភ័យ និងផែនការ បម្រុងបុគ្គលរបស់ ខ្លួន។ សូមប្រាកដថា ការពិភាក្សា និង ការចរចាបាន អនុវត្តឡើង រវាង បុគ្គលិកសង្គម អ្នកទទួលសេវា កម្ម និងបុគ្គល ផ្សេងទៀតដែល អ្នកទទួលសេវា កម្មចង់ឱ្យចូលរួម នៅក្នុងដំណើរការ នេះ។ **ក្រោយ បញ្ចប់ ច្បាប់ ចម្លងមួយច្បាប់ នៃ ការវាយ តម្លៃហានិភ័យ និងផែនការ បម្រុងបុគ្គល ត្រូវ ប្រគល់ជូនអ្នក ទទួលសេវាកម្ម។ ទម្រង់ច្បាប់ដើម គួររក្សាទុកនៅ ក្នុងសំណុំឯកសារ សំណុំរឿងរបស់ អ្នកទទួលសេវា កម្ម។ បុគ្គលិក សង្គម និង ជំរុញឱ្យអ្នកទទួល សេវាកម្មបិទ ទំព័រទី 1 នៅ កន្លែងណាដែល ងាយស្រួលក្នុងការ ចូលអានបាន។**	رم برای ی با ننده استفاده امکان و انتخاب میم گیریهای به طرح فردی و خطر را به اید حاصل کنید کار ی، ننده، و هر گری که میخواهد در د (جریان) شته باشد با گو کنند. پس ل، یک **طرح فردی و خطر باید فتکننده ود. فرم باید در (دوسیه) ننده بایگانی ددکار ی باید را تشویق صفحه 1 را ی قرار دهد احتی در ن باشد**
Text is dynamic and displays when recipient is not reporting changes.	Dynamic Text	By selecting this option, you are confirming there have been no changes in the Individualized Back-up Plan and Risk Assessment from the prior year.	Al seleccionar esta opción, confirma que no ha habido cambios en el Plan alterno individualizado y la Evaluación de riesgos	選擇此選項，表示您確認個性化後備計劃和風險評估與上一年相比沒有變化。	Ընտրելով այս տարբերակը՝ Դուք հաստատում եք, որ նախորդ տարվա համեմատ Անհատականացված պահուստային պլանում և ռիսկերի գնահատման մեջ փոփոխություններ չեն եղել:	ដោយ ជ្រើស ជម្រើស នេះ អ្នក កំពុង បញ្ជាក់ ថា មិន មាន ការ ផ្លាស់ ប្តូរ នៅ ក្នុង ផែនការ បម្រុង ទុក និង ការជាន់	ب این شما تایید می هیچ تغییری مه پشتیبان ردی و ریسک از

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
		Use this form to work with the recipient to allow him/her independence and choice in decisions related to his/her Individualized Back-Up Plan and Risk Assessment. Ensure that discussion and negotiation occurs between the social worker, the recipient, and any others whom the recipient wants involved while working through this process. **After completion, a copy of the Individualized Back-Up Plan and Risk Assessment shall be provided to the recipient. The original form shall be filed in the recipient's case file. Social worker shall encourage the recipient to post page 1 in an easily accessible area.** **AGREEMENT AND SIGNATURES:** With the recipient's/others' participation, review all sections verifying that each area was discussed during the process. Ensure that all appropriate individuals sign the form to confirm agreement with the information on the form.	con respecto al año anterior. Use este formulario para colaborar con el beneficiario y permitirle a él/ella independencia y elección en las decisiones relacionadas a su "Plan alterno individualizado y evaluación de riesgos". Asegúrese que la discusión y la negociación se lleven a cabo entre el trabajador social, el beneficiario, y cualquier otra persona que el beneficiario quiere que participe mientras colaboran en este proceso. **Después de terminar, se le proporcionará al beneficiario una copia del "Plan alterno individualizado y evaluación de riesgos". El formulario original se guardará en el expediente del caso del beneficiario. El trabajador social le aconsejará al beneficario que coloque la página 1 en un lugar visible y de fácil acceso.** **ACUERDO Y FIRMAS:** Con la participación del beneficiario/otros involucrados, revise todas las secciones verificando que, durante el proceso, se hable de cada área. Asegúrese que todas las personas apropiadas firmen el formulario para confirmar que están de acuerdo con la información en el formulario.	同與領取者使用此表格處理他/她的獨立性和選擇決策中有關他/她的個人的後備計劃和風險評估. 確保討論和商討時有領取者希望的社工，領取者和任何他人士參與這過程. 完成後， **- 份個人的後備計劃和風險評估的副本應提供給領取者. 正本應當放在收件人的案件檔案. 社會工作者應鼓勵領取者張貼-1頁在容易1得的地方.** **協議 及 簽署:** 與領取者/其他的參與者，審查每 - 欄，核實過程中的所有部分都經過討論. 確保所有適當的人在表格上簽名，以確認同意表格上的資料.	Այս ձեւը օգտագործեք ստացողի հետ աշխատելու ժամանակ, որպեսզի ապահովվի նրա որոշումների անկախ կայացման եւ ընտրության հնարավորությունը՝ իր Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման վերաբերյալ: Ապահովեք, որ այս գործընթացի ժամանակ քննարկում եւ բանակցություններ կայանան սոցիալական աշխատողի, ստացողի եւ ստացողի ցանկությամբ ընդգրկված այլ անձանց միջեւ: Լրացվելուց հետո, Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթի պատճենը պետք է տրամադրվի ստացողին: Բնագիր օրինակը պետք է պահպանվի ստացողի գործի թղթապանակում: Սոցիալական աշխատողը պետք է քաջալերի ստացողին պահել 1-ին էջը մատչելի տեղում: **ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ ԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.** Ստացողի/այլոց մասնակցությամբ վերանայեք բոլոր բաժինները՝ ստուգելու համար, որ բոլոր բաժինները քննարկված լինեն այս գործընթացի ժամանակ: Ապահովեք, որ բոլոր համապատասխան անձինք ստորագրեն ձեւը՝ իրենց համաձայնությունը տալով ձեւում պարունակվող տեղեկատվությանը:	ស្ថាន ហានិភ័យ របស់ បុគ្គល ពី ឆ្នាំ មុន ។ សូមប្រើព័ត៌មាន នេះដើម្បីធ្វើការ ជាមួយអ្នកទទួល សេវាកម្ម ដើម្បី ប្រើជាជម្រើស និង ឯកសារជ្យាភាព ក្នុងការធ្វើការ សម្រេចចិត្ត ទៅលើ ការវាយ តម្លៃ ហានិភ័យ និងផែនការ បម្រុងបុគ្គលរបស់ ខ្លួន។ សូមប្រាកដថា ការពិភាក្សា និង ការចរចាបាន អនុវត្តឡើង រវាង បុគ្គលិកសង្គម អ្នកទទួលសេវា កម្ម និងបុគ្គល ផ្សេងទៀតដែល អ្នកទទួលសេវា កម្មចង់ឱ្យចូលរួម នៅក្នុងដំណើរការ នេះ។ **ក្រោយ បញ្ចប់ ច្បាប់ ចម្លងមួយច្បាប់ នៃ ការវាយ តម្លៃហានិភ័យ និងផែនការ បម្រុងបុគ្គល ត្រូវ ប្រគល់ជូនអ្នក ទទួលសេវាកម្ម។ ទម្រង់ច្បាប់ដើម គួររក្សាទុកនៅ ក្នុងសំណុំឯកសារ សំណុំរឿងរបស់ អ្នកទទួលសេវា កម្ម។ បុគ្គលិក សង្គម នឹង ជំរុញឱ្យអ្នកទទួល សេវាកម្មបិទ ទ់ព័រទី 1 នៅ កន្លែងណាដែល ងាយស្រួលក្នុងការ ចូលអានបាន។** **កិច្ចព្រមព្រៀង និង ហត្ថលេខា:** សូម ពិនិត្យគ្រប់ផ្នែក ទាំងអស់ដោយ បញ្ជាក់ថា ចំណុច នីមួយៗគឺបាន ពិភាក្សាគ្នាក្នុង ពេលដំណើរការធ្វើ ផែនការ ជាមួយនឹងអ្នក ទទួលសេវាកម្ម/ អ្នកចូលរួមផ្សេង ទៀត។ ត្រូវ ប្រាកដថា បុគ្គល ម្នាក់ៗ បានចុះ ហត្ថលេខានៅក្នុង ទម្រង់បែបបទ ដើម្បីបញ្ជាក់ពីការ ឯកភាព ចំពោះព័ត៌មាន នៅក្នុងទម្រង់ បែបបទនេះ។	وجود است رم برای ی با تننده استفاده امکان و انتخاب میم گیریهای به طرح فردی و خطر را به اید حاصل کنید کار ی، تننده، و هر گری که میخواهد در د (جریان) شته باشد با گو کنند. پس ل، یک **طرح** **فردی و** **خطر باید** **فتکننده** **ود. فرم** **باید در** **(دوسیه)** **تننده بایگانی** **ددکار** **ی باید** **را تشویق** **صفحه 1 را** **ی قرار دهد** **احتی در** **ن باشد** و با مشارکت تننده/ ، همه را بررسی بتوانید تأیید تمام با در طول (پروسه) حث قرار ست. حاصل کنید افراد ه برای تأیید با اطلاعات در فرم، آن ما کنند

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
Text is dynamic and displays when recipient is reporting changes.	Dynamic Text	By selecting this option, you, your social worker, and any other individual(s) you have chosen to be involved in this process, are confirming you discussed and agree with the information contained in this Individualized Back-Up Plan and Risk Assessment. Use this form to work with the recipient to allow him/her independence and choice in decisions related to his/her Individualized Back-Up Plan and Risk Assessment. Ensure that discussion and negotiation occurs between the social worker, the recipient, and any others whom the recipient wants involved while working through this process. **After completion, a copy of the Individualized Back-Up Plan and Risk Assessment shall be provided to the recipient. The original form shall be filed in the recipient's case file. Social worker shall encourage the recipient to post page 1 in an easily accessible area.** **RECIPIENT'S INFORMATION:** Fill in the recipient's name, and case number. This information will need to be added to each page until CMIPS II can auto-fill. **SUPPORT CONTACTS:** Through discussion with the recipient/others involved in the development of this plan, fill in the recipient's choices and preferences of back-up contacts, as well as other important numbers identified, if needed. Discuss abuse, fraud and neglect with the recipient, the process to report abuse, fraud and neglect, and include the local APS/CPS numbers in their area. Reinforce with the recipient to call 911 if he/she has an emergency. **GENERAL RISK ASSESSMENT PART A:** If assistance will be met through other formal or informal services, complete the SOC 450, Voluntary Services Certification, as needed. Identified risks may be mitigated through the authorization of hours in the service plan. If the recipient refuses any service, clearly document the service refused and the identified risks, and that the recipient elects to assume the risks associated with not receiving the service. **GENERAL RISK ASSESSMENT PART**	Al seleccionar esta opción, usted, su trabajador social y cualquier otra persona que haya elegido para participar en este proceso(s), confirman que discutió y está de acuerdo con la información contenida en este Plan alterno individualizado y Evaluación de riesgos. Use este formulario para colaborar con el beneficiario y permitirle a él/ella independencia y elección en las decisiones relacionadas a su "Plan alterno individualizado y evaluación de riesgos". Asegúrese que la discusión y la negociación se lleven a cabo entre el trabajador social, el beneficiario, y cualquier otra persona que el beneficiario quiere que participe mientras colaboran en este proceso. **Después de terminar, se le proporcionará al beneficiario una copia del "Plan alterno individualizado y evaluación de riesgos". El formulario original se guardará en el expediente del caso del beneficiario. El trabajador social le aconsejará al beneficario que coloque la página 1 en un lugar visible y de fácil acceso.** **INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO:** Anote el nombre del beneficiario y el número del caso. Esta información se tiene que anotar en cada página hasta que el CMIPS II pueda llenarlo automáticamente. **CONTACTOS DE APOYO:** A través de la discusión con el beneficiario/otras personas involucradas en el desarrollo de este plan, anote las elecciones y preferencias del beneficiario de los contactos alternos, al igual que otros números importantes identificados, si es necesario. Hable con el beneficiario acerca del abuso, fraude, y descuido, el proceso para reportar el abuso, fraude, y descuido, e incluya los números locales del APS/CPS en su área. Anime al beneficiario a que llame al 911 si él/ella tiene una emergencia. **EVALUACIÓN GENERAL DE RIESGOS**	通過選擇此選項，您、您的社工以及您選擇參與此過程的任何其他個人，確認您已討論並同意此個性化後備計劃和風險評估中包含的信息。 同與領取者使用此表格處理他/她的獨立性和選擇決策中有關他/她的個人的後備計劃和風險評估. 確保討論和商討時有領取者希望的社工，領取者和任何他人士參與這過程. 完成後， **- 份個人的後備計劃和風險評估的副本應提供給領取者. 正本應當放在收件人的案件檔案. 社會工作者應鼓勵領取者張貼-1頁在容易1得的地方.** **領取者的資料:** 填寫領取者的姓名，案件編號. 此信息 被添加到每 - 頁直到 CMIPS II 可以自動填寫. **支援聯絡表:** 通過與領取者/其他參與這項發展計劃的討論，填寫領取者的後備電話號碼的選擇和偏好，如果需要的話,其它已確定的重要電話號碼. 與領取者討論虐待，欺詐和忽略照顧，還有報告虐待，欺詐和忽略照顧的程序，而且包括他們當地的APS/CPS 電話號碼. 鼓勵領取者撥打911如果他/她有 - 個緊急情況. **般風險評估 - A:** 如果通過其它正式或非正式的服務會符合援助，如有需要，請填寫SOC450，志願服務的認證. 通過授權時數的服務計劃可能會減輕確定的風險. 如果領取者拒絕任何的服務，清楚地記錄所拒	Ընտրելով այս տարբերակը՝ Դուք, Ձեր սոցիալական աշխատողը և այս գործընթացում ընդգրկված Ձեր կողմից ընտրված ցանկացած անձ (անձիք) հաստատում են, որ քննարկել և համաձայնության են եկել այս Անհատականացված պահուստային պլանի և ռիսկերի գնահատման փաստաթղթում պարունակվող տեղեկատվության հետ: Այս ձևը օգտագործեք ստացողի հետ աշխատելու ժամանակ, որպեսզի ապահովվի նրա որոշումների անկախ կայացման եւ ընտրության հնարավորությունը՝ իր Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման վերաբերյալ: Ապահովեք, որ այս գործընթացի ժամանակ քննարկում եւ բանակցություններ կայանան սոցիալական աշխատողի, ստացողի եւ ստացողի ցանկությամբ ընդգրկված այլ անձանց միջեւ: Լրացվելուց հետո, Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթի պատճենը պետք է տրամադրվի ստացողին: Բնագիր օրինակը պետք է պահպանվի ստացողի գործի թղթապանակում: Սոցիալական աշխատողը պետք է քաջալերի ստացողին պահել 1-ին էջը մատչելի տեղում: **ՍՏԱՑՈՂԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ.** Լրացրեք ստացողի անուն, ազգանունը եւ գործի թիվը: Այս տեղեկատվությունը անհրաժեշտ է լրացնել յուրաքանչյուր էջում, մինչ CMIPS II-ը կարողանա ինքնիրեն լրացնել այն: **ԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԱՆՁԻՆՔ՝ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ.** Ստացողի/ծրագրի մշակման մեջ ընդգրկված այլ անձանց հետ քննարկումների միջոցով լրացրեք ստացողի ընտրությունները եւ նախապատվությունները՝ օգնության համար նախատեսված կոնտակտային անձանց վերաբերյալ, ինչպես նաեւ, անհրաժեշտության դեպքում, այլ կարեւոր հեռախոսահամարներ: Ստացողի հետ քննարկեք չարաշահման, կեղծումների կամ անպատշաճ վերաբերմունքի հարցերը, դրանց մասին հաղորդելու ընթացքը եւ հայտնեք տվյալ տարածքի APS/CPS-ի տեղական հեռախոսահամարները: Քաջալերեք ստացողին զանգահարել 911, եթե նա գտնվում է արտակարգ իրավիճակում: **ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ - Ա.** Եթե աջակցությունը տրամադրվելու է այլ պաշտոնական կամ ոչ պաշտոնական ծառայությունների միջոցով, ապա տվյալ դեպքում լրացրեք SOC 450-ը՝ Կամավոր ծառայությունների վկայագիրը: Բացահայտված ռիսկերը կնվազեցվեն ծառայությունների ծրագրով ժամերի տրամադրման միջոցով: Եթե ստացողը հրաժարվում է որեւէ ծառայությունից, ապա հստակորեն փաստեք հրաժարված ծառայությունը եւ բացահայտված ռիսկերը, եւ որ ստացողը որոշել է իր վրա վերցնել ծառայությունը չստանալու հետ կապված ռիսկերը: **ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ - Բ.** Բացի այդ,	ដោយ ជ្រើស រើសជម្រើស នេះ អ្នក អ្នកធ្វើការ សង្គម របស់ អ្នក និង បុគ្គល ណា ផ្សេងទៀត ដែល អ្នក បាន ជ្រើស រើស ចូលរួម ក្នុង ដំណើរ ការ នេះ កំពុង បញ្ជាក់ ថា អ្នក បាន ពិភាក្សា និង យល់ស្រប នឹង ព័ត៌មាន ដែល មាន នៅ ក្នុង ផែនការ បម្រុងទុក និង ការជំនាន់ស្មាន ហានិភ័យ របស់ បុគ្គល ម្នាក់ ៗ នេះ ។ សូមប្រើព័ត៌មាន នេះដើម្បីធ្វើការ ជាមួយអ្នកទទួល សេវាកម្ម ដើម្បី ប្រើជាជម្រើស និង ឯកភាពផ្សាភ ក្នុងការធ្វើការ សម្រេចចិត្ត ទៅលើ ការវាយ តម្លៃ ហានិភ័យ និងផែនការ បម្រុងបុគ្គលរបស់ ខ្លួន។ សូមប្រាកដថា ការពិភាក្សា និង ការចរចាបាន អនុវត្តឡើង រវាង បុគ្គលិកសង្គម អ្នកទទួលសេវា កម្ម និងបុគ្គល ផ្សេងទៀតដែល អ្នកទទួលសេវា កម្មចង់ឱ្យចូលរួម នៅក្នុងដំណើរការ នេះ។ **ក្រោយ បញ្ចប់ ច្បាប់ ចម្លងមួយច្បាប់ នៃ ការវាយ តម្លៃហានិភ័យ និងផែនការ បម្រុងបុគ្គល ត្រូវ ប្រគល់ជូនអ្នក ទទួលសេវាកម្ម។ ទម្រង់ច្បាប់ដើម គួររក្សាទុកនៅ ក្នុងសំណុំឯកសារ សំណុំរឿងរបស់ អ្នកទទួលសេវា កម្ម។ បុគ្គលិក សង្គម និង ជំរុញឱ្យអ្នកទទួល សេវាកម្មបិទ ទំព័រទី 1 នៅ កន្លែងណាដែល ងាយស្រួលក្នុងការ ចូលអានបាន។** **ព័ត៌មានអ្នក ទទួលសេវា កម្ម:** បំពេញឈ្មោះ អ្នកទទួលសេវា កម្ម និង លេខសំណុំរឿង។ ព័ត៌មាននេះត្រូវ ដាក់បន្ថែមទៅ ក្នុង ទំព័រមួយៗ រហូតទាល់តែ CMIPS II អាច បំពេញដោយ ស្វ័យប្រវត្តិ។ **ការទំនាក់ទំនង ផ្នែក ជំនួយ:** តាមរយៈ ការពិភាក្សា	ب این شما، س اجتماعی هر فرد که شما کرده‌اید که فرایند داشته باشد، کنید که با ت موجود برنامه ی فردی و ی خطر شده، بحث با آن ی کرده‌اید ب این شما تایید می هیچ تغییری امه پشتیبان ردی و ی ریسک از ی وجود است رم برای ی با کننده استفاده امکان ی و انتخاب میم گیریهای به طرح فردی و ی خطر را به ید ی حاصل کنید کار ی، کننده، و هر گری که میخواهد در د (جریان) شته باشد با گو کنند. پس ل، یک **طرح** **ی فردی و** **ی خطر باید** **فتکننده** **ود. فرم** **باید در** **(دوسیه)** **کننده بایگانی** **ددکار** **ی باید** **را تشویق** **صفحه 1 را** **ی قرار دهد** **احتی در** **ن باشد** **ت** **کننده:** نام کننده و پرونده (را وارد ن اطلاعات هر صفحه شود تا که CMIPS ودکار ت) پر شود **ت** **:** از طریق با کننده/سایر افرادی که طرح نقش انتخابها و ت کننده در با افراد و همچنین

