

**电子访视验证 (EVV) 住家工作人员豁免供应商证明**

供应商名称: \_\_\_\_\_

供应商编号: \_\_\_\_\_

区域中心服务: \_\_\_\_\_

区域中心: \_\_\_\_\_

服务对象 UCI: \_\_\_\_\_

住家工作人员姓名 \_\_\_\_\_

住家付费工作人员是指为了工作而定期在服务对象家中连续逗留超过 24 小时的个人。EVV 不适用于由住家工作人员提供的服务。

**证明**

本人确认，上述所列工作人员是住家工作人员，其提供的服务时数不适用 EVV，且本人有权代表本表格顶部所列的已获核准机构作出此证明。

签署人: \_\_\_\_\_

头衔: \_\_\_\_\_

签名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

本表格将作为《加州法规汇编》第 17 编第 2 分编第 54326 条第 (3) 款所述向服务对象提供服务记录的一部分保存，并必须由供应商根据需要进行更新。\*

## 电子访视验证 (EVV) 住家工作人员豁免供应商证明

### 说明:

**供应商名称:** 输入此证明适用的签约提供者的名称。

**供应商编号:** 请输入本证明适用的供应商编号。

**服务代码:** 输入本证明适用的授权服务代码。当前确定为需要遵守 EVV 要求的服务代码：

个人护理服务临时照护服务 (465, 862, 864)、支持性居住服务 (896)、个人协助服务 (062) 或家政服务 (858, 860) 以及自决计划 (SOP) 服务，例如社区生活支持 (320)、家务助理 (313) 和临时照护 (310)。

**家庭保健服务:** 护理服务 (460,742,744 和 SOP 361) 以及提供以下服务的机构：家庭健康 (854, 856)、言语 (707)、物理治疗 (772)、职业治疗 (773) 以及 SOP 服务，例如家庭健康助理 (359)、言语、听力和语言 (372)、职业治疗 (375) 和物理治疗 (376)。

如果您是签约服务提供者，但不提供这些服务，则 EVV 要求和本表格不适用于您。

**区域中心:** 输入上述供应商编号适用的区域中心。

**服务对象 UCI:** 输入本证明适用的服务对象的唯一客户标识符 (UCI) 编号。如果本证明适用于多位服务对象，您可以附上一份服务对象名单，以代替在此处列出所有服务对象。您必须确保所附的 UCI 清单注有日期（即使是手写日期），以与本证明的签署日期相符。

**工作人员姓名 (如适用)** : 如果本证明仅适用于有资格获得豁免的特定工作人员，请输入工作人员姓名。

**证明:** 获授权在签约服务提供者证明豁免情况的人员必须填写本部分，以证明文件真实无误。

\*本证明中的信息如有变化，必须更新。例如，当一名工作人员不再被视为服务对象的住家照护者时。