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
		B: Also, discuss with the recipient additional risk areas that could be mitigated or improved through discussion and planning (Back-Up Plan). **DISASTER PREPAREDNESS:** Discuss disaster preparedness with the recipient/others involved in the development of the plan. Include a discussion of how individual health needs may be addressed in the event of a disaster. **AGREEMENT AND SIGNATURES:** With the recipient's/others' participation, review all sections verifying that each area was discussed during the process. Ensure that all appropriate individuals sign the form to confirm agreement with the information on the form.	**- A:** Si la ayuda se va a proporcionar a través de otros servicios formales o informales, complete el formulario SOC 450, "Certificación de servicios voluntarios", si es necesario. Los riesgos identificados se pueden disminuir por medio de la autorización de horas en el plan de servicios. Si el beneficiario rechaza algún servicio, documente claramente el servicio rechazado y los riesgos identificados, y que el beneficiario elige asumir los riesgos asociados por no recibir el servicio. **EVALUACIÓN GENERAL DE RIESGOS - B:** También hable con el beneficiario acerca de las áreas de riesgos adicionales que se pudieran reducir o mejorar a través de la discusión y planeamiento (plan alterno). **PREPARACIÓN EN CASO DE DESASTRE:** Hable con el beneficiario/otros involucrados en el desarrollo del plan sobre la preparación en caso de desastre. Incluya una discusión sobre cómo se pueden tratar las necesidades de salud individuales en caso de un desastre. **ACUERDO Y FIRMAS:** Con la participación del beneficiario/otros involucrados, revise todas las secciones verificando que, durante el proceso, se hable de cada área. Asegúrese que todas las personas apropiadas firmen el formulario para confirmar que están de acuerdo con la información en el formulario.	絕的服務和所確定的風險，而且領取者會承擔不接受服務所面對相關的風險. **般風險評估 - B:** 此外，與領取者討論可以通過討論而減輕或改善的額外風險範圍（後備計劃）. **災害防備:** 與領取者/其他涉及發展計劃中的人討論災害防備. 包括討論在災難發生時，如何處理個人的健康需求. **協議 及 簽署:** 與領取者/其他的參與者，審查每 - 欄，核實過程中的所有部分都經過討論. 確保所有適當的人在表格上簽名，以確認同意表格上的資料.	ստացողի հետ քննարկեք հավելյալ ռիսկերի գոտիները, որոնք կարող են նվազեցվել կամ բարելավվել քննարկումների եւ պլանավորման միջոցով (Աջակցության ծրագիր): **ՊԱՏՐԱՍՏՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ԱՂԵՏՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ .** Ստացողի/ծրագրի մշակման մեջ ընդգրկված այլ անձանց հետ քննարկեք աղետների պատրաստվածության հարցը: Անցկացրեք քննարկում այն մասին, թե ինչպես կարող են բավարարվել անհատական առողջական կարիքները աղետի դեպքում: **ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ ԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ.** Ստացողի/այլոց մասնակցությամբ վերանայեք բոլոր բաժինները՝ ստուգելու համար, որ բոլոր բաժինները քննարկված լինեն այս գործընթացի ժամանակ: Ապահովեք, որ բոլոր համապատասխան անձինք ստորագրեն ձեւը՝ իրենց համաձայնությունը տալով ձեւում պարունակվող տեղեկատվությանը:	ជាមួយនឹងអ្នកទទួលសេវាកម្ម/បុគ្គលផ្សេងទៀតដែលចូលរួមក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការនេះ ចូរបំពេញនូវផ្នែកម្រើសនិងការពេញចិត្តរបស់អ្នកទទួលសេវាកម្ម នៃអ្នកទំនាក់ទំនងបម្រុងទុក ព្រមទាំងលេខសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលបានកំណត់ឡើង ប្រសិនបើចាំបាច់។ ចូរពិភាក្សា ពីការរំលោភបំពាន ការក្លែងបន្លំ និងការធ្វេសប្រហែសជាមួយអ្នកទទួលសេវាកម្ម និងដាក់បញ្ចូលលេខ APS/CPS ក្នុងតំបន់របស់ពួកគេ។ ជំរុញឱ្យអ្នកទទួលសេវាកម្មទូរស័ព្ទទៅលេខ 911 ប្រសិនបើមានករណីបន្ទាន់។ **ការវាយតម្លៃហានិភ័យទូទៅ - A:** ប្រសិនបើជំនួយត្រូវបានផ្តើយតបតាមរយៈសេវាកម្មផ្លូវការ ឬក្រៅផ្លូវការផ្សេងៗទៀត សូមបំពេញទម្រង់ SOC 450 លិខិតបញ្ជាក់ការស្ម័គ្រចិត្ត តាមការចាំបាច់។ ហានិភ័យដែលបានកំណត់ឡើងអាចនឹងត្រូវបានកាត់បន្ថយតាមរយៈការអនុញ្ញាតចំនួនម៉ោងនៅក្នុងផែនការសេវាកម្ម។ ប្រសិនបើអ្នកទទួលសេវាកម្មបដិសេធមិនទទួលយកសេវាកម្មណាមួយ ត្រូវរៀបចំឯកសារពីសេវាកម្មដែលបានបដិសេធមិនទទួលយក និងហានិភ័យដែលបានកំណត់ឡើងឱ្យបានច្បាស់ និងបញ្ជាក់ថាអ្នកទទួលសេវាកម្មនោះ ជ្រើសរើសសន្ធកនូវហានិភ័យដែលទាក់ទងនឹងការមិនទទួលបានសេវាកម្ម។ **ការវាយតម្លៃហានិភ័យទូទៅ - B:** សូមពិភាក្សាជាមួយអ្នកទទួលសេវាកម្មពីតំបន់ដែលមានហានិភ័យបន្ថែមដែល អាចកាត់បន្ថយ ឬកែលម្អតាមរយៈ: ការពិភាក្សា និងការធ្វើ	(دیگر) های مهم را رت نیاز کنید. در سوء استفاده، داری اری) و بی ، و روند) گزارش تفاده، تقلب بهی با گفتگو کنید و های محلی APS/ خود را درج ت) کنید. از کننده بخواهید صورت قرار در شرایط ری با 911 بگیرد **خطر** **A: عمومی** (دیگر) رسمی یا مهی نیز دریافت در صورت واهی داوطلبانه SOC 45 کنید. ممکن طریق ص دادن در طرح ، خطرات شده کاسته وند. اگر کننده از هرگونه امتناع اری) کرد و صمیم گرفت ات مربوط دریافت را بپذیرد، رد شده و شناسایشده طور مشخص کنید **خطر** ، **B:** در ، برابر حوزههای بین که آنها را از بحث و یزی کاهش بخشید، با کننده گفتگو طرح (**برای** در رابطه با در برابر با کننده/سایر افراد درگیر طرح کنید. در یگونگی رفع بهداشتی) فردی در وقوع یز گفتگو **و** با مشارکت کننده/ همه را بررسی بتوانید تأیید تمام با در طول (پروسه)

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
						ផែនការ (ផែនការបម្រុងទុក)។ **ការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់គ្រោះមហន្តរាយ៖** សូមពិភាក្សាពីការត្រៀមខ្លួនទុកមុនសម្រាប់មហន្តរាយជាមួយនឹងអ្នកទទួលសេវាកម្ម/បុគ្គលផ្សេងទៀតដែលចូលរួមនៅក្នុងការអភិវឌ្ឍន៍ផែនការ។ ការពិភាក្សាត្រូវរួមបញ្ចូលពីរបៀបដែលតម្រូវការសុខភាពបុគ្គលម្នាក់ៗត្រូវដោះស្រាយនៅក្នុងករណីមានគ្រោះមហន្តរាយ។ **កិច្ចព្រមព្រៀងនិងហត្ថលេខា៖** សូមពិនិត្យគ្រប់ផ្នែកទាំងអស់ដោយបញ្ជាក់ថា ចំណុចនីមួយៗគឺបានពិភាក្សាគ្នាក្នុងពេលដំណើរការធ្វើផែនការជាមួយនឹងអ្នកទទួលសេវាកម្ម/អ្នកចូលរួមផ្សេងទៀត។ ត្រូវប្រាកដថា បុគ្គលម្នាក់ៗ បានចុះហត្ថលេខានៅក្នុងទម្រង់បែបបទដើម្បីបញ្ជាក់ពីការឯកភាពចំពោះព័ត៌មាននៅក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ។	حث قرار ست. حاصل کنید افراد ه برای تأیید با اطلاعات در فرم، آن ما کنند
This field displays only when the form is accessed by the county worker.	Field Name	Comments/Notes:	Comentarios/Notas:	評論/註釋:	Դիտողություններ/Նշումներ	មតិយោបល់/កំណត់ចំណាំ៖	یادداشتها/

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
These tabs/fields/error messages only display when the recipient is reporting changes.	Sub-Section Title	**RECIPIENT'S INFORMATION**	**INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO**	**領取者的資料**	**ՍՏԱՑՈՂԻ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ**	**មតិយោបល់/ កំណត់ចំណាំ៖**	**ت** **دننده**
	Field Name	Recipient's Name	Nombre Del Beneficiario	領取者姓名	Ստացողի Անուն	ឈ្មោះអ្នកទទួលសេវាកម្ម	افتکنندگان
	Field Name	Case Number	Número Del Caso	案件號碼	Գործի Թիվ	លេខសំណុំរឿង	پرونده (ر
	Sub-Section Title	**SUPPORT CONTACTS**	**CONTACTOS DE APOYO**	**支援聯絡表**	**ԿՈՆՏԱԿՏԱՅԻՆ ԱՆՁԻՆՔ՝ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԱՐ**	**ការទំនាក់ទំនងផ្នែកជំនួយ**	**ت پشتیبان**
	Static Text	**If you need non-emergency assistance, and/or your IHSS care provider has not arrived as scheduled, call:**	**Si usted necesita ayuda que no es de emergencia, y/o su proveedor de IHSS no ha llegado como estaba programado, llame a:**	**如果你需要非緊急援助和/或你的IHSS的看顧提供者尚未如期到達,請致電:**	**Եթե ոչ շտապ օգնության կարիք ունեք եւ/կամ IHSS-ի Ձեր խնամատուն չի եկել նշանակված ժամին, ապա զանգահարեք.**	**ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយដែលមិនមែនសង្គ្រោះបន្ទាន់ និង/ឬ អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម កម្មវិធី IHSS របស់អ្នក មិនទាន់មកដល់តាមពេលកំណត់ទេ សូមទូរសព្ទទៅ៖**	**کمک غیر** **می (عاجل)** **ید و/یا** **نده مراقبت** **IHSS ق** **نرسیده** **تماس**
	Field Name	Name	Nombre	姓名	Անուն, ազգանուն	ឈ្មោះ	
	Field Name	Phone	Teléfono	電話	Հեռախոսահամար	លេខទូរសព្ទ	تلفن
	Static Text	Family Member:	Miembro de la familia:	家庭成員:	Ընտանիքի անդամ	សមាជិកគ្រួសារ៖	خانواده
	Static Text	Friend/Neighbor:	Amigo/vecino:	朋友/鄰居:	Ընկեր/յարեկամ	មិត្តភក្តិ/អ្នកជិតខាង៖	همسایه/
	Static Text	County Social Services Worker:	Trabajador social del condado:	郡社會服務工作員:	Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների աշխատակից	បុគ្គលិកសេវាសង្គមកិច្ចខេត្ត៖	خدمات ی کانتی
	Static Text	County IHSS Social Services Office:	Oficina de IHSS de servicios sociales del condado:	郡 IHSS社會服務處辦公室:	Վարչաշրջանի IHSS-ի սոցիալական ծառայությունների գրասենյակ	ការិយាល័យសេវាសង្គមកិច្ច កម្មវិធី IHSS ខេត្ត៖	خدمات اجتماعی
	Static Text	Public Authority:	Autoridad pública:	公共管理局:	Պետական պատասխանատու մարմին	អាជ្ញាធរសាធារណៈ៖	عمومی
	Static Text	Other:	Otro:	其它:	Այլ	ផ្សេងទៀត៖	(دیگر)
	Static Text	**Other important numbers available to you, if needed:**	**Otros números importantes disponibles para usted, si se necesitan:**	**其它可提供給你重要的電話號碼,如果需要的話:**	**Ձեր տրամադրության տակ գտնվող այլ կարեւոր հեռախոսահամարներ, եթե անհրաժեշտ լինեն.**	**សមាជិកសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលអ្នកមាន ប្រសិនបើចាំបាច់៖**	**(دیگر)** **های مهم در** **شما، در** **نیاز**
	Static Text	Doctor's Office:	Oficina del doctor:	醫生診所:	Բժշկի գրասենյակ	ផ្សេងទៀត៖	دکتر
	Static Text	Advocacy Group(s):	Grupo(s) de abogacía:	擁護團體:	Փաստաբանական խումբ (խմբեր)	ក្រុមអ្នកគាំទ្រ៖	های) ی
	Static Text	Police Department:	Departamento de policía:	警察局:	Ոստիկանական բաժանմունք	នាយកដ្ឋានប៉ូលីស៖	پلیس
	Static Text	Fire Department:	Departamento de bomberos:	消防局:	Հրշեջ ծառայություն	នាយកដ្ឋានអគ្គីភ័យ៖	Fire Departme (to be corrected future spr
	Static Text	Other:	Otro:	其它:	Այլ	ផ្សេងទៀត៖	(دیگر)
	Static Text	**If you need to report abuse, fraud and/or neglect, call:**	**Si necesita reportar abuso, fraude, y/o descuido, llame a:**	**如果你需要舉報虐待,欺詐和/或疏忽照顧,請致電:**	**Եթե ցանկանում եք հայտնել չարաշահման, կեղծումների եւ/կամ անպատշաճ վերաբերմունքի մասին, ապա զանգահարեք.**	**ប្រសិនបើអ្នកចង់រាយការណ៍ពីការរំលោភបំពាន ការក្លែងបន្លំ និង/ឬ ការធ្វេសប្រហែស**	**خواهید سوء** **،** **اری** **اری) و یا** **ی را**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
						សូមទូរសព្ទទៅ កាន់៖	**کنید، تماس**
	Static Text	Adult Protective Services:	Servicios para la Protección de Adultos:	成人保護性服務:	Չափահասների պաշտպանության ծառայություններ	សេវាការពារ មនុស្សពេញវ័យ៖	حفاظتی لان
	Static Text	Child Protective Services:	Servicios para la Protección de Niños:	兒童保護性服務:	Երեխաների պաշտպանության ծառայություններ	សេវាការពារ កុមារ៖	حفاظتی ن
	Static Text	Deaf or Hard of Hearing Resource Hotline: **(916) 558-5670**	Línea de información sobre recursos para personas sordas o con problemas de audición: **(916) 558-5670**	失聰或聽覺資源的熱線: **(916) 558-5670**	Խլություն կամ ծանր լսողություն ունեցողների թեժ գիծ **(916) 558-5670**	ប្រភព លេខ ទូរសព្ទបន្ទាន់ ផ្នែក គ-ដ្ឋង់ ឬ ពិបាកក្នុងការ ស្តាប់៖ **(916) 558-5670**	ن مخصوص شنوا یا کم **(916) 5 5670**
	Static Text	Fraud & Elder Abuse Hotline: **(800) 722-0432**	Línea de información sobre fraude y abuso de personas mayores: **(800) 722-0432**	詐騙及虐待長者熱線: **(800) 722-0432**	Խաբեության եւ չափահասների նկատմամբ բռնության թեժ գիծ **(800) 722-0432**	លេខទូរសព្ទ បន្ទាន់ ផ្នែក ការ រំលោភបំពាន មនុស្សពេញវ័យ & ការថ្លែងបន្ទ់៖ **(800) 722-0432**	ن گزارش داری ری) و سوء از سالمندان **(800) 7 0432**
	Static Text	Medi-Cal Fraud Hotline: **(800) 822-6222**	Línea de información sobre fraude en el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal): **(800) 822-6222**	Medi-Cal 欺詐熱線: **(800) 822-6222**	Medi-Cal-ի կեղծումների հաղորդման թեժ գիծ **(800) 822-6222**	លេខទូរសព្ទ បន្ទាន់ ផ្នែក ក្លែង បន្ត កម្មវិធី Medi-Cal៖ **(800) 822-6222**	ن گزارش داری ری) Medi **(800) 8 6222**
	Static Text	Social Security Administration Fraud Hotline: **(800) 269-0271**	Línea de información sobre fraude en la Administración del Seguro Social: **(800) 269-0271**	社會安全局欺詐熱線: **(800) 269-0271**	Սոցիալական ապահովության մարմնի կեղծումների հաղորդման թեժ գիծ **(800) 269-0271**	លេខទូរសព្ទ បន្ទាន់ ការក្លែង បន្ទ់រដ្ឋបាលសន្តិ សុខសង្គម៖ **(800) 269-0271**	ن گزارش داری ری) تامین ی **(800) 2 0271**
	Static Text	**If you have an emergency, call: 911** An emergency is an immediate threat to your health, welfare and/or safety.	**Si usted tiene una emergencia, llame al: 911** Una emergencia es una amenaza inmediata a su salud, bienestar, y/o seguridad.	**如果你有緊急情況,請致電: 911** 緊急情況是一個直接威脅你的健康,福利和/或安全的情況.	**Արտակարգ պատահարների դեպքում՝ զանգահարեք 911** Արտակարգ պատահարը Ձեր առողջությունը, բարեկեցությունը եւ/կամ անվտանգությունը անմիջականորեն վտանգող դեպքն է:	**ប្រសិនបើអ្នក មានករណីបន្ទាន់ សូមទូរសព្ទ ទៅលេខ 911** ករណីបន្ទាន់ មានន័យថា ការ គំរាមកំហែង ភ្លាមៗដល់សុខ ភាព សុខុមាល ភាព និង/ឬ សុវត្ថិភាពរបស់ អ្នក។	**ط ری تماس ؟** . اضطراری هدید فوری برای (جل ی، رفاه و یا ی شماست
	Error Message (#149)	Contact's Telephone Number must be 10 numeric characters.	El número de teléfono del contacto debe tener 10 caracteres numéricos.	聯繫人的電話號碼必須是 10 個數字字符。	Կոնտակտային հեռախոսահամարը պետք է պարունակի 10 թվային նիշ:	លេខទូរសព្ទ ទំនាក់ទំនង ត្រូវ មាន ១០តួ។	تلفن تماس نویسه باشد
	Error Message (#147)	Name and Phone number required for Support Contacts.	El nombre y el número de teléfono son necesarios para los contactos de soporte.	需要支援聯絡人的姓名和電話號碼。	Աջակցության կոնտակտների համար պահանջվում է՝ անուն/ազգանուն և հեռախոսահամար:	ត្រូវការ ឈ្មោះ និង លេខ ទូរស័ព្ទ សម្រាប់ គាំទ្រ ទំនាក់ទំនង ។	اره تلفن خاطبین الزامی
	Error Message (#148)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:	អ្នកមិនអាច បញ្ចូលអក្សរដែល មិនមែនជា ភាសាអង់គ្លេស ឬ តួអក្សរពិសេសទៅ ក្នុងសំណៅនេះ បានទេ ។	ی توانید غیر ی یا ای خاص ین فرم وارد
	Sub-Section	**GENERAL RISK ASSESSMENT**	**EVALUACIÓN GENERAL DE RIESGOS**	**般風險評估**	**ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՌԻՍԿԵՐԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ**	**ការវាយ តម្លៃហានិភ័យ**	**خطر**

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
	Title					ទូទៅ	
	Static Text	**A. IHSS Assessment** During this IHSS assessment process, you and your social worker identified risks based on those personal care and domestic and related services for which you may need assistance. Assistance may be met through IHSS or with other formal or informal services.	**A. Evaluación de IHSS** Durante el proceso de evaluación de IHSS, usted y su trabajador social identificaron riesgos basados en esos servicios de cuidado personal y domésticos relacionados para los cuales es posible que usted necesite ayuda. La ayuda se puede proporcionar a través de IHSS o a través de otros servicios formales o informales.	**A. IHSS評估** IHSS在此期間的評估過程,你和你的社工確定的風險是根據在個人護理和家庭及相關服務的基礎上,而你可能需要援助. 通過IHSS或其它正式或非正式的服務,可滿足援助.	**Ա. IHSS-ի գնահատում** IHSS-ի կողմից այս գնահատման ընթացքում Դուք եւ Ձեր սոցիալական աշխատողը բացահայտել եք անձնական, տնային խնամքի եւ այլ առնչվող ծառայությունների ոլորտների այն ռիսկերը, որոնց համար Դուք աջակցության կարիք ունեք: Աջակցությունը կարող է տրամադրվել IHSS-ի կամ այլ պաշտոնական կամ ոչ պաշտոնական ծառայությունների կողմից:	**A. ការវាយតម្លៃកម្មវិធី IHSS** ក្នុងពេលដំណើរការវាយតម្លៃកម្មវិធី IHSS នេះ អ្នក និង បុគ្គលិកសង្គមរបស់អ្នកធ្វើការកំណត់សម្គាល់ទៅលើហានិភ័យដោយផ្អែកលើសេវាកម្មផ្ទាល់ខ្លួន និងសេវាកម្មក្នុងស្រុកផ្សេងៗ ដែលអ្នកអាចនឹងត្រូវការជាជំនួយ។ ជំនួយអាចផ្តើយតបបានតាមរយៈកម្មវិធី IHSS ឬ តាមរយៈសេវាកម្មសេវាកម្មផ្លូវការ និងក្រៅផ្លូវការ។	**A. ارزیابی** ا ن این فرآیند (ارزیابی IHSS، اجتماعی اساس فردی و خانگی و که ممکن ای آنها نیاز ن داشته خطرات را ن کردید. ممکن است IH از طریق دیگر) رسمی یا سمی ارائه
	Static Text	**B. Additional Risk Areas** The following are additional risk areas that you and your social worker discussed that may be outside the scope of the IHSS program (check all that apply):	**B. Áreas de riesgo adicionales** Usted y su trabajador social hablaron acerca de las siguientes áreas de riesgo adicionales que es posible estén fuera del alcance del Programa de IHSS (marque todas las que sean pertinentes):	**B. 額外的有風險地區** 以下是你和你社工討論可能的IHSS計劃範圍之外額外的風險(勾劃所有適用):	**Բ. Հավելյալ ռիսկերի գոտիներ** Հետեւյալ գոտիները հանդիսանում են հավելյալ ռիսկային գոտիներ, որոնց վերաբերյալ քննարկում եք ունեցել Ձեր սոցիալական աշխատողի հետ եւ որոշել, որ դրանք, ըստ երեւույթին, IHSS-ի ծրագրի շրջանակներից դուրս կմնան (նշեք բոլոր անհրաժեշտ կետերը):	**B. តំបន់មានហានិភ័យបន្ថែម** ចំណុចខាងក្រោមនេះ ជាតំបន់មានហានិភ័យបន្ថែមដែលអ្នក និងបុគ្គលិកសង្គមរបស់អ្នកបានពិភាក្សាគ្នា ដែលអាចបានមកពីប្រភពខាងក្រៅនៃវិសាលភាពកម្មវិធី IHSS (សូមពិនិត្យមើលចំណុចទាំងអស់ដែលអនុវត្ត)៖	**B. (دیگر** ای ین زیر ای ین دیگری که شما و اجتماعیتان آنها بحث د و ممکن ارج از برنامه همه IHSS ن که صدق را علامت
	Field Name	B1. Living Arrangements*	B1. Arreglos de vivienda*	B1. 居住安排*	Բ1. Կենսապայմաններ*	B1. ការរៀបចំសម្រាប់ការរស់នៅ*	B1. ک ت
	Checkbox	Lives with others who may assist	Vive con otros que pueden ayudar	與其他人可以協助你的人生活	Բնակվում է այլոց հետ, որոնք կարող են օգնություն ցուցաբերել	រស់នៅជាមួយអ្នកផ្សេងដែលអាចជួយអ្នកបាន	ی زندگی که میتوانند به ن کنند
	Checkbox	Lives alone, relatives/friends nearby who may assist	Vive solo, parientes/amigos cerca que pueden ayudar	獨自生活,居住在附近可以協助你的親戚/朋友	Բնակվում է մենակ, ունի մոտ բարեկամներ/ընկերներ, որոնք կարող են օգնել	រស់នៅម្នាក់ឯង សាច់ញាតិ/មិត្តភក្តិជិតខាងដែលអាចជួយអ្នកបាន	گی میکند، ستان در نزدیک که ست کمک
	Checkbox	Lives alone, no relatives/friends nearby	Vive solo, no hay parientes/amigos cerca	獨自生活,沒有居住在附近可以協助你的親戚/朋友	Բնակվում է մենակ, չունի մոտ բարեկամներ/ընկերներ	រស់នៅម្នាក់ឯង គ្មានសាច់ញាតិ/មិត្តភក្តិជិតខាង	گی میکند، ام/دوستی له نزدیک
	Error Message (#146)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է ընտրություն կատարեք:	អ្នក ត្រូវ តែ ធ្វើ ការ ជ្រើស រើស ។	د یک ب بکنید
	Field Name	B2. Evacuation/Environmental Factors*	B2. Factores relacionados a la evacuación/ambiente*	B2. 疏散/環境因素*	Բ2. Դուրս գալու/շրջակա միջավայրի գործոններ*	B2. ការដម្លៀសខ្លួនចេញ/កត្តាបរិស្ថាន*	B2. /تخل ی محیطی
	Checkbox	Can Evacuate independently	Puede evacuar (desalojar el lugar) independientemente	可以獨立地疏散	Կարող է ինքնուրույն դուրս գալ	អាចដម្លៀសខ្លួនចេញបានដោយខ្លួនឯង	به طور خانه را ند
	Checkbox	Can Evacuate, but only with supervision/verbal	Puede evacuar, pero solo con supervisión/	可以疏散,但必須有監督/口頭	Կարող է դուրս գալ, սակայն հսկողությամբ/բանավոր ուղղություն	អាចដម្លៀសខ្លួនបាន ប៉ុន្តែអាចធ្វើ	تخلیه کند، با نظارت/

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
		direction	instrucciones verbales	的指示	տալու դեպքում	បានតែក្តងលក្ខ ខណ្ឌ មានការជួយ គ្រប់គ្រង/ការ ប្រាប់ផ្លូវតែ ប៉ុណ្ណោះ	شفاهی (
	Checkbox	Needs physical assistance to evacuate home in an emergency	Necesita ayuda física para evacuar el hogar en una emergencia	在緊急情況下撤離家園,需要體能上的援助	Արտակարգ պատահարի դեպքում տնից դուրս գալու համար ֆիզիկական աջակցության կարիք ունի	ជំនួយផ្នែករូបវន្ត ដើម្បីជម្លៀសខ្លួន ក្នុងករណីបន្ទាន់	خلیه منزل ع ری به یزیکی نیاز
	Checkbox	Able to access food/water independently	Puede alcanzar la comida/agua independientemente	能夠獨立地獲得食物/水	Կարող է ինքնուրույն կերակրվել/խմել	អាចប្រើប្រាស់ម្ហូប អាហារ/ទឹកដោយ ខ្លួនឯងបាន	به صورت به غذا/آب ی پیدا کند
	Checkbox	Aware of emergency or crisis numbers/contact	Conoce los números/contactos en caso de emergencia/crisis	知悉緊急或危機電話號碼/聯繫人	Տեղյակ է արտակարգ պատահարների կամ ճգնաժամային իրավիճակների հեռախոսահամարներին/ կոնտակտներին	ស្គាល់លេខទូរសព្ទ/ អ្នកត្រូវទំនាក់ ទំនង ពេលមាន ករណីបន្ទាន់ ឬវិបត្តិ	ر ھا/ ت تماسهای ری یا اگاه است
	Checkbox	Able to control lights, heat, cooling or other utilities	Puede controlar las luces, calefacción, enfriamiento u otros servicios públicos y municipales	能夠控制燈光,熱氣,冷氣或其它水電器	Կարող է օգտվել էլեկտրականության, ջեռուցման, զովացման կամ այլ սարքավորումներից	មានលទ្ធភាព គ្រប់គ្រងភ្លើង ម៉ាស៊ីនកំដៅ ម៉ាស៊ីនត្រជាក់ ឬ ទឹក ភ្លើងផ្សេង ទៀតបាន	کنترل ی، گرمایش ردن)، ن (سرد یا سایر تسهیلات ت) زندگی
	Error Message (#150)	You must select at least one option.	Debe seleccionar al menos una opción.	您必須至少選擇一個選項。	Դուք պետք է ընտրեք առնվազն մեկ տարբերակ:	អ្នក ត្រូវ តែ ជ្រើស ជម្រើស យ៉ាង ហោচ ណាស់ មួយ ។	حداقل یک ا انتخاب
	Field Name	B3. Communication*	B3. Comunicación*	B3. 溝通*	Բ3. Հաղորդակցում*	B3. ការទំនាក់ ទំនង*	B3. ی
	Checkbox	Communicates without difficulty	Se comunica sin dificultad	溝通沒有困難	Հաղորդակցվում է առանց դժվարության	អាចទាក់ទងបាន ដោយគ្មានផល ពិបាក	شکل ارتباط میکند
	Checkbox	Hearing impairment, communication limited	Problemas de audición, comunicación limitada	聽覺障礙,有限的溝通	Լսողության խանգարում, սահմանափակ հաղորդակցություն	ពិបាកក្តងការ ស្តាប់ ការទំនាក់ ទំនងមានកម្រិត	(مشکل) برقراری محدود
	Checkbox	Speech impairment, communication limited	Problemas del habla, comunicación limitada	語言障礙,有限的溝通	Խոսելու խանգարում, սահմանափակ հաղորդակցություն	ពិបាកស្តាប់ ការ ទំនាក់ទំនងមាន កម្រិត	(مشکل) برقراری محدود
	Checkbox	Can speak or hear with the use of Assistive Device(s)	Puede hablar u oír con el uso de un aparato(s) de ayuda	使用輔助設備時可以說或聽到	Կարողանում է խոսել կամ լսել օժանդակ սարք(եր)ի օգնությամբ	អាចនិយាយ ឬ ស្តាប់បាន ដោយ ប្រើឧបករណ៍ ជំនួយ។	با استفاده از (های) کمکی کند یا
	Checkbox	Able to place and receive calls independently	Puede hacer y recibir llamadas independientemente	能夠獨立地撥打和接聽電話	Կարողանում է ինքնուրույն զանգել եւ զանգեր ստանալ	អាចទទួល និងបិ ទទួរសព្ទបាន ដោយខ្លួនឯង	بدون کمک ند یا به اسخ (جواب)
	Checkbox	Can use telephone only with Assistive Device(s)	Puede usar el teléfono solamente con un aparato(s) de ayuda	只有使用輔助設備時才可以使用電話	Կարողանում է օգտվել հեռախոսից օժանդակ սարք(եր)ի օգնությամբ	អាចប្រើទូរសព្ទ បានដោយប្រើ ឧបករណ៍ជំនួយ ប៉ុណ្ណោះ។	دستگاه(های) میتواند از تفاده کند
	Field Name	Assistive device(s) needed to speak or hear*:	Dispositivos de asistencia necesarios para hablar o escuchar*:	說話或聽力所需的輔助設備*:	Խոսելու կամ լսելու համար անհրաժեշտ են օժանդակ սարքեր*.	ក្រូវការឧបករណ៍ ជំនួយសំរាប់ និយាយ ឬ ស្តាប់*។	های کمکی سحبت کردن ن نیاز
	Field Name	Assistive device(s) needed to use telephone*:	Dispositivos de asistencia necesarios para utilizar el teléfono*:	使用電話所需的輔助設備*:	Հեռախոսից օգտվելու համար անհրաժեշտ են օժանդակ սարք(ներ)*.	ក្រូវការឧបករណ៍ ជំនួយសំរាប់ ក្រូវ ប្រើទូរស័ព្ទ*។	(های) کمکی متفاده از نیاز است
	Error Message (#150)	You must select at least one option.	Debe seleccionar al menos una opción.	您必須至少選擇一個選項。	Դուք պետք է ընտրեք առնվազն մեկ տարբերակ:	អ្នក ត្រូវ តែ ជ្រើស ជម្រើស យ៉ាង	حداقل یک ا انتخاب

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
						ហោចណាស់ មួយ។	
	Error Message (#151)	Assistive device(s) needed to speak or hear cannot be blank.	Los dispositivos de asistencia necesarios para hablar o escuchar no pueden estar en blanco.	說話或聽力所需的輔助設備不能為空。	Խոսելու կամ լսելու համար անհրաժեշտ օժանդակ սարք(եր)ը չի կարող դատարկ լինել:	ឧបករណ៍ជំនួយ(s) ត្រូវនិយាយឬឮមិនអាចទទេបានទេ។	(های) مورد نیاز سحبت کردن ن نمی تواند باشد
	Error Message (#152)	Assistive device(s) needed to use telephone cannot be blank.	Los dispositivos de asistencia necesarios para usar el teléfono no pueden estar en blanco.	使用電話所需的輔助設備不能為空。	Հեռախոսից օգտվելու համար անհրաժեշտ օժանդակ սարք(եր)ը չի կարող դատարկ լինել:	ឧបករណ៍ជំនួយ(s) ត្រូវប្រើទូរស័ព្ទមិនអាចទទេបានទេ។	ستگاه (های) ی مورد نیاز ای استفاده از ن نمی توانند خالی باشند.
	Field Name	Comments	Comentarios	註釋	Նշումներ	មតិយោបល់	
	Sub-Section Title	**DISASTER PREPAREDNESS**	**PREPARACIÓN EN CASO DE DESASTRE**	**災害防備**	**ՊԱՏՐԱՍՏՎԱԾՈՒԹՅՈՒՆ ԱՂԵՏՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ**	**ការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់គ្រោះមហន្តរាយ**	**برای فجایع**
	Static Text	In preparation for a disaster, such as hot and cold weather emergencies, fires, floods, and earthquakes, you and your social worker discussed the following: • Your individual health needs that will be listed in the County's Disaster Preparedness Assessment Plan (if utilized by your county).	Usted y su trabajador social hablaron de lo siguiente, en preparación para un desastre, tal como emergencias de tiempo caliente y frío, incendios, inundaciones, y terremotos: • Sus necesidades individuales de salud que se anotarán en el plan de evaluación del condado relacionado a la preparación en caso de desastre (conocido en inglés como "County's Disaster Preparedness Assessment Plan"), (si es que su condado lo utiliza).	在準備防備災害,例如炎熱和寒冷天氣的突發事件,火災,水災,地震等,你和你的社工討論了以下的: • 你的個人健康需要將列出在郡政府的防災評估計劃(如果被你的郡政府採用)	Աղետների պատրաստվածության ուղղությամբ, ինչպիսիք են շոգ եւ ցուրտ եղանակային արտակարգ իրավիճակները, հրդեհները, ջրհեղեղները եւ երկրաշարժերը, Դուք եւ Ձեր սոցիալական աշխատողը քննարկել եք հետեւյալը. • Ձեր անհատական առողջական կարիքները, որոնք նշված կլինեն Վարչաշրջանի աղետների պատրաստվածության գնահատման պլանում (եթե գործածվում է Ձեր վարչաշրջանի կողմից):	ក្នុងការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់គ្រោះមហន្តរាយ មានដូចជា ការណីបន្ទាន់ដោយសារអាកាសធាតុ ក្តៅត្រជាក់ អគ្គីភ័យ ទឹកជំនន់ និងរញ្ជួយដែនដី អ្នក និង បុគ្គលិកសង្គមរបស់អ្នកបានពិភាក្សាគ្នាដូចខាងក្រោម៖ • តម្រូវការសុខភាពបុគ្គលម្នាក់ៗ របស់អ្នកដែលនឹងត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុងផែនការវាយតម្លៃការត្រៀមខ្លួនសម្រាប់គ្រោះមហន្តរាយ (ប្រសិនបើប្រើប្រាស់ដោយខោនធីរបស់អ្នក)។	طه با آماده برای یک مانند شرایط ری هوای سرد، آتش ، سیل و شما و اجتماعی در با موارد زیر کردید فردی (در باتی ای برای در توسط (سا ده است
	Sub-Section Title	**AGREEMENT AND SIGNATURES**	**ACUERDO Y FIRMAS**	**協議 及 簽署**	**ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ ԵՎ ՍՏՈՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ**	**កិច្ចព្រមព្រៀង និង ហត្ថលេខា**	**و امضاء**
	Checkbox	By checking this box, I am declaring that I am reviewing and approving this form as the Recipient's Authorized Representative.	Al marcar esta casilla, declaro que estoy revisando y aprobando este formulario como Representante autorizado del beneficiario.	通過選中此框，我聲明我正在作為受看護人的授權代表審查並批准此表格。	Նշելով այս վանդակը՝ ես հայտարարում եմ, որ վերանայում և հաստատում եմ այս ձևը՝ որպես Ստացողի լիազորված ներկայացուցիչ:	ដោយគូសកំនូសក្នុង ប្រអប់ នេះ ខ្ញុំ កំពុង ថ្លែងថា ខ្ញុំកំពុង ពិនិត្យសាឡើងវិញ និង យល់ព្រមថា ឯកសារ នេះ សំរាប់អ្នកដែលបានអនុញ្ញាតឲ្យ តំណាងអ្នកទទួល។	کردن این اعلام می کنم فرم را به نماینده مجاز بررسی و ی کنم
This text displays only when no changes are being reported.	Dynamic Text	In the event there have been no changes in the Individualized Back-Up Plan and Risk Assessment from the prior year, the Recipient/Social Worker can sign below confirming no change	En el caso que no hayan cambios en el "Plan alterno individualizado y evaluación de riesgo" del año pasado, elbeneficiario/trabajador social pueden firmar a continuación confirmando que no han habido cambios.	倘若上年的個人後備計劃和風險評估沒有改變的話，領取者/社會工作者可以在下面簽字確認沒有變化.	Այն դեպքում, երբ փոփոխություններ չկան նախորդ տարվա Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթի մեջ, ապա ստացողը/սոցիալական աշխատողը կարող են ստորագրել ստորեւ՝ հաստատելով, որ փոփոխություն չկա:	ក្នុងករណីគ្មានការកែប្រែទៅលើផែនការបម្រុងបុគ្គល និងការវាយតម្លៃហានិភ័យពីឆ្នាំមុនទេ អ្នកទទួលសេវាកម្ម/បុគ្គលិកសង្គមកិច្ច អាចចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម ដើម្បី	رتی که هیچ در طرح فردی و خطر ه سال قبل داشته باشد، ننده/مددکار ی میتواند در ای تایید عدم امضا کند

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian	Cambodian	Fars
						បញ្ជាក់ពីការមិនមានការកែប្រែនេះ។	
This text displays only when changes are being reported.	Dynamic Text	By signing below, you, your social worker, and any other individual(s) you have chosen to be involved in this process, are confirming you discussed and agree with the information contained in this Individualized Back-Up Plan and Risk Assessment	Al poner su firma a continuación, usted, su trabajador social, y cualquier otra persona(s) que usted haya escogidopara que participe en este proceso, están confirmando que hablaron y están de acuerdo con la información quecontiene este “Plan alterno individualizado y evaluación de riesgos”.	你 , 你的社工 , 以及 任何 其他 人在 下面 簽字表示 已選擇 參與 這個 過程 ,確認了 並同意 在這份 個人 的後備 計劃 和風險 評估 所討論 的資料 .	Ստորեւ ստորագրելով՝ Դուք, Ձեր սոցիալական աշխատողը եւ այս գործընթացում ընդգրկված Ձեր կողմից ընտրված ցանկացած անձ (անձինք) հաստատում են,որ դուք քննարկել եւ համաձայնության եք եկել այս Անհատականացված աջակցության ծրագրի եւ ռիսկերի գնահատման փաստաթղթում պարունակվող տեղեկատվության վերաբերյալ:	ការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម អ្នក និងបុគ្គលិកសង្គមរបស់អ្នក និង បុគ្គលផ្សេងទៀត ដែលអ្នកបានជ្រើសរើសឱ្យចូលរួមនៅក្នុងដំណើរការវាយតម្លៃនេះ នឹងបញ្ជាក់ថា អ្នកបានពិភាក្សាគ្នា និងឯកភាពទៅនឹងព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងការវាយតម្លៃហានិភ័យ និងផែនការ បម្រុងបុគ្គល នេះ។	با امضای این شما، مددکار می و هر فرد ی که انتخاب دهاید در این آیند (پروسه) مارکت داشته ، تأیید میکنید ه با اطلاعات در این طرح نیان فردی و ریابی ریسک موافق هستید.
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求.	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:	ខ្ញុំ យល់ និង យល់ព្រម ធ្វើ តាមតម្រូវ ការ ទាំងអស់ ដែល បានរាយ ក្នុង ឯកសារ នេះ	جه شدم و که تمامی ، موجود در ر را رعایت
	Error Message (#153)	Recipient/Authorized Representative agreement is required.	El acuerdo de beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要受看護人/授權代表同意。	Ստացողի/Լիազոր ներկայացուցչի համաձայնությունը պարտադիր է:	កិច្ចព្រមព្រៀងអ្នកទទួលជំនួយ/អ្នកតំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតត្រូវបានទាមទារ។	ریافت کننده ه مجازش ست
	Field Name	Printed Name*	Nombre escrito con letra de molde*	書寫名字*	ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌԵՐՈՎ*	ឈ្មោះជាអក្សរ ពោះពុម្ព*	نام چاپ شده
	Error Message (#154)	Recipient/Authorized Representative Printed Name is required.	El nombre impreso del beneficiario/representante autorizado es obligatorio.	需要填寫受看護人/授權代表的正楷姓名。	Ստացողի/Լիազորված ներկայացուցչի տպագիր անունը/ազգանունը պարտադիր է:	ឈ្មោះអ្នកទទួលជំនួយ/តំណាងដែលមានការអនុញ្ញាតដែលសរសេរជាអក្សរពុម្ព ត្រូវបានទាមទារ ។	نام نوشتاری ریافت‌کننده / مجاز الزامی است.
	Field Name	Date*	Fecha*	日期*	ԱՄՍԱԹԻՎ*	កាលបរិច្ឆេទ*	تاریخ*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY	MM/DD/Y
	Error Message (#155)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:	កាលបរិច្ឆេទចុះកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវបានទាមទារ ។	خ توافق لازم است.
	Error Message (#156)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:	កាលបរិច្ឆេទកិច្ចព្រមព្រៀងត្រូវតែស្ថិតក្នុងទ្រង់ទ្រាយ MM/DD/YYYYY។	وافقتنامه شکل MM/DD/Y
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ	ទៅមុខ	
	Button	Back	Atrás	後退	Նախորդ	ត្រឡប់ មក វិញ	ت
	Button	Save	Guardar	救	Պահպանել	រក្សាទុក	
	Button	Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք	ដាក់ស្នើ	

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 2255

CI
CI-824336 - DSD TRAN SOC 2255 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**PROVIDER WORKWEEK & TRAVEL TIME AGREEMENT (SOC 2255)**	**ACUERDO DEL PROVEEDOR SOBRE LA SEMANA LABORALY EL TIEMPO DE TRASLADO (SOC 2255)**	**看護人工作週及通勤時間協議 (SOC 2255)**	**ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՇԱԲԱԹՎԱ ԵՎ ՈՒՂԵՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ (SOC 2255)**
	Sub-Section Title	**Requirements and Instructions**	**Requisitos e Instrucciones**		պահանջներ և հրահանգներ
	Field Name	Provider Name	NOMBRE DEL PROVEEDOR:	看護人姓名:	ՄԱՏԱԿԱՐԱՐԻ ԱՆՈՒՆԸ՝
	Field Name	Provider Number	NÚMERO DEL PROVEEDOR:	看護人編號:	ՄԱՏԱԿԱՐԱՐԻ ՀԱՄԱՐԸ՝

	Static Text	**WORKWEEK SCHEDULE**
		
		PROVIDER REQUIREMENTS:
		
		• State law (Welfare and Institutions Code section 12300.4) limits providers in the IHSS and Waiver Personal Care Services (WPCS) programs to working a maximum weekly number of hours providing IHSS and WPCS. A provider who works for multiple recipients is limited to providing 66 hours per workweek.
		• The maximum weekly workweek does not include travel time as described in Part B of this form. The workweek starts on Sunday at 12:00 a.m. (midnight) and ends at 11:59 p.m. on the following Saturday.
		• Recipients are authorized services on a monthly basis and, based on state law, are limited to receiving a set amount of those services on a weekly basis. You will get a notice telling you how many authorized service hours each of your recipients gets weekly and monthly. You may never work more than a recipient's monthly authorized hours for that recipient. However, you may work more than a recipient's weekly authorized hours in certain circumstances. A recipient may adjust his or her weekly authorized hours, but he/she must get approval from the
			HORARIO DE LA SEMANA LABORAL
			
			REQUISITOS PARA LOS PROVEEDORES:
			
			• La ley del Estado (Sección 12300.4 del Código de Bienestar e Instituciones) limita el total de horas en una semana laboral que los proveedores de los programas de IHSS (In-Home Supportive Services) y Servicios de Cuidado Personal por Exensión (Waiver Personal Care Services - WPCS) pueden proporcionar servicios de IHSS y WPCS. Un proveedor que trabaja para más de dos beneficiarios no puede trabajar más de 66 horas por semana laboral.
			• La cantidad máxima para cada semana laboral no incluye el tiempo de traslado como se describe a continuación en la Parte B. La semana laboral empieza el domingo a las 12:00 a.m. (medianoche) y termina a las 11:59 p.m. del siguiente sábado.
			• Los beneficiarios reciben servicios autorizados mensualmente y se les limita a recibir una cantidad fija de esos servicios semanalmente, basado en la ley estatal. Usted recibirá una notificación diciéndole cuántas horas de servicio autorizadas cada uno de sus beneficiarios recibirá semanal y mensualmente. No debe trabajar más de las horas mensuales autorizadas para ese beneficiario. Sin embargo, usted puede trabajar más de las horas semanales autorizadas para un beneficiario, en algunas circunstancias. Un beneficiario puede ajustar sus horas
				工作週計劃
				
				看護人規範:
				
				• 州法 (福利與公共結構，第 12300.4 條) 限制 IHSS 以及 Waiver 個人照護服務（WPCS）計劃的看護人提供超過每週服務時數上限的 IHSS 和 WPCS 服務。為多名受看護人提供服務的看護人，每週最高工時限制為 66 小時。
				• 每週最高工時限制不包含本表 B 部分所述之通勤時間。每週工作時間從週日 12：00AM（午夜）開始，至週六 11：59 PM 結束。
				• 受看護人的授權服務按月批准，享受該等服務的時數則依據州法按週限制。您會按月和按週收到通知，告知您每一位受看護人有多少授權服務時數。您不可為受看護人提供超過其每月經授權服務時數的服務。然而，在某些情況下，您可以為受看護人提供超過其每週經授權服務時數的服務。受看護人可調整每週授權服務時數，然而，若此更動會造成看護人本月相較平時更多加班工作，或一個工作週內為受看護人工作40 小時以上（而，經授權，受看護人每週可享受的服務時數不超過40 小時），受看護人必須得到郡政府批准。
				• 身為看護人員，您的職責包括：
				  ○ 確保您每週為所有您的受看護人提供授權服務的總時數，加總之後不超過每週 66 小時。
				  ○ 除非時數經過正確調整，確保您為任一位您的受看護人工作服務的時數不超過此人每週授權時數。
				  ○ 若您的受看護人調整自身的每週授權時數，一週內增加您的工作時數而超過您一般工作時數，請確保您上一週或接下來一週的工作時數較少，避免您工作超過受看護人每月的授權時數，也避免您在當月
					ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՇԱԲԱԹՎԱ ԳՐԱՖԻԿ
					
					ՄԱՏԱԿԱՐԱՐԻՆ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎՈՂ ՊԱՀԱՆՋՆԵՐԸ՝
					
					• Նահանգային օրենքը (սոցիալական ապահովության և հաստատությունների մասին օրենսգրքի 12300.4 բաժին) սահմանափակում է IHSS և անձնական խնամքի այլընտրանքային ծառայությունների ծրագրերի մատակարարների IHSS և WPCS տրամադրելու շաբաթական առավելագույն աշխատանքային ժամերը: Բազմաթիվ ստացողների համար աշխատող մատակարարի յուրաքանչյուր աշխատանքային շաբաթվա աշխատաժամանակը սահմանափակվում է 66 ժամով:
					• Առավելագույն շաբաթական աշխատաժամանակը չի ներառում ուղևորության ժամանակն, ինչպես նկարագրված է այս ձևի Բ մասում: Աշխատանքային շաբաթը մեկնարկում է կիրակի ժամը 12:00-ին (կեսգիշեր) և ավարտվում՝ հաջորդ շաբաթ օրը, ժամը 11:59-ին երեկոյան:
					• Ստացողները իրավասու են ծառայություններ ստանալ ամսական կտրվածքով, և ահանգային օրենքի համաձայն, ստացվող ծառայությունների քանակը սահմանափակված է շաբաթական կտրվածքով: Դուք ծանուցում կստանաք այն մասին, թե ձեր ստացողներից յուրաքանչյուրը թույլատրված ծառայության համար շաբաթական և ամսական քանի ժամ է ստանում: Դուք չպետք է աշխատեք ավելին քան ստացողի համար թույլատրված ժամերը: Այնուամենայնիվ, որոշ հանգամանքներում, դուք հնարավոր է ավելի շատ աշխատեք, քան ստացողի շաբաթական թույլատրված ժամերն են: Ստացողը կարող

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian

		county if the adjustment will result in either a provider working more overtime hours in the month than the provider would normally work or working over 40 hours in any workweek for him/her (when, he/she is authorized to receive 40 hours or less in services in a workweek).
		• It is your responsibility as a provider to:
		  ○ Make sure that the total combined hours you work providing authorized services for all the recipients you work for in one workweek do not total more than the 66 hours in a workweek.
		  ○ Make sure that the hours you work providing services to any one of your recipients are not more than that recipient's weekly authorized hours, unless the hours are correctly adjusted.
		  ○ Make sure that if one of your recipients adjusts their weekly authorized hours to have you work more than the usual authorized amount, that you work less hours in a previous or later week to make sure you are not working more than his/her authorized monthly hours or working more overtime in the month than you normally would.
		• If you submit a timesheet in which you violate the workweek schedule in any of the following ways, you will receive a violation:
		  ○ You work more than 40 hours in a workweek without county approval for a recipient if he/she is authorized 40 hours or less in a workweek;
		  ○ You work more hours for a recipient than he/she is authorized in a workweek, without county approval and it
			semanales autorizadas, pero él tiene que recibir aprobación del Condado si es que el ajuste resulta en que un proveedor trabaje horas extra en el mes (más horas que las que normalmente trabajaría el proveedor) o en que el proveedor trabaje más de 40 horas para el beneficiario en cualquier semana laboral (cuando el beneficiario está autorizado a recibir 40 horas [o menos de 40 horas] de servicios en una semana laboral).
			• Como proveedor, su responsabilidad es:
			  ○ Asegurarse de que el total de la combinación de horas que usted trabaja en una semana laboral proporcionando servicios autorizados para todos los beneficiarios para quien usted trabaja no sea más de un total de 66 horas en una semana laboral.
			  ○ Asegurarse de que las horas que usted trabaja proporcionando servicios para alguno de sus beneficiarios no sean más que las horas de servicio autorizadas para la semana de ese beneficiario, a menos que las horas estén ajustadas correctamente.
			  ○ Si uno de sus beneficiarios ajusta sus horas semanales autorizadas para que usted trabaje más que la cantidad normalmente autorizada, asegurese de que usted trabaje menos horas la semana previa o la siguiente semana para asegurarse de que usted no trabaje más horas mensuales autorizadas o más horas extras de las que normalmente trabaja.
			• Usted recibirá una infracción si usted presenta un reporte de horas trabajadas en el cual usted no cumple con el horario de la semana laboral en alguna de las siguientes maneras:
			  ○ Trabaja para un beneficiario más de 40 horas en una semana laboral (sin la aprobación del Condado), si es que al beneficiario se le han autorizado 40 horas (o menos de 40 horas) en una semana laboral;
			  ○ Trabaja para un beneficiario más horas de las que él está autorizado a
				的加班工作時數超過平時的工作時數。
				• 若您遞交的工作時間表，有違反工作週計劃的下述情況，您將被記一次違規：
				  ○ 受看護人的工作週授權時數為不超過 40 小時，而在未得到郡政府批准的情況下，您在一個工作週內為其提供服務的時數超過 40 小時；
				  ○ 在未得到郡政府批准的情況下，您在一個工作週內為受看護人提供超過其授權時數的服務，導致您當月加班時數超過平時水準；
				  ○ 您為多名受看護人提供服務，在工作週內的加總時數超過 66 小時；您要求 7 小時以上的通勤時間（詳見此協議書的 B 部分）。
				• 若您因上述任一項而違反工作週計劃，您將受到以下懲處：
				  ○ 首次違規
				  ▪ 您及您的受看護人將收到一張違規通知，內含上訴權利的資訊。
				  ○ 第二次違規
				  ▪ 您的受看護人及您將收到一張違規通知，您可以選擇完成關於工作週和通勤時間限制的一次性培訓。如您選擇完成培訓，您將不會被計第二次違規。
				  ▪ 如果您在通知日期後的 14 天內未選擇完成培訓，您將收到第二張違規通知，內含上訴權利的資訊。
				  ○ 第三次違規
				  ▪ 您及您的受看護人將收到第三張違規通知，內含上訴權利的資訊。
				  ▪ 您將被中止 IHSS 計劃中的 IHSS 看護人資格 3 個月。
				  ○ 第四次違規
				  ▪ 您及您的受看護人將收到第四張違規通知，內含上訴權利的資訊。
				  ▪ 您將被終止 IHSS 計劃中的 IHSS 看護人資格 1 年。
				
				說明：
				
				您必須填寫下面的表格，以幫助您安排每周工作日程。您的時間安排必須包括為您服務的所有受看護人提供的服務，並且在任何工作週內不得超過66小時。您將收到《受看護人授權小時數和服務的看護人通知》(表格SOC 2271)中，有關每位受看護人每週授權的最大總小時數的通知。如果您有兩個以上的受看護人，請額外附加的表格。
				
				1. 在「工作週日程」標籤上的「**受看護人姓名**」欄位 (**A**) 中，輸入您為其提供授權 IHSS 服務的每位受看護人的**姓名**。
					է փոփոխել իր շաբաթական թույլատրված ժամերը, սակայն նա պետք է ստանա վարչաշրջանի հավանությունն այն դեպքում, եթե փոփոխության արդյունքում մատակարարը կամ ավելի շատ արտաժամյա աշխատանք է կատարում ամսվա ընթացքում, քան նա սովորաբար աշխատում է, կամ 40 ժամից ավել է աշխատում ստացողի համար՝ ցանկացած աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում (այն պարագայում, երբ ստացողի ծառայությունների համար թույլատրված ժամաքանակը կազմում է 40 ժամ կամ ավելի քիչ աշխատանքային շաբաթում):
					• Որպես մատակարար՝ ձեր պատասխանատվությունն է՝
					  ○ Հավաստիացե՛ք, որ ընդհանուր հանրագումարային ժամերի քանակը, որ դուք աշխատում եք ստացողներին լիազորված ծառայություններ տրամադրելու համար աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում, չի գերազանցում աշխատանքային շաբաթվա 66 ժամը:
					  ○ Հավաստիացե՛ք, որ ժամերն, որոնք դուք աշխատում եք ձեր ստացողներից որևէ մեկին ծառայություններ տրամադրելու նպատակով, չեն գերազանցում այդ ստացողի շաբաթական թույլատրված ժամերն, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ ժամերը համապատասխանաբար փոփոխված են:
					  ○ Այնպես արե՛ք, որ եթե ձեր ստացողներից որևէ մեկը փոփոխում է իր շաբաթական թույլատրված ժամերն, որպեսզի դուք ավելի շատ աշխատեք, քան թույլատրված ժամաքանակն է, ապա դուք ավելի քիչ ժամեր աշխատեք նախորդ կամ հաջորդ շաբաթվա ընթացքում՝ չգերազանցելու վերջինիս համար թույլատրված ամսական ժամերը կամ չկատարեք սովորականից ավելի շատ արտաժամյա աշխատանք՝ ամսվա ընթացքում:
					• Եթե դուք ներկայացնեք ժամանակացույց, որում դուք խախտում եք աշխատանքային շաբաթվա գրաֆիկը հետևյալ որևէ եղանակով, դուք կհամարվեք խախտում կատարող:
					  ○ Դուք աշխատում եք ավելի քան 40 ժամ շաբաթական առանց վարչաշրջանի հավանության, այն ստացողի համար, ում թույլատրված է 40 կամ ավելի քիչ ժամ աշխատանքային շաբաթվա համար:
					  ○ Դուք աշխատում եք ավելի շատ ժամեր ստացողի համար, քան նա

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		causes you to work more overtime hours in the month than you normally would; ◦ You work for multiple recipients and work more than the 66 hours in a workweek; You claim more than seven hours of travel time (see Part B of this agreement). • If you violate the workweek schedule in any of the ways described above, you will receive the following: ◦ First Violation ▪ You and your recipient(s) will get a notice of the violation with appeal rights information. ◦ Second Violation ▪ Your recipient(s) and you will get a notice of the violation, and you will have a choice to complete a one-time training about the workweek and travel time limits. If you choose to complete the training, you will avoid a second violation. ▪ If you choose not to complete the training within 14 calendar days from the date of the notice, you will be sent a notice of your second violation with the appeal rights information. ◦ Third Violation ▪ You and your recipient(s) will get a notice of the third violation with appeal rights information. ▪ You will be suspended as an IHSS provider with the IHSS program for three months. ◦ Fourth Violation ▪ You and your recipient(s) will get a notice of the fourth violation with	recibir en una semana laboral (sin la aprobación del Condado) y eso causa que usted trabaje más horas extra de las que usted trabajaría normalmente; ◦ Trabaja para varios beneficiarios y trabaja más de 66 horas en una semana laboral; Pone un reclamo por más de siete horas de tiempo de traslado (vea la Parte B de este acuerdo). • Si usted comete una infracción en el horario de su semana laboral en alguna de las maneras descritas arriba, recibirá lo siguiente: ◦ Primera infracción ▪ Usted y su beneficiario(s) recibirán una notificación de la infracción junto con información acerca de los derechos para una apelación. ◦ Segunda infracción ▪ Usted y su beneficiario(s) recibirán una notificación de la infracción y podrán elegir completar un entrenamiento (por una sola vez) acerca de los límites en la semana laboral y el tiempo de traslado. Si elige completar el entrenamiento, usted no recibirá una segunda infracción. ▪ Si elige no completar el entrenamiento dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha de la notificación, se le enviará una notificación de su segunda infracción junto con la información acerca de los derechos para una apelación. ◦ Tercera infracción ▪ Usted y su beneficiario(s) recibirán una notificación de la tercera infracción junto con información acerca de los derechos para una apelación. ▪ Será suspendido como proveedor de IHSS bajo el programa de IHSS por tres meses. ◦ Cuarta infracción ▪ Usted y su beneficiario(s) recibirán una	2. 在「工作週日程」標籤上的「**受看護人案件#**」欄位 (**B**) 中，輸入欄位 A 中所列的每個受看護人者的**案件編號。** 3. 在「工作週日程」標籤上的「**開始日期**」欄位 (**C**) 中，輸入您開始為欄位 A 中列出的每位受看護人工作的**開始日期。** 4. 在「工作週日程」標籤上的「**受看護人地址**」欄位 (**D**) 中，輸入欄位 A 中所列的每個受看護人的**地址。** 5. 在「工作週日程」標籤上的「**我的工作或計畫總工時數**」欄位 (**E**) 中，輸入您每天（这周每一天）工作或計畫提供授權 IHSS 服務的總小時數對於欄位 A 中列出的每個受看護人。 **通勤時數** **看護人規範：** • 若您一天之內，從一受看護人之住處前往另一位受看護人住處，為兩位看護人提供 IHSS 服務，您的通勤時間仍可得到薪資給付。然而，每個工作週的通勤時間不得超過 7 小時。7 小時的通勤時間不計入 66 小時的時數上限。 • 為得到通勤時間的薪資，您必須直接從一受看護人之住處前往另一位受看護人住處，途中不得停留。在前往下一位受看護人所在位置途中，若您僅需短暫停留，例如：於服務站加油，仍視為無停留直接前往。然而，若您因私人行程或返家而有所逗留，您只能得到往返兩處通勤時間之薪資，即，沒有因私人原因停留的服務時間。 • 若您預估的每週總通勤時間為 7 小時以上，您將需要重新調整工作計劃，將通勤時間壓縮在 7 小時之內。	իրավասու է ստանալ աշխատանքային շաբաթվա համար, առանց վարչաշրջանի հավանության, և դրա հետևանքով, դուք ավելի շատ արտաժամյա աշխատանք եք կատարում ամսվա ընթացքում, քան դուք սովորաբար կկատարեիք: ◦ Դուք աշխատում եք բազմաթիվ ստացողների համար և աշխատում եք ավելի քան 66 ժամ աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում: Դուք պահանջում եք յոթ ժամից ավել ուղևորության ժամանակի համար (տե՛ս այս համաձայնագրի Բ մասը): • Եթե դուք խախտեք աշխատանքային շաբաթվա ժամանակացույցը վերը նկարագրված որևէ եղանակով, ապա ձեզ սպասվում է հետևյալը՝ ◦ ԱՌԱՋԻՆ ԽԱԽՏՈՒՄ ▪ Դուք և ձեր ստացողը(ները) կստանաք խախտում կատարելու վերաբերյալ ծանուցում՝ բողոքարկման իրավունքի մասին տեղեկատվության հետ: ◦ ԵՐԿՐՈՐԴ ԽԱԽՏՈՒՄ ▪ Ձեր ստացողը(ները) և դուք կստանաք խախտում կատարելու մասին ծանուցում, և դուք կունենաք ընտրություն՝ ավարտելու աշխատանքային շաբաթվա և ուղևորության ժամանակի սահմանափակումների մասին մեկանգամյա ուսուցման դասընթացը: Եթե ընտրեք անցնել ուսուցումն, ապա դուք կխուսափեք երկրորդ խախտում կատարելուց: ▪ Եթե չընտրեք ուսուցումը ծանուցման օրվանից 14 օրացուցային օրվա ընթացքում, ապա կստանաք ձեր երկրորդ խախտման ծանուցումը՝ բողոքարկման իրավունքի մասին տեղեկատվության հետ: ◦ ԵՐՐՈՐԴ ԽԱԽՏՈՒՄ ▪ Դուք և ձեր ստացողը(ները) կստանաք երրորդ խախտման մասին ծանուցում՝ բողոքարկման իրավունքի մասին տեղեկատվության հետ: ▪ Ձեր կհեռացնեն IHSS ծրագրում IHSS մատակարարի աշխատանքից երեք ամսով: ◦ ՉՈՐՐՈՐԴ ԽԱԽՏՈՒՄ

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		appeal rights information. ▪ You will be terminated as an IHSS provider with the IHSS program for one year. **INSTRUCTIONS:** You must complete the chart below to help you plan your workweek schedule. Your schedule must include services provided to all recipients you work for and must not be more than 66 hours in any workweek. You will be notified of each of your recipients' total maximum weekly hours in the Provider Notification of Recipient Authorized Hours and Services, (form SOC 2271). If you have more than two providers, attach additional sheets. 1. In "**Recipient's Name**" field (**A**), on the Workweek Schedule tab, enter the **name** of each recipient you provide authorized IHSS services for. 2. In "**Recipient Case #"** field (**B**), on the Workweek Schedule tab, enter the **case number** of each recipient listed in field A. 3. In "**Start Date**" field (**C**), on the Workweek Schedule tab, enter the **start date** on which you began working for each recipient listed in field A 4. In "**Recipient's Address**" fields (**D**), on the Workweek Schedule tab, enter the **address** of each recipient listed in field A. 5. In "**Total Number of Hours I Work or Plan**" fields (**E**), on the Workweek Schedule tab, enter the total number of hours per day (for each day of the week) you work or plan to work providing authorized IHSS services for each recipient listed in field A. **TRAVEL TIME** **PROVIDER REQUIREMENTS:** • If you travel from one recipient's location to another recipient's location on the same workday in order to	notificación de la cuarta infracción junto con información acerca de los derechos para una apelación ▪ Será suspendido como proveedor de IHSS bajo el programa de IHSS por un año. **INSTRUCCIONES:** Debe completar el siguiente gráfico para ayudarle a planificar su horario de semana laboral. Su horario debe incluir servicios proporcionados a todos los beneficiarios para los que trabaja y no debe ser más de 66 horas en cualquier semana laboral. Se le notificará el total de horas semanales máximas de cada uno de sus beneficiarios en la Notificación del proveedor de horas y servicios autorizados del beneficiario (formulario SOC 2271). Si tiene más de dos proveedores, adjunte hojas adicionales. 1. En la sección "**Nombre del beneficiario**" (**A**), en la pestaña Horario de la semana laboral, ingrese el nombre de cada beneficiario al que proporciona servicios autorizados de IHSS. 2. En la sección "**Caso del beneficiario #**" (**B**), en la pestaña Calendario de la semana laboral, ingrese el **número de caso** de cada beneficiario que aparece en el campo A. 3. En la sección "**Fecha de inicio**" (**C**), en la pestaña Calendario de semana laboral, ingrese la fecha de inicio en la que comenzó a trabajar para cada beneficiario enumerado en el campo A 4. En la sección "**Dirección del beneficiario**" (**D**), en la pestaña Calendario de la semana laboral, ingrese la dirección de cada beneficiario que aparece en el campo A. 5. En la sección "**Número total de horas que trabajo o planeo**" (**E**), en la pestaña Calendario de la semana laboral, ingrese el número total de horas por día (para cada día de la semana) usted trabaja o planea trabajar prestando servicios autorizados de IHSS para cada beneficiario enumerado en el campo A.		▪ Դուք և ձեր ստացողը(ները) կստանաք չորրորդ խախտման մասին ծանուցում՝ բողոքարկման իրավունքի մասին տեղեկատվության հետ: ▪ Ձեզ կհեռացնեն IHSS ծրագրում մատակարարի աշխատանքից մեկ տարի ժամկետով: **ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ.** Դուք պետք է լրացնեք ստորև բերված աղյուսակը, որը կօգնի Ձեզ պլանավորել Ձեր աշխատանքային շաբաթը: Ձեր աշխատանքային գրաֆիկը պետք է ներառի ծառայություններ, որոնք մատուցվում են բոլոր ստացողներին, որոնց համար Դուք աշխատում եք և չպետք է գերազանցի 66 ժամը աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում: Դուք կտեղեկացվեք Ձեր յուրաքանչյուր ստացողների շաբաթական առավելագույն ժամերի մասին ""Ստացողի լիազորված ժամերի և մատակարարի ծառայությունների ծանուցում"" (SOC 2271) ձևում: Եթե Դուք ունեք ավելի քան երկու մատակարար, խնդրում ենք կցել լրացուցիչ թերթիկներ: 1. 'Աշխատանքային շաբաթվա գրաֆիկ' ներդիրի «**Ստացողի անուն/ազգանուն**» (**A**) սյունակում՝ մուտքագրեք յուրաքանչյուր ստացողի **անունը/ազգանունը**, ում համար տրամադրում եք լիազորված IHSS ծառայություններ: 2. 'Աշխատանքային շաբաթվա գրաֆիկ' ներդիրի «**Ստացողի գործի համարը**» (**B**) սյունակում՝ մուտքագրեք A դաշտում նշված յուրաքանչյուր ստացողի **գործի համարը:** 3. 'Աշխատանքային շաբաթվա գրաֆիկ' ներդիրի «**Սկսելու ամսաթիվ**» (**C**) սյունակում՝ մուտքագրեք A սյունակում նշված յուրաքանչյուր ստացողի համար աշխատանքը **սկսելու ամսաթիվը:** 4. 'Աշխատանքային շաբաթվա գրաֆիկ' ներդիրի «**Ստացողի հասցե**» (**D**) այունակում՝ մուտքագրեք A սյունակում նշված յուրաքանչյուր ստացողի **հասցեն:** 5. 'Աշխատանքային շաբաթվա գրաֆիկ' ներդիրի «**Ընդհանուր ժամերի քանակը, որոնք ես աշխատում եմ կամ պլանավորում եմ**» (**E**) սյունակում՝ մուտքագրեք օրական ժամերի ընդհանուր թիվը (շաբաթվա յուրաքանչյուր օրվա համար), որը դուք աշխատում եք կամ նախատեսում եք աշխատել՝ տրամադրելով IHSS լիազորված ծառայություններ A սյունակում նշված յուրաքանչյուր ստացողի համար:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		provide IHSS services to both recipients, you can get paid for that travel time, but that time cannot be more than seven hours per workweek. These seven hours are in addition to the 66 hours. • To get paid for that travel time, you must travel directly from one recipient's location to the other recipient's location without stopping. If you make only a brief stop on your way to the second recipient's location, such as to fill your gas tank at a service station, you are still considered to be traveling directly. However, if you stop to conduct personal business or if you return to your own home, you can only be paid for the time that it would have taken to travel between the two locations where services are provided without the personal stops. • If your total estimated weekly travel time will be more than seven hours, you will need to adjust your work schedule so that your travel time is less than seven hours.	**TIEMPO DE TRASLADO** **REQUISITOS PARA LOS PROVEEDORES:** • Si durante el mismo día de trabajo, usted viaja del lugar de un beneficiario al lugar de otro beneficiario para poder proporcionar servicios autorizados de IHSS a ambos beneficiarios, usted puede recibir un pago por ese tiempo de traslado, pero ese tiempo no puede ser más de siete horas por semana laboral. Estas siete horas son aparte de las 66 horas anteriormente mencionadas. • Para recibir un pago por el tiempo de traslado, usted tiene que viajar directamente del lugar de un beneficiario al lugar del otro beneficiario sin parar en otros lugares. Si hace una parada breve en el camino para el segundo beneficiario, tal como para poner gasolina, tal viaje todavía se consideraría directo. Sin embargo, si usted se detiene para llevar a cabo asuntos personales, o si regresa a su casa, usted solamente puede recibir pago por el tiempo que le tomaría viajar entre los dos lugares en donde proporciona servicios sin tomar en cuenta las paradas personales. • Si el total de tiempo de traslado previsto será más de siete horas, usted necesitará ajustar su horario de trabajo para que su tiempo de traslado sea menos de siete horas.		**ՈՒՂԵՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ** **Մ ՄԱՏԱԿԱՐԱՐԻ ՊԱՀԱՆՋՆԵՐԸ՝** • Եթե դուք ուղևորվում եք մեկ ստացողի գտնվելու վայրից մեկ այլ ստացողի գտնվելու վայր նույն աշխատանքային օրվա ընթացքում՝ երկու ստացողի IHSS ծառայություններ տրամադրելու նպատակով, ապա դուք կարող եք վճարվել այդ ուղևորության ժամանակի համար, սակայն այդ ժամանակը մեկ աշխատանքային շաբաթվա ընթացքում չի կարող գերազանցել 7 ժամը : Այս 7 ժամն ավելանում է մատակարարի 66 ժամին: • Այդ ուղևորության ժամանակի դիմաց վճարվելու համար, դուք պետք է ուղևորվեք մեկ ստացողի գտնվելու վայրից մյուս ստացողի գտնվելու վայր անմիջապես առանց կանգ առնելու: Եթե դուք, երկրորդ ստացողի գտնվելու վայր ուղևորվելու ճանապարհին, կանգ եք առնում կարճատև ժամանակով, օրինակ՝ բենզալցակայանում վառելիք լիցքավորելու համար, դա դեռևս համարվում է ուղիղ ուղևորություն: Սակայն, եթե դուք կանգ եք առնում անձնական գործեր կատարելու նպատակով կամ եթե վերադառնում եք ձեր տուն, ապա դուք կարող եք վճարվել միայն այն ժամանակի համար, որը կպահանջվեր ծառայությունների մատուցման նպատակով մեկ գտնվելու վայրից մյուսն ուղևորվելու համար՝ առանց անձնական գործերի կատարման նպատակով արված կանգառների: • Եթե ձեր ընդհանուր հաշվարկված շաբաթական ուղևորության ժամանակը գերազանցում է 7 ժամն, ապա ձեզ անհրաժեշտ կլինի փոփոխել ձեր աշխատանքային ժամանակացույցը այնպես, որ ձեր ուղևորության ժամանակը չգերազանցի 7 ժամը:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Static Text	**Do you plan to travel from a location where you provide authorized services to another location where you provide authorized services to another recipient directly on the same day?**	**¿Planea viajar de un lugar donde proporciona servicios autorizados a otro lugar donde proporciona servicios autorizados a otro beneficiario directamente durante el mismo día?**	**您計劃在一天內從您所提供授權服務的受看護人住處前往另一個受看護人住處嗎?**	**Դուք պլանավորու՞մ եք անմիջապես նույն օրվա ընթացքում մեկնել թույլատրված ծառայությունների մատուցման մեկ վայրից դեպի մեկ այլ ստացողի թույլատրված ծառայություններ մատուցելու վայրը:**
	Radio Button	Yes	SÍ	是	ԱՅՈ
	Radio Button	No	NO	否	ՈՉ
	Error Message (#231)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է ընտրություն կատարեք:
Displays when Yes is selected on the preceding question.	Dynamic Text	**INSTRUCTIONS:** You must complete this section to help you plan the travel time that you can be paid for so that your total weekly travel time is not more than 7 hours. Because you are traveling, it may be necessary for you to provide proof of time and mileage. 1. In "**From**" field (**A**), on the Travel Time tab, enter the name(s) of the recipient(s) you will be traveling from. 2. In "**To**" field (**B**), on the Travel Time tab, enter the name(s) of the recipient(s) you will be traveling to. 3. In "**Start Date**" field (**C**) enter the date you began traveling from location of the recipient in field A to the location of the recipient in field B to provide authorized services. 4. In "**Distance Between Recipients' Locations**" field (**D**), on the Travel Time tab, enter how far (in miles) it takes to travel directly from one recipient's location to the next recipient's location. 5. In "**Estimated Travel Time Between Recipients' Locations"** field (**E**), on the Travel Time tab, enter how long (in minutes) you estimate it takes to travel directly from one recipient's location to the next recipient's location.	**INSTRUCCIONES:** Debe completar esta sección para ayudarlo a planificar el tiempo de viaje que se le puede pagar para que su tiempo total de viaje semanal no sea superior a 7 horas. Debido a que está viajando, puede ser necesario que proporcione una prueba de tiempo y kilometraje. 1. En la sección "**Desde**" (**A**), en la pestaña Tiempo de viaje, ingrese los nombres de los beneficiarios desde los que viajará. 2. En la sección "**Para**" (**B**), en la pestaña Tiempo de viaje, ingrese los nombres de los beneficiarios a los que viajará. 3. En la sección "**Fecha de inicio**" (**C**) ingrese la fecha en que comenzó a viajar desde la ubicación del beneficiario en la sección A a la ubicación del beneficiario en el campo B para proporcionar servicios autorizados. 4. En la sección "**Distancia entre las ubicaciones de los beneficiarios**" (**D**), en la pestaña Tiempo de viaje, ingrese la distancia (en millas) que se tarda en viajar directamente desde la ubicación de un beneficiario a la ubicación del siguiente beneficiario. 5. En la sección "**Tiempo estimado de viaje entre las ubicaciones de los beneficiarios**" (**E**), en la pestaña Tiempo de viaje, ingrese cuánto tiempo (en minutos) estima que se tarda en viajar directamente desde la ubicación de un	**說明:** 您必須填寫此部分，以幫助您規劃可以申报的通勤時間，以便您每週的總通勤時間不超過 7 小時。由於您通勤，您可能需要提供時間和里程證明。 1. 在「行程時間」標籤上的「**从**」欄位 (**A**) 中，輸入您出发時所在受看護人姓名。 2. 在「行程時間」標籤上的「**到**」欄位 (**B**) 中，輸入您將前往的受看護人的姓名。 3. 在「**開始日期**」欄位 (**C**) 中，輸入您從欄位 A 中的受看護人位置前往欄位 B 中的受看護人位置開始提供授權服務的日期。 4. 在行程時間標籤上的「**受看護人位置之間的距離**」欄位(**D**) 中，輸入從一個受看護人位置直接行駛到下一個受看護人位置所需的距離（以英里為單位）。 5. 在「行程時間」標籤上的「**受看護人位置之間的預計行程時間**」欄位(**E**)，輸入您預計從一個受看護人位置直接前往下一個受看護人位置所需的時間（以分鐘為單位）。 6. 在「行程時間」標籤上的「**每個工作週您將在受看護人地點之間通勤的天數**」欄位(**F**) 中，輸入每個工作週您計劃在当天從一個受看護人位置前往另一受看護人位置的通勤天數?	**ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐ.** Դուք պետք է լրացնեք այս բաժինը՝ պլանավորելու Ձեր ճանապարհի վրա ծախսելիք ժամը, որի համար կարող եք վճարվել, և Ձեր շաբաթական ընդհանուր ճամփորդության ժամաքանակը չգերազանցի 7 ժամը: Քանի որ Դուք ճամփորդում եք, ձեզնից կարող է պահանջվել ժամերի և մղոնների (mileage) վերաբերյալ ապացույց ներկայացնել: 1. "ճամփորդության ժամեր" ներդիրի «**Ում մոտից**» (**A**) սյունակում՝ մուտքագրեք ստացող(ներ)ի անուն(ներ)ը ում մոտից/որտեղից պետք է ճամփորդեք: 2. "ճամփորդության ժամեր" ներդիրի «**Դեպի**» (**B**) սյունակում՝ մուտքագրեք այն ստացող(ներ)ի անուն(ներ)ը, դեպի ուր/որտեղ Դուք ճամփորդելու եք: 3. "**Սկսելու ամսաթիվ**" (**C**) սյունակում մուտքագրեք այն ամսաթիվը, երբ սկսել եք A սյունակում գտնվող ստացողի մոտից/վայրից ճամփորդել դեպի B սյունակում գտնվող ստացողի գտնվելու վայրը՝ լիազորված ծառայություններ մատուցելու համար: 4. "ճամփորդության ժամեր" ներդիրի «**Ստացողների վայրերի միջև հեռավորությունը**» (**D**) սյունակում, մուտքագրեք, թե որքան հեռավորություն (մղոններով) է պահանջվում ուղիղ մեկ ստացողի գտնվելու վայրից մյուս ստացողի գտնվելու վայր մեկնելու համար: 5. "ճամփորդության ժամեր" ներդիրի «**Ստացողների գտնվելու վայրերի միջև գնահատված ճամփորդության ժամանակը**» (**E**) սյունակում մուտքագրեք, թե որքան ժամանակ (րոպեներով) ձեր գնահատմամբ կպահանջվի

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		6. In "**Number of Days You Will Travel Between Recipients' Locations Each Workweek**" field (**F**), on the Travel Time tab, enter how many days each workweek you plan to travel from one recipient's location to another recipient's location on the same day?	beneficiario a la ubicación del siguiente beneficiario. 6. En la sección "**Número de días que viajará entre las ubicaciones de los beneficiarios cada semana laboral**" (**F**), en la pestaña Tiempo de viaje, ingrese cuántos días cada semana laboral planea viajar desde la ubicación de un beneficiario a la ubicación de otro beneficiario el mismo día.		ուղիղ մեկ ստացողի վայրից մյուս ստացողի գտնվելու վայր մեկնելու համար: 6. "Ճամփորդության ժամեր" ներդիրի «**Օրերի քանակը, երբ Դուք ճամփորդելու եք ստացողների գտնվելու վայրերի միջև յուրաքանչյուր աշխատանքային շաբաթ**» (**F**) սյունակում մուտքագրեք, թե շաբաթական քանի՞ օր եք նախատեսում նույն օրը մեկ ստացողի գտնվելու վայրից մյուս ստացողի գտնվելու վայրը ճամփորդել:
	Sub-Section Title	**Workweek Schedule**	**Horario de la Semana Laboral**	**工作週計劃**	**Աշխատանքային Շաբաթվա Գրաֆիկ**
	Static Text	**Recipient 1**	**Beneficiario 1**	**領取者 1**	**Ստացող 1**
	Static Text	**Recipient 2**	**Beneficiario 2**	**領取者 2**	**Ստացող 2**
	Field Name	A. Recipient's Name*	A. Nombre del beneficiario*	A. 受看護人姓名*	A. Ստացողի անուն*
	Error Message (#232)	Recipient's Name is required.	El nombre del beneficiario es obligatorio.	受看護人姓名必填。	Ստացողի անունը պարտադիր է:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	B. Recipient Case #*	B. Número de caso del beneficiario*	B. 受看護人專案編號#*	B. Ստացողի գործի #*
	Error Message (#233)	Recipient's Case Number is required.	El número de caso del beneficiario es obligatorio.	受看護人案件編號必填。	Ստացողի գործի համարը պարտադիր է:
	Error Message (#234)	Case Number must be 7 digits.	El número de caso debe ser de 7 dígitos.	個案編號必須為 7 位數字。	Գործի համարը պետք է բաղկացած լինի 7 նիշից:
	Field Name	C. Start Date*	C. Fecha de inicio*	C. 開始日期*	C. Սկսելու ամսաթիվ*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY
	Error Message (#235)	Start Date is required.	La fecha de inicio es obligatoria.	開始日期必填。	Սկսելու օրը պարտադիր է:
	Error Message (#236)	Start Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha de inicio debe estar en formato MM/DD/AAAA.	開始日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Սկսելու ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:
	Static Text	D. Recipient's Address	D. Dirección del beneficiario	D. 受看護人地址	D. Ստացողի հասցեն
	Field Name	Street Address*	Dirección de la calle*	街道地址*	Հասցե*
	Error Message (#237)	Recipient's Street Address is required.	La dirección del beneficiario es obligatoria.	受看護人街道地址必填。	Ստացողի փողոցի հասցեն պարտադիր է:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	City*	Ciudad*	城市*	Քաղաք*
	Error Message (#238)	City is required.	Se requiere la ciudad.	城市必需。	Քաղաքը պարտադիր է:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	Zip Code*	Código postal*	郵政編碼*	Փոստայ ին դասիչ*
	Error Message (#239)	Zip Code is required.	Se requiere código postal.	郵编必需。	Փոստային ինդեքսը պարտադիր է:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Error Message (#240)	Zip Code must be five numeric digits long.	El código postal debe tener cinco dígitos numéricos.	郵編必須為五位數字。	Փոստային կոդը պետք է բաղկացած լինի հինգ թվանշանից:
	Static Text	E. Total Number of Hours I Work or Plan	E. Número total de horas que yo trabajo o planeo trabajar	E. 我工作的或計劃工作的總時數	E. Ընդհանուր ժամաքանակ, որը ես աշխատել եմ կամ նախատեսում եմ աշխատել
	Field Name	Sun.	Domingo	週日	Կրկ
	Field Name	Mon.	Lunes	週一	Երկ
	Field Name	Tues.	Martes	週二	Երք
	Field Name	Wed.	Miércoles	週三	Չրք
	Field Name	Thurs.	Jueves	週四	Հնգ
	Field Name	Fri.	Viernes	週五	Ուր
	Field Name	Sat	Sábado	週六	Շբթ
	Field Name	Total Hours	Total de horas	總時數	Ընդամ ենը ժամաք անակ
Error Messages for Recipient 3-6 Fields A-D are dynamic and display only when data is entered on any of the associated fields.	Static Text	**Recipient 3**	**Beneficiario 3**	**領取者 3**	**Ստացող 3**
	Static Text	**Recipient 4**	**Beneficiario 4**	**領取者 4**	**Ստացող 4**
	Static Text	**Recipient 5**	**Beneficiario 5**	**領取者 5**	**Ստացող 5**
	Static Text	**Recipient 6**	**Beneficiario 6**	**領取者 6**	**Ստացող 6**
	Field Name	A. Recipient's Name	A. Nombre del beneficiario	A. 受看護人姓名	A. Ստացողի անուն
	Error Message (#232)	Recipient's Name is required.	El nombre del beneficiario es obligatorio.	受看護人姓名必填。	Ստացողի անունը պարտադիր է:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	B. Recipient Case #	B. Número de caso del beneficiario	B. 受看護人專案編號#	B. Ստացողի գործի #
	Error Message (#233)	Recipient's Case Number is required.	El número de caso del beneficiario es obligatorio.	受看護人案件編號必填。	Ստացողի գործի համարը պարտադիր է:
	Error Message (#234)	Case Number must be 7 digits.	El número de caso debe ser de 7 dígitos.	個案編號必須為 7 位數字。	Գործի համարը պետք է բաղկացած լինի 7 նիշից:
	Field Name	C. Start Date	C. Fecha de inicio	C. 開始日期	C. Սկսելու ամսաթիվ
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY
	Error Message (#235)	Start Date is required.	La fecha de inicio es obligatoria.	開始日期必填。	Սկսելու օրը պարտադիր է:
	Error Message (#236)	Start Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha de inicio debe estar en formato MM/DD/AAAA.	開始日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Սկսելու ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:
	Static Text	D. Recipient's Address	D. Dirección del beneficiario	D. 受看護人地址	D. Ստացողի հասցեն
	Field Name	Street Address	Dirección de la calle	街道地址	Հասցե
	Error Message (#237)	Recipient's Street Address is required.	La dirección del beneficiario es obligatoria.	受看護人街道地址必填。	Ստացողի փողոցի հասցեն պարտադիր է:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	City	Ciudad	城市	Քաղաք
	Error Message (#238)	City is required.	Se requiere la ciudad.	城市必需。	Քաղաքը պարտադիր է:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	Zip Code	Código postal	郵政編碼	Փոստայ ին դասիչ
	Error Message (#239)	Zip Code is required.	Se requiere código postal.	郵編必需。	Փոստային ինդեքսը պարտադիր է:
	Error Message (#240)	Zip Code must be five numeric digits long.	El código postal debe tener cinco dígitos numéricos.	郵編必須為五位數字。	Փոստային կոդը պետք է բաղկացած լինի հինգ թվանշանից:
	Static Text	E. Total Number of Hours I Work or Plan	E. Número total de horas que yo trabajo o planeo trabajar	E. 我工作的或計劃工作的總時數	E. Ընդհանուր ժամաքանակ, որը ես աշխատել եմ կամ նախատեսում եմ աշխատել
	Field Name	Sun.	Domingo	週日	Կրկ
	Field Name	Mon.	Lunes	週一	Երկ
	Field Name	Tues.	Martes	週二	Երք
	Field Name	Wed.	Miércoles	週三	Չրք
	Field Name	Thurs.	Jueves	週四	Հնգ
	Field Name	Fri.	Viernes	週五	Ուր
	Field Name	Sat	Sábado	週六	Շբթ
	Field Name	Total Hours	Total de horas	總時數	Ընդամ ենը ժամաք անակ
	Field Name	TOTAL HOURS I WORK OR PLAN TO WORK PROVIDING AUTHORIZED SERVICES FOR ALL RECIPIENTS	TOTAL DE HORAS QUE TRABAJO O PLANEO TRABAJAR PROPORCIONANDO SERVICIOS AUTORIZADOS PARA TODOS LOS BENEFICIARIOS:	我目前或計劃為所有受看護人提供授權服務的總時數:	ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԺԱՄԱՔԱՆԱԿԸ, ՈՐԸ ԵՍ ԱՇԽԱՏՈՒՄ ԵՄ ԿԱՄ ՆԱԽԱՏԵՍՈՒՄ ԵՄ ԱՇԽԱՏԵԼ՝ ՏՐԱՄԱԴՐԵԼՈՎ ԹՈՒՅԼԱՏՐՎԱԾ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԲՈԼՈՐ ՍՏԱՑՈՂՆԵՐԻՆ.
Whole tab is dynamic, displays only when Yes is selected on the first tab.	Sub-Section Title	**Travel Time**	**Tiempo de Traslado**	**通勤時數**	**Ուղեվորության ժամանակ**
	Static Text	How will you travel between recipients' locations?*	¿Cómo va usted a viajar entre los lugares de los beneficiarios?*	您要如何在兩位受看護人所在位置之間通勤？*	Ինչպե՞ս եք տեղաշարժվելու ստացողների գտնվելու վայրերի միջև:*
	Radio Button	CAR	VEHÍCULO	自駕車	ՄԵՔԵՆԱ
	Radio Button	PUBLIC TRANSIT	TRANSPORTE PÚBLICO	公共交通	ՀԱՍԱՐԱԿԱԿԱՆ ՏՐԱՆՍՊՈՐՏ
	Radio Button	OTHER	OTRO	其他	ԱՅԼ
	Error Message (#231)	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է ընտրություն կատարեք:
Text is dynamic and displays only when the 'Other' radio button is selected is selected.	Field Name	Specify:*	Especifique:*	請註明:*	Նշել՝*
	Error Message (#241)	You must specify how you will travel.	Debe especificar cómo viajará.	您的通勤方式必填。	Դուք պետք է նշեք, թե ինչպես եք ճամփորդելու:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Static Text	If you will be driving yourself to travel between recipients, you must have a valid California driver's license and proof of insurance, and the vehicle being used must have current registration. If you do not have a valid California driver's license, proof of	Si va a conducir para viajar entre los beneficiarios, debe tener una licencia de conducir de California válida y una prueba de seguro, y el vehículo que utiliza debe tener el registro actual. Si no tiene una licencia de conducir de California válida, prueba de seguro o registro actual del vehículo, usted no está	若您將開車通勤，您必須持有有效加州汽車駕照和保險證明，而您的車須有現行的牌照註冊登記。若您沒有有效的的加州汽車駕照、保險證明或在使用汽車的當前牌照，法律上不允許你開車。您則必須選擇其他交通方式，例如：公共運輸。若您已經選擇駕駛汽車，而您駕駛汽車的法律資格有變動（例如：您的加州汽車	Եթե դուք ինքներդ եք վարելու տրասնպորտային միջոցը ստացողներին այցելելու նպատակով, ապա դուք պետք է ունենանք Կալիֆորնիայի վարորդական իրավունքի վավեր վկայական և ապահովագրությունը հաստատող փաստաթուղթ, իսկ օգտագործվող տրանսպորտային միջոցը պետք է ունենա ընթացիկ

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		insurance, or current vehicle registration, you are not legally allowed to drive a vehicle. You must choose a different form of transportation, such as public transit. If you have chosen to drive yourself and there is a negative change to the status of your legal right to drive a vehicle (i.e., your California driver's license, auto insurance, or vehicle registration expires or is no longer valid), you must inform your recipient and select a different form of transportation. If you fail to inform your recipient of this change in status, you will be considered in violation of IHSS program requirements and may be terminated by your recipient.	legalmente autorizado para conducir un vehículo. Debe elegir un medio de transporte diferente, como el transporte público. Si ha elegido conducir y hay un cambio negativo en el estado de su derecho legal para conducir un vehículo (es decir, su licencia de conducir de California, su seguro de automóvil o el registro del vehículo se vence o ya no es válido), debe informarle a su beneficiario y elegir un medio de transporte diferente. Si no le informa a su beneficiario de este cambio de situación, esto se considerará una infracción de los requisitos del programa de IHSS y su beneficiario podrá cancelar sus servicios.	駕照、汽車保險、汽車牌照登記過期或不再有效），您必須告知您的受看護人，並改選其他交通方式。若您沒有告知縣政府，您將被視為違反 IHSS 計劃規範，並可能被您的受看護人中止資格。	գրանցում: Եթե դուք չունեք Կալիֆորնիայի վարորդական իրավունքի վավեր վկայական և ապահովագրությունը հաստատող փաստաթուղթ կամ տրանսպորտային միջոցի ընթացիկ գրանցում, ապա ձեզ օրենքով չի թույլատրվում վարել տրասնպորտային միջոց: Դուք պետք է ընտրեք այլ փոխադրամիջոց, ինչպես օրինակ՝ հասարակական տրանսպորտ: Եթե դուք նախընտրում եք վարել ինքներդ, բայց տրանսպորտային միջոց վարելու ձեր օրինական իրավունքի կարգավիճակում տեղի է ունենում բացասական փոփոխություն (օրինակ՝ ձեր Կալիֆորնիայի վարորդական իրավունքի, ավտոապահովագրության կամ տրանսպորտային միջոցի գրանցման ժամկետն ավարտվում է կամ այլևս վավեր չէ), ապա դուք պետք է տեղեկացնեք ձեր ստացողին և ընտրեք այլ փոխադրամիջոց: Եթե դուք չեք տեղեկացնում ձեր ստացողին կարգավիճակի այս փոփոխության մասին, ապա ձեզ կարող են համարել IHSS ծրագրի պահանջների խախտող և ձեր ծառայությունները կարող են դադարեցվել ձեր ստացողի կողմից:.
	Static Text	Names of the Recipients You Will Be Traveling Between	Nombre de los beneficiarios entre los cuales usted va a viajar	您將通勤往返的兩位受看護人姓名	Ստացողների անունները, որոնց գտնվելու վայրերի միջև դուք ուղևորվելու եք
	Field Name	A. From*	A. De*	A. 從*	A. Ումից*
	Error Message (#242)	Recipient you are traveling 'From' is required.	El beneficiario que está viajando 'Desde' es obligatorio.	您通勤的受看護人“出发地”必填。	Պարտադիր է նշել այն ստացողին, ում մոտից ճամփորդում եք:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	B. To*	B. A*	B. 到*	B. Դեպի*
	Error Message (#243)	Recipient you are traveling 'To' is required.	El beneficiario al que viajas 'A' es obligatorio.	您通勤的受看護人“目的地”必填。	Պարտադիր է նշել այն, թե այս ստացողից դեպի ուր եք ճամփորդում:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	C. Start Date*	C. Fecha de inicio*	C. 開始日期*	C. Սկսելու ամսաթիվ*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY
	Error Message (#244)	Start Date is required.	La fecha de inicio es obligatoria.	開始日期必填。	Սկսելու օրը պարտադիր է:
	Error Message (#236)	Start Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha de inicio debe estar en formato MM/DD/AAAA.	開始日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Սկսելու ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:
	Field Name	D. Distance Between Recipients' Locations (in miles)*	D.Distancia entre los lugares de los beneficiarios (en millas)*	D. 受看護人住處之間的距離（以英哩計算)*	D. Հեռավորությունը ստացողների գտնվելու վայրերի միջև (մղոնով)*
	Error Message (#245)	Distance Between Recipients' Locations is required.	Se requiere distancia entre las ubicaciones de los beneficiarios.	受看護人各自位置之間的距離必填。	Պարտադիր է նշել հեռավորությունը ստացողների գտնվելու վայրերի միջև:
	Field Name	E. Estimated Travel Time Between Recipients' Locations (in minutes)*	E. Cálculo del tiempo de traslado entre los lugares de los beneficiarios (en minutos)*	E. 預估受看護人住處之間所需花費之通勤時間（以分鐘計算）*	E. Ստացողների գտնվելու վայրերի միջև ուղևորության գնահատված ժամանակը (րոպեներով)*

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Error Message (#246)	Estimated Travel Time Between Recipients' Locations is required.	Se requiere un tiempo estimado de viaje entre las ubicaciones de los beneficiarios.	需要提供受看護人地點之間的預計通勤時間。	Պարտադիր է նշել ստացողների գտնվելու վայրերի միջև ուղևորության գնահատված ժամանակը:
	Field Name	F. Number of Days You Will Travel Between Recipients' Locations Each Workweek*	F. Número de días que usted viajará entre los lugares de los beneficiarios cada semana laboral*	F. 每週於受看護人住處之間通勤的天數*	F. Օրերի քանակը, երբ դուք ուղևորվելուեք ստացողների գտնվելու վայրերի միջև յուրաքանչյուր աշխատանքային շաբաթ*
	Error Message (#247)	Number of Days You Will Travel Between Recipients' Locations Each Workweek is required.	Se requiere el número de días que viajará entre las ubicaciones de los beneficiarios cada semana laboral.	每週您在受看護人各自地點之間通勤的天數必填。	Պարտադիր է նշել օրերի քանակը, երբ Դուք ուղևորվելու եք ստացողների գտնվելու վայրերի միջև յուրաքանչյուր աշխատանքային շաբաթվա համար:
	Field Name	G. Total Estimated Travel Time Between Recipients' Locations Each Workweek	G. Tiempo cálculo del total de traslado entre los lugares de los beneficiarios cada semana laboral	G. 每週於受看護人住處之間預計的通勤時間	G.Ստացողների գտնվելու վայրերի միջև ուղևորության գնահատված ընդհանուր ժամանակը յուրաքանչյուր աշխատանքային շաբաթ
Error messages for these fields are dynamic and display when data is entered into any one associated field.	Static Text	Names of the Recipients You Will Be Traveling Between	Nombre de los beneficiarios entre los cuales usted va a viajar	您將通勤往返的兩位受看護人姓名	Ստացողների անունները, որոնց գտնվելու վայրերի միջև դուք ուղևորվելու եք
	Field Name	A. From	A. De	A. 從	A. Ումից
	Error Message (#242)	Recipient you are traveling 'From' is required.	El beneficiario que está viajando 'Desde' es obligatorio.	您通勤的受看護人"出发地"必填。	Պարտադիր է նշել այն ստացողին, ում մոտից ճամփորդում եք:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	B. To	B. A	B. 到	B. Դեպի
	Error Message (#243)	Recipient you are traveling 'To' is required.	El beneficiario al que viajas 'A' es obligatorio.	您通勤的受看護人"目的地"必填。	Պարտադիր է նշել այն, թե այս ստացողից դեպի ուր եք ճամփորդում:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	C. Start Date	C. Fecha de inicio	C. 開始日期	C. Սկսելու ամսաթիվ
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY
	Error Message (#244)	Start Date is required.	La fecha de inicio es obligatoria.	開始日期必填。	Սկսելու օրը պարտադիր է:
	Error Message (#236)	Start Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha de inicio debe estar en formato MM/DD/AAAA.	開始日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Սկսելու ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:
	Field Name	D. Distance Between Recipients' Locations (in miles)	D.Distancia entre los lugares de los beneficiarios (en millas)	D. 受看護人住處之間的距離（以英哩計算）	D. Հեռավորությունը ստացողների գտնվելու վայրերի միջև (մղոնով)
	Error Message (#245)	Distance Between Recipients' Locations is required.	Se requiere distancia entre las ubicaciones de los beneficiarios.	受看護人各自位置之間的距離必填。	Պարտադիր է նշել հեռավորությունը ստացողների գտնվելու վայրերի միջև:
	Field Name	E. Estimated Travel Time Between Recipients' Locations (in minutes)	E. Cálculo del tiempo de traslado entre los lugares de los beneficiarios (en minutos)	E. 預估受看護人住處之間所需花費之通勤時間（以分鐘計算）	E. Ստացողների գտնվելու վայրերի միջև ուղևորության գնահատված ժամանակը (րոպեներով)
	Error Message (#246)	Estimated Travel Time Between Recipients' Locations is required.	Se requiere un tiempo estimado de viaje entre las ubicaciones de los beneficiarios.	需要提供受看護人地點之間的預計通勤時間。	Պարտադիր է նշել ստացողների գտնվելու վայրերի միջև ուղևորության գնահատված ժամանակը:
	Field Name	F. Number of Days You Will Travel Between Recipients' Locations Each Workweek	F. Número de días que usted viajará entre los lugares de los beneficiarios cada semana laboral	F. 每週於受看護人住處之間通勤的天數	F. Օրերի քանակը, երբ դուք ուղևորվելուեք ստացողների գտնվելու վայրերի միջև յուրաքանչյուր աշխատանքային շաբաթ
	Error Message	Number of Days You Will Travel Between	Se requiere el número de días que viajará entre las	每週您在受看護人各自地點之間通勤的天數必填。	Պարտադիր է նշել օրերի քանակը, երբ Դուք ուղևորվելու

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	(#247)	Recipients' Locations Each Workweek is required.	ubicaciones de los beneficiarios cada semana laboral.		եք ստացողների գտնվելու վայրերի միջև յուրաքանչյուր աշխատանքային շաբաթվա համար:
	Field Name	G. Total Estimated Travel Time Between Recipients' Locations Each Workweek	G. Tiempo cálculo del total de traslado entre los lugares de los beneficiarios cada semana laboral	G. 每週於受看護人住處之間預計的通勤時間	G.Ստացողների գտնվելու վայրերի միջև ուղևորության գնահատված ընդհանուր ժամանակը յուրաքանչյուր աշխատանքային շաբաթ
	Field Name	TOTAL ESTIMATED TRAVEL TIME EACH WORKWEEK:	CÁLCULO DEL TOTAL DE TIEMPO DE TRASLADO PARA CADA SEMANA LABORAL:	每週預估總通勤時間:	ՅՈՒՐԱՔԱՆՉՅՈՒՐ ՇԱԲԱԹՎԱ ՈՒՂԵՎՈՐՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՎԱԾ ԺԱՄԱՆԱԿԸ՝
	Sub-Section Title	**Provider Agreement**	**Acuerdo del Proveedor**	**看護人協議**	**Մատակարարի Համաձայնագիր**
	Static Text	**I declare that I have read and understood the requirements as stated in this document and I agree to comply with these requirements. I further declare that all of the information I have provided on this form is true and correct to the best of my knowledge.** I agree to notify the county within 10 calendar days if any of the information I have provided in this Provider Workweek and Travel time Agreement changes, and depending on what information has changed, I may be required to complete a new SOC 2255.	**Declaro que he leído y entiendo los requisitos como aparecen en este documento y estoy de acuerdo en cumplir con estos requisitos. Además, declaro que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta.** Estoy de acuerdo en notificar al Condado antes de que pasen 10 días consecutivos si cambia cualquier información que he proporcionado en este "Acuerdo del proveedor sobre la semana laboral y el tiempo de traslado"; y dependiendo sobre cuál información ha cambiado, es posible que se requiera que complete un nuevo formulario SOC 2255.	**本人聲明，我已詳讀並了解此份文件所提及的規範，我同意遵守這些規範。本人聲明，表格上我所提供之資料內容盡我所知正確屬實。** 若此份看護人工作週及通勤時間協議我所提供之資料有任何更動，我同意在 10 個曆日內告知縣政府。而視更動內容而定，我有可能需要重新填寫一份 SOC 2255 文件。	**Ես հայտարարում եմ, որ կարդացել և հասկացել եմ սույն փաստաթղթում նշված պահանջները և համաձայն եմ գործել այդ պահանջներին համապատասխան: Ես նաև հայտարարում եմ, որ սույն ձևում իմ կողմից տրամադրված բոլոր տվյալները ճիշտ են և ստույգ, որքանով ինձ հայտնի է:** Ես համաձայն եմ վարչաշրջանին 10 օրացուցային օրվա ընթացքում տեղեկացնել իմ կողմից «Մատակարարի աշխատանքային շաբաթվա և ուղևորության ժամանակի համաձայնագրում» տրամադրված տվյալների փոփոխման մասին, և կախված այն հանգամանքից, թե ինչ տվյալ է փոխվել, ինձանից կարող է պահանջվել լրացնել նոր SOC 2255 ձևը
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求.	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:
	Error Message (#249)	Provider agreement is required.	Se requiere un acuerdo con el proveedor.	看護人協議必須。	Մատակարարի համաձայնագիրը պարտադիր է:
	Field Name	Provider's Printed Name:*	NOMBRE DEL PROVEEDOR ESCRITO CON LETRA DE MOLDE:*	看護人書寫體姓名:*	ՄԱՏԱԿԱՐԱՐԻ ԱՆՈՒՆԸ ՏՊԱՏԱՌ՝*
	Error Message	Provider Printed Name is required.	Se requiere el nombre impreso del proveedor.	看護人正楷姓名必需。	Մատակարարի տպագիր անունը և ազգանունը պարտադիր են:
	Error Message (#248)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	Date:*	Fecha:*	日期:*	ԱՄՍԱԹԻՎ:*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY
	Error Message (#251)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:
	Error Message (#252)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:
	Button	Next	Siguiente	下一步	Հաջորդ
		Back	Atrás	後退	Նախորդ
		Save	Guardar	救	Պահպանել
		Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Displays when submission of a form fails due to internal error.	Static Text	[AEM-AF-901-004]: Encountered an internal error while submitting the form.	[AEM-AF-901-004]: Error interno al enviar el formulario.	[AEM-AF-901-004]: 提交表单时遇到内部错误。	[AEM-AF-901-004]. ձևը ներկայացնելիս ներքին սխալ է տեղի ունեցել:
Displays while a form is in process of submitting	Static Text	Submitting...	Sumisión...	正在提交...	Ներկայացվում...
Displays when a form is successfully submitted	Static Text	Thank you. Your form has been submitted! You may now close this window.	Gracias. ¡Su formulario ha sido enviado! Ahora puede cerrar esta ventana.	謝謝您。您的表格已提交！您現在可以關閉此窗口。	Շնորհակալություն. Ձեր ձևը ներկայացվել է: Այժմ կարող եք փակել այս պատուհանը:
Displays above form pages/tabs when viewing the submitted adaptive form in CSP.	Static Text	This form has been submitted and is now READ-ONLY.	Este formulario se ha enviado y ahora es de SÓLO LECTURA.	此表格已提交，現在處於只讀狀態。	Այս ձևն արդեն ներկայացվել է և այժմ ՄԻԱՅՆ ԿԱՐԴԱԼՈՒ համար է:
Displays on the pdf of the completed adaptive form.	Static Text	Method of Signature = Electronic	Método de firma = Electrónico	簽名方法 = 電子	Ստորագրության եղանակը = Էլեկտրոնային

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 2305

CI
CI-824167 - DSD TRAN SOC 2305 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**PROGRAM REQUEST FOR EXEMPTION FROM WORKWEEK LIMITS FOR EXTRAORDINARY CIRCUMSTANCES (EXEMPTION 2) (SOC 2305)**	**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR PETICIÓN PARA UNA EXENCIÓN DE LOS LÍMITES DE LA SEMANA LABORAL DEBIDO A CIRCUNSTANCIAS EXTRAORDINARIAS (EXENCIÓN 2) (SOC 2305)**	**居家援助服務 計劃特殊情況豁免工作週限制申請（豁免2） (SOC 2305)**	**ՏՆԱՅԻՆ ԱՋԱԿՑՈՒԹՅԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐԱԳԻՐԱՐՏԱՍՈՎՈՐ ՀԱՆԳԱՄԱՆՔՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՇԱԲԱԹՎԱՍԱՀՄԱՆԱՉԱՓԵՐԻՑ ԱԶԱՏՄԱՆ ՊԱՀԱՆՋ (ԱԶԱՏՈՒՄ 2) (SOC 2305)**
	Sub-Section Title	**Request for Exemption 2**	**Solicitud de exención 2**	**申请豁免 2**	**Հայց՝ Բացառություն 2-ի համար**
	Field Name	Provider Name:	Nombre del proveedor:	提供者姓名:	Մատակարարի անունը՝
	Field Name	Provider Number:	Número de proveedor:	提供者編號:	Մատակարարի համարը՝
	Static Text	To be considered for an Exemption 2, you must work for two or more IHSS recipients and **ALL** the recipients you work for must meet **AT LEAST ONE** of the following conditions which puts them at serious risk of placement in out-of-home care: • **Criteria A** – He or she has complex medical and/or behavioral needs that must be met	Para ser considerado para una Exención 2, debe trabajar para dos o más beneficiarios de IHSS, y **TODOS** los beneficiarios para los que trabaje deben cumplir **AL MENOS UNA** de las siguientes condiciones que los pone en grave riesgo de ser colocados en un establecimiento de cuidado fuera del hogar: • **Criterio A** – Él o ella tiene necesidades médicas y/o	要獲得豁免 2 考慮，你必須為兩個或更多居家援助服務受看護人工作，而且你為之工作的 **所有** 受看護人都必須符合使其處於家外照顧嚴重風險的下列條件的 **至少一個**: • **標準 A** – 受看護人有複雜的醫療和/或行為需求，必須由與其在同一家中居住的提供者滿足。	Ազատում 2-ի համար դիտարկվելու նպատակով, դուք պետք է աշխատեք երկու կամ ավելի IHSS ստացողների համար և **ԲՈԼՈՐ** ստացողներն, որոնց համար աշխատում եք, պետք է բավարարեն հետևյալ պայմաններից **ԱՌՆՎԱԶՆ ՄԵԿԻՆ**, ինչը նրանց լուրջ վտանգի տակ է դնում տնից դուրս խնամքի տեղակայման համար՝ • **Չափանիշ A** – Նա ունի բժշկական և/կամ վարքագծային բարդ կարիքներ, որոնք պետք է բավարարվեն մատակարարի կողմից, ով բնակվում է ստացողի հետ նույն տանը:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		by a provider who lives in the same home as the recipient. • **Criteria B** – He or she lives in a rural or remote area where available providers are limited and as a result, he or she is unable to hire another provider. • **Criteria C** – He or she is unable to hire another provider who speaks the same language, and as a result, he or she is unable to direct his or her own care. *Note: The provider does not have to live in the same home as the recipients to qualify under Criteria B and C.* To be approved for an Exemption 2, the recipients (or their authorized representative(s)) with the assistance of the county, as needed, must have tried to hire an additional provider(s) so that their authorized service hours can be worked within the workweek limits. Prior documented attempts to hire and/or have services provided by other providers may be considered in meeting this requirement.	conductuales complejas que deben ser atendidas por un proveedor que viva en el mismo hogar que el beneficiario. • **Criterio B** – Él o ella vive en una zona rural o remota donde los proveedores disponibles son limitados y, en consecuencia, no puede contratar a otro proveedor. • **Criterio C** – Él o ella no puede contratar a otro proveedor que hable el mismo idioma y, en consecuencia, no puede dirigir su propio cuidado. *Nota: no hace falta que el proveedor viva en el mismo hogar que los beneficiarios para cumplir los requisitos en virtud de los criterios B y C.* Para ser aprobados para una Exención 2, los beneficiarios (o sus representantes autorizados), con la asistencia del condado, según sea necesario, deben haber intentado contratar a un proveedor o proveedores adicionales de tal manera que sus horas de servicio autorizadas pudieran brindarse dentro de los límites de la semana laboral. Los intentos previos documentados de contratara otros proveedores o recibir servicios prestados por otros proveedores pueden considerarse para cumplir este requisito.	• **標準 B** – 受看護人居住在可用提供者有限的農村或偏遠地區，因此不能聘請其他提供者。 • **標準 C** – 受看護人不能聘請與其講同一種語言的其他提供者，因此不能指導自己的照顧 。 *注意：提供者不需要與受看護人居住在同一家中才符合標準 B 和 C 規定的資格。* 為了獲得豁免 2 批准，受看護人（或其授權代表）必須已聘請其他提供者，以便授權服 務時數可在工作週限制內使用，必要時縣府可以提供協助。為了滿足這個要求，可以考慮以前記錄的聘請和/或利用其他提供者提供的服務的嘗試。	• **Չափանիշ B** – Նա բնակվում է գյուղական կամ հեռավոր տարածքում, որտեղ մատակարարների հասանելիությունը սահմանափակ է, և արդյունքում, նա ի վիճակի չէ վարձել այլ մատակարար: • **Չափանիշ C** – Նա չի կարող վարձել այլ մատակարար, որը խոսում է նույն լեզվով, և արդյունքում, նա ի վիճակի չէ վերահսկել իր սեփական խնամքը: *Նշում. Մատակարարը չպետք է բնակվի ստացողների հետ նույն տանը, որակավորվելու B և C չափանիշների շրջանակում.* Ազատում 2-ի համար հաստատում ստանալու նպատակով, ստացողները (կամ նրանց լիազոր ներկայացուցիչը(ները)) վարչաշրջանի աջակցությամբ, ըստ անհրաժեշտության, պետք է փորձեին վարձել լրացուցիչ մատակարար(ներ), որպեսզի հնարավոր լիներ ծառայության համար նրանց թույլատրված ժամերն աշխատել աշխատանքային շաբաթվա սահմանաչափերի շրջանակում: Նախապես փաստաթղթավորված փորձերը՝ այլ մատակարարների կողմից մատուցվող ծառայություններ վարձելու և/կամ ստանալու նպատակով, կարող են դիտարկվել այս պահանջի բավարարում:
	Static Text	**PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS:**	**POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:**	**請回答下列問題:**	**ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՊԱՏԱՍԽԱՆԵԼ ՀԵՏԵՎՅԱԼ ՀԱՐՑԵՐԻՆ.**
	Field Name	Do you work for two or more recipients?*	¿Trabaja para dos o más beneficiarios?*	你是否為兩個或更多的受看護人工作?*	Դուք աշխատու՞մ եք երկու կամ ավելի ստացnC13ղների համար:*
	Radio Button	Yes	SÍ	是	ԱՅՈ
	Radio Button	No	NO	否	ՈՉ
	Field Name	Do you live in the same home as all recipients applying under Criteria A?*	¿Vive usted en el mismo hogar que todos los beneficiarios que presentan una solicitud basada en el criterio A?*	你是否與所有根據標準 A 申請的受看護人居住在同一家中?*	Դուք ապրու՞մ եք նույն տանը, ինչպես A չափանիշի շրջանակում դիմող բոլոր ստացողները:*
	Radio Button	Yes	SÍ	是	ԱՅՈ
	Radio Button	No	NO	否	ՈՉ
	Message	You must make a selection.	Debe hacer una selección.	您必需选择一个。	Դուք պետք է ընտրություն կատարեք:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Static Text	How many total combined monthly hours do you currently work for all your recipients?	¿Cuántas horas mensuales combinadas en total trabaja actualmente para todos sus beneficiarios?	你目前為你所有的受看護人提供的每月總計時數是多少?	Որքա՞ն է կազմում ձեր ներկայիս ընդհանուր համակցված ամսական ժամերի քանակն, որ դուք աշխատում եք բոլոր ստացողների համար:
	Field Name	Hours*	Horas*	小時*	Ժամեր *
	Message	Hours entered must be a number.	Las horas ingresadas deben ser un número.	輸入的小時必須為數字。	Մուտքագրված ժամերը պետք է բաղկացած լինեն թվերից:
	Message	Hours are required.	Las horas son obligatorias.	时数必填。	Ժամերը պարտադիր են:
	Field Name	Minutes	Minutos	分鐘	Րոպե
	Message	Minutes entered must be a number	Los minutos anotados deben ser un número.	輸入的分鐘必須是數字。	Մուտքագրված րոպեները պետք է լինեն թվերով:
	Static Text	Have the recipients (or their authorized representatives) tried to hire an additional provider(s)?*	¿Han intentado los beneficiarios (o sus representantes autorizados) contratara un proveedor o proveedores adicionales?*	受看護人（或其授權代表）是否已嘗試聘請其他提供者?*	Արդյո՞ք ստացողները (կամ նրանց լիազորված ներկայացուցիչները) փորձել են վարձել լրացուցիչ մատակարար(ներ):*
	Radio Button	Yes	SÍ	是	ԱՅՈ
	Radio Button	No	NO	否	ՈՉ
Text is dynamic, only displays if the respective selection is made.	Field Name	If YES, briefly describe the efforts to hire an additional provider(s):*	Si su respuesta es SÍ, describa brevemente los esfuerzos realizados para contratar a un proveedor o proveedores adicionales:*	如果是，請簡要描述怎樣嘗試聘請其他提供者：*	Եթե ԱՅՈ, ապա հակիրճ նկարագրեք լրացուցիչ մատակարար(ներ) վարձելու ջանքերը՝*
	Message	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Message	You must describe the efforts to hire an additional provider(s).	Debe describir los esfuerzos para contratar a un proveedor adicional.	您必須描述為僱用額外看護人所做的努力。	Դուք պետք է նկարագրեք լրացուցիչ մատակարար(ներ) վարձելու/աշխատանքի ընդունելու ջանքերը:
Text is dynamic, only displays if the respective selection is made.	Field Name	If NO, briefly explain why no efforts were made to hire an additional provider(s):*	Si su respuesta es NO, explique brevemente por qué no se hizo ningún esfuerzo para contratar a un proveedor o proveedores adicionales:*	如果否，請簡要解釋為何沒有嘗試聘請其他提供者：*	Եթե ՈՉ, ապա հակիրճ բացատրեք, թե ինչու ջանքեր չեք գործադրել լրացուցիչ մատակարար(ներ) վարձելու համար՝*
	Message	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Message	You must explain why no efforts were made to hire an additional provider(s).	Debe explicar por qué no se hicieron esfuerzos para contratar a un proveedor adicional.	您必須解釋為什麼沒有尽量聘請額外的看護人。	Դուք պետք է բացատրեք, թե ինչու ջանքեր չեն գործադրվել լրացուցիչ մատակարար(ներ) վարձելու/աշխատանքի ընդունելու համար:
	Static Text	**LIST ALL RECIPIENTS YOU ARE CURRENTLY SERVING:**	**ENUMERE TODOS LOS BENEFICIARIOS A LOS QUE LES PROPORCIONE SERVICIOS EN LA ACTUALIDAD:**	**列出你目前正在為之服務的所有受看護人：**	**ՆՇԵՔ ՁԵՐ ԿՈՂՄԻՑ ՆԵՐԿԱՅՈՒՄՍ ՍՊԱՍԱՐԿՎՈՂ ԲՈԼՈՐ ՍՏԱՑՈՂՆԵՐԻՆ՝**
	Field Name	Recipient #1 Name:*	Nombre del beneficiario n.º 1:*	受看護人 1 姓名:*	Ստացող # 1 անունը՝*
	Message	Recipient #1 Name is required.	Beneficiario #1 nombre es obligatorio.	受看護人#1 姓名必填。	Ստացողի #1 անունը/ազգանունը պարտադիր է:
These fields, messages, and checkboxes are repeated, and also display for Recipient #2, #3, and #4	Field Name	Case Number:*	Número de caso:*	個案編號:*	Գործի համարը՝*
	Message	Case Number must be 7 digits.	El número de caso debe ser de 7 dígitos.	個案編號必須為 7 位數字。	Գործի համարը պետք է բաղկացած լինի 7 նիշից:
	Message	Case Number is required.	El número de caso es obligatorio.	案件編號必填。	Գործի համարը պարտադիր է:
	Field Name	Please evaluate recipient under	Por favor evalúe al beneficiario con base en	請根據豁免標準評估受看護人:*	Խնդրում ենք գնահատել ստացողին՝ ըստ ազատմնա չափանիշների՝*

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		exemption criteria:*	el criterio de exención:*		
	Checkbox	Criteria A	Criterio A	標準 A	Չափանիշ A
	Checkbox	Criteria B	Criterio B	標準 B	Չափանիշ B
	Checkbox	Criteria C	Criterio C	標準 C	Չափանիշ C
	Message	You must select an exemption criteria.	Debe seleccionar un criterio de exención.	您必須選擇豁免標準。	Դուք պետք է ընտրեք բացառության չափանիշ:
	Field Name	Recipient #2 Name:*	Nombre del beneficiario n.º 2:*	受看護人 2 姓名:*	Ստացող # 2 անունը՝*
	Message	Recipient #2 Name is required.	Beneficiario #2 nombre es obligatorio.	受看護人#2 姓名必填。	Ստացողի #2 անունը/ազգանունը պարտադիր է:
	Field Name	Recipient #3 Name:	Nombre del beneficiario n.º 3:	受看護人 3 姓名:	Ստացող # 3 անունը՝
	Message	Recipient #3 Name is required.	Beneficiario #3 nombre es obligatorio.	受看護人#3 姓名必填。	Ստացողի #3 անունը/ազգանունը պարտադիր է:
	Field Name	Recipient #4 Name:	Nombre del beneficiario n.º 4:	受看護人 4 姓名:	Ստացող # 4 անունը՝
	Message	Recipient #4 Name is required.	Beneficiario #4 nombre es obligatorio.	受看護人#4 姓名必填。	Ստացողի #4 անունը/ազգանունը պարտադիր է:
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求.	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:
	Message	Provider agreement is required.	Se requiere un acuerdo con el proveedor.	看護人協議必須。	Մատակարարի համաձայնագիրը պարտադիր է:
	Field Name	Provider Name:*	Nombre del proveedor:*	提供者姓名:*	Մատակարարի անունը՝*
	Message	Provider Name is required.	El nombre del proveedor es obligatorio.	看护人姓名必需。	Մատակարարի անունը և ազգանունը պարտադիր են:
	Field Name	Date:*	Fecha:*	日期:*	Ամսաթիվը՝*
	Message	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:
	Message	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:
	Button	Save	Guardar	救	Պահպանել
	Button	Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք
Displays when submission of a form fails due to internal error.	Static Text	[AEM-AF-901-004]: Encountered an internal error while submitting the form.	[AEM-AF-901-004]: Error interno al enviar el formulario.	[AEM-AF-901-004]: 提交表单时遇到内部错误。	[AEM-AF-901-004]. ձևը ներկայացնելիս ներքին սխալ է տեղի ունեցել:
Displays while a form is in process of submitting	Static Text	Submitting...	Sumisión...	正在提交...	Ներկայացվում...
Displays when a form is successfully submitted	Static Text	Thank you. Your form has been submitted! You may now close this window.	Gracias. ¡Su formulario ha sido enviado! Ahora puede cerrar esta ventana.	謝謝您。您的表格已提交！您現在可以關閉此窗口。	Շնորհակալություն. Ձեր ձևը ներկայացվել է: Այժմ կարող եք փակել այս պատուհանը:
Displays above form pages/tabs when viewing the submitted adaptive form in CSP.	Static Text	This form has been submitted and is now READ-ONLY.	Este formulario se ha enviado y ahora es de SÓLO LECTURA.	此表格已提交，現在處於只讀狀態。	Այս ձևն արդեն ներկայացվել է և այժմ ՄԻԱՅՆ ԿԱՐԴԱԼՈՒ համար է:
Displays on the pdf of the completed adaptive form.	Static Text	Method of Signature = Electronic	Método de firma = Electrónico	簽名方法 = 電子	Ստորագրության եղանակը = Էլեկտրոնային

DSD Appendix D/Adaptive Form - SOC 2308

CI
CI-824188 - DSD TRAN SOC 2308 Adaptive Form IMPLEMENTED

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
	Screen Title	**PROGRAM EXEMPTION FROM WORKWEEK LIMITS FOR EXTRAORDINARY CIRCUMSTANCES APPROVED EXEMPTION PROVIDER AGREEMENT (SOC 2308)**	**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR ACUERDO DE EXENCIÓN APROBADA DEL PROVEEDOR DEL PROGRAMA DE IHSS PARA EXENCIÓN DE LÍMITES DE LA SEMANA LABORAL POR CIRCUNSTANCIAS EXTRAORDINARIAS (SOC 2308)**	**居家援助服務 計劃 工作週時限特殊情況 獲批豁免提供者協議 (SOC 2308)**	**ՏՆԱՅԻՆ ԱՋԱԿՑՄԱՆ ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԾՐԱԳԻՐ ԱՐՏԱԿԱՐԳ ՀԱՆԳԱՄԱՆՔՆԵՐՈՒՄ ԱՇԽԱՏԱՆՔԱՅԻՆ ՇԱԲԱԹՎԱ ՍԱՀՄԱՆԱՓԱԿԵՐԻՑ ՄԱՏԱԿԱՐԱՐԻ ԱՋԱՏՄԱՆ ՊԱՀԱՆՋԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ (SOC 2308)**
	Sub-Section Title	**Agreement**	**Acuerdo**	**協定**	**համաձայնագիր**
	Field Name	Provider Name:	Nombre del Proveedor:	提供者姓名:	Մատակարարի անունը՝
	Field Name	Provider Number:	Número de Proveedor:	提供者編號:	Մատակարարի համարը՝
	Field Name	Recipient #1 Name:	Nombre del Beneficiario #1:	領取者 1 姓名:	Ստացող #1 անունը՝
	Field Name	Recipient #2 Name:	Nombre del Beneficiario #2:	領取者 2 姓名:	Ստացող #2 անունը՝
	Field Name	Recipient #3 Name:	Nombre del Beneficiario #3:	領取者 3 姓名:	Ստացող #3 անունը՝
	Field Name	Recipient #4 Name:	Nombre del Beneficiario #4:	領取者 4 姓名:	Ստացող #4 անունը՝
Field is repeated for each recipient	Field Name	Case #:	Caso #:	個案編號:	Գործի #՝
	Static Text	By signing below, I acknowledge, understand and agree that, as a condition of being granted an exemption from the IHSS Program workweek limits, I hereby certify to abide by all of the following conditions: • The exemption applies only to the services I provide for the above-named recipients. </li> <li>I may not work for an individual recipient more than that recipient's monthly authorized hours. • The maximum combined total number of authorized hours I can work for the above-named recipients shall not exceed 360 hours per month. • Working over 360 authorized hours per month may lead to me being ineligible to be a provider in the IHSS Program. • If my recipients' combined authorized hours total more than 360 per month, one or more of my	Al firmar abajo, reconozco, entiendo y estoy de acuerdo que como condición para que se me conceda una exención para los límites de semana laboral del Programa de IHSS, por medio de la presente certifico que cumpliré con todas las siguientes condiciones: • La exención sólo se aplica a los servicios que proveo para los beneficiarios mencionadosarriba. • No puedo trabajar para un beneficiario individual más de las horas mensuales que le han autorizado al beneficiario. • El número total combinado de horas autorizadas que puedo trabajar para los beneficiarios mencionados arriba no excederá las 360 horas al mes. • Trabajar más de las 360 horas autorizadas al mes, podría causar ser inelegible para serproveedor en el programa de IHSS. • Si las horas autorizadas de mis beneficiarios suman más de 360 al mes, uno o más de mis beneficiarios tendrán que contratar a otro proveedor para que trabaje las horas que	在下面簽名時，我即承認、理解並同意，作為獲得居家援助服務計劃工作週時限豁免的 條件，我在此保證遵守以下所有條件： • 該豁免僅適用於我為上述領取者提供的服務。</li> • 我為某個領取者工作的時間不得超過其每月授權時間。</li> • 我可以為上述領取者工作的授權小時數最高總和不得超過每月 360 小時。</li • 每月工作超過 360 個授權小時可能導致我沒有資格作為居家援助服務計劃的提供者。 • 如果我的領取者授權時數加起來每月超過 360 小時，則一位或多位領取者需要聘請其 他提供者來工作每月超過 360 個小時以上的時間。	Ստորագրելով ստորև, ես ընդունում, հասկանում և համաձայնում եմ, որ, որպես IHSS ծրագրի աշխատանքային շաբաթվա սահմանաչափերից ազատման պայման, ես սույնով հավաստում եմ ենթարկվել հետևյալ բոլոր պայմաններին՝ • Ազատումը վերաբերում է միայն վերը թվարկված ստացողներին իմ կողմից տրամադրվող ծառայություններին:</li> • Ես չեմ կարող անհատ ստացողի համար աշխատել ստացողի ամսական թույլատրված ժամերից ավելին: • Թույլատրված ժամերի առավելագույն միասնական ընդհանուր ժամաքանակը, որը ես կարող եմ աշխատել վերը թվարկված ստացողների համար, չպետք է գերազանցի ամսական 360 ժամը: • Ամսական թույլատրված 360 ժամից ավել աշխատանքը կարող է հանգեցնել IHSS ծրագրի համար մատակարար աշխատելու անիրավունակության:</li> • Եթե իմ ստացողների համակցված թույլատրելի ժամերը կազմում են ավելի քան 360 ժամ ամսական, ապա իմ մեկ կամ ավելի ստացողներին անհրաժեշտ կլինի վարձել այլ մատակարար աշխատելու ամսական 360 ժամը գերազանցող ժամերը: • Ես կտեղեկացնեմ վարչաշրջանին իմ զբաղվածության և կենցաղային պայմանավորվածությունների ցանկացած փոփոխության մասին՝ փոփոխությունից 15 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե ես այլևս չեմ աշխատում վերը թվարկված ստացողների համար կամ, որոշակի հանգամանքներում, եթե ես այլևս չեմ բնակվում ստացողների հետ նույն տանը, ապա ազատումը կչեղարկվի և ես կենթարկվեմ ստանդարտ աշխատանքային շաբաթվա

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
		recipients will need to hire another provider to work the hours above 360 per month. • I will notify the county of any changes in my employment and living arrangements within 15 calendar days of the change. If I no longer work for the above-named recipients or, in certain circumstances, if I no longer live in the same home as the recipients, the exemption will be rescinded and I will be subject to the standard workweek limits. In that case, the maximum number of hours I will be able to work for two or more recipients combined is up to 66 hours in a workweek.	excedan las 360 horas al mes. • Notificaré al condado de cualquier cambio en mi empleo y situación de vivienda dentro de los 15 días calendario del cambio. Si ya no trabajo para los beneficiarios mencionados arriba, o en ciertas circunstancias, si ya no vivo en el mismo hogar que los beneficiarios, la exención será rescindida y yo estaré sujeto a los límites de semana laboral ordinaria. En ese caso, el máximo número de horas que podré trabajar para dos o más beneficiarios combinados será de 66 horas en una semana laboral.	• 如果我的就業和生活安排發生任何變化，我將在變化發生後的 15 個日曆日內通知縣 府。如果我不再為上述領取者工作，或者在某些情況下，如果我不再與領取者居住在 同一家庭中，則豁免將取消，而我將受到標準工作週時限的限制。在這種情況下，我 在一個工作週內能為兩位或更多領取者工作的最長時間為 66 小時。	սահմանաչափերին: Այդ դեպքում, աշխատաժամանակի առավելագույն քանակը, որ ես կարող եմ աշխատել մեկ կամ ավելի ստացողների համար, կկազմի մինչև 66 ժամ աշխատանքային շաբաթում:
	Static Text	Have the recipients (or their authorized representatives) tried to hire an additional provider(s)?*	¿Han intentado los beneficiarios (o sus representantes autorizados) contratara un proveedor o proveedores adicionales?*	受看護人（或其授權代表）是否已嘗試聘請其他提供者?*	Արդյո՞ք ստացողները (կամ նրանց լիազորված ներկայացուցիչները) փորձել են վարձել լրացուցիչ մատակարար(ներ):*
	Checkbox	I understand and agree to follow all of the requirements listed in this form.	Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.	我了解並同意遵守所有列在本表格的要求.	Ես հասկանում եմ և համաձայն եմ հետևել այս ձևում թվարկված բոլոր պահանջներին:
	Error Message (#141)	Provider agreement is required.	Se requiere un acuerdo con el proveedor.	看護人協議必須。	Մատակարարի համաձայնագիրը պարտադիր է:
	Field Name	Provider Printed Name:*	Firma del proveedor:*	提供者簽名:*	Մատակարարի ստորագրությունը՝*
	Error Message (#142)	Provider Printed Name is required.	El nombre impreso es obligatorio.	正楷姓名必需。	Տպագիր անունը և ազգանունը պարտադիր է:
	Error Message (#143)	You cannot enter non-English letters or special characters into this form.	No puede introducir letras no inglesas o caracteres especiales en este formulario.	您不能在此表格中輸入非英文字母或特殊字符。	Դուք չեք կարող մուտքագրել ոչ անգլերեն տառեր կամ հատուկ նիշեր այս ձևի մեջ:
	Field Name	Date:*	Fecha:*	日期:*	Ամսաթիվը՝*
	Placeholder Text	MM/DD/YYYY	MM/DD/AAAA	MM/DD/YYYY	MM/DD/YYYY
	Error Message (#144)	Agreement Date must be in MM/DD/YYYY format.	La fecha del acuerdo debe estar en formato MM/DD/AAAA.	協議日期必須採用 MM/DD/YYYY 格式。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պետք է լինի MM/DD/YYYY ֆորմատով:
	Error Message (#145)	Agreement Date is required.	Se requiere la fecha del acuerdo.	協議日期必填。	Համաձայնագրի ամսաթիվը պարտադիր է:
	Button	Save	Guardar	救	Պահպանել
	Button	Submit	Enviar	提交	Ներկայացրեք
Displays when submission of a form fails due to internal error.	Static Text	[AEM-AF-901-004]: Encountered an internal error while submitting the form.			[AEM-AF-901-004]. ձևը ներկայացնելիս ներքին սխալ է տեղի ունեցել:

Notes	Type of Text	English	Spanish	Chinese	Armenian
Displays while a form is in process of submitting	Static Text	Submitting...	Sumisión...	正在提交...	Ներկայացվում...
Displays when a form is successfully submitted	Static Text	Thank you. Your form has been submitted! You may now close this window.	Gracias. ¡Su formulario ha sido enviado! Ahora puede cerrar esta ventana.	謝謝您。您的表格已提交！您現在可以關閉此窗口。	Շնորհակալություն. Ձեր ձևը ներկայացվել է: Այժմ կարող եք փակել այս պատուհանը:
Displays above form page/tab when viewing the submitted adaptive form in CSP.	Static Text	This form has been submitted and is now READ-ONLY.	Este formulario se ha enviado y ahora es de SÓLO LECTURA.	此表格已提交，現在處於只讀狀態。	Այս ձևն արդեն ներկայացվել է և այժմ ՄԻԱՅՆ ԿԱՐԴԱԼՈՒ համար է:
Displays on the pdf of the completed adaptive form.	Static Text	Method of Signature = Electronic	Método de firma = Electrónico	簽名方法 = 電子	Ստորագրության եղանակը = Էլեկտրոնային

No labels