

DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES  
電子到訪驗證 (EVV) 住家工作人員豁免供應商證明

供應商名稱： \_\_\_\_\_  
供應商編號： \_\_\_\_\_  
區域中心服務： \_\_\_\_\_  
區域中心： \_\_\_\_\_  
服務對象 UCI： \_\_\_\_\_  
住家工作人員姓名 \_\_\_\_\_

住家付薪工作人員是指定期在服務對象家中一次停留超過 24 小時的人員。EVV 不適用於住家工作人員提供的服務。

**證明**

本人確認，上述所列工作人員為住家工作人員，其所提供的服務時數不適用 EVV，且本人有權代表本表格頂部所列之已獲核准機構作出此證明。

簽署人： \_\_\_\_\_  
頭銜： \_\_\_\_\_  
簽名： \_\_\_\_\_  
日期： \_\_\_\_\_

本表格將作為《加州法規規條》第 17 編第 2 分編第 54326 條第 ( 3 ) 款所述之向服務對象提供服務之記錄之一部分予以保存，並須由供應商依需要加以更新。\*

DEPARTMENT OF DEVELOPMENTAL SERVICES  
**電子到訪驗證 (EVV) 住家工作人員豁免供應商證明**

**說明：**

**供應商名稱：**輸入本證明所適用之簽約提供者名稱。

**供應商編號：**請輸入本證明所適用之供應商編號。

**服務代碼：**輸入本證明所適用之已授權服務代碼。目前確定須遵守 EVV 要求之服務代碼：

**個人護理服務：**臨時照護服務 ( 465、862、864 )、支持性居住服務 ( 896 )、個人協助服務 ( 062 ) 或家政服務 ( 858、860 )，以及自決計畫 ( SOP ) 服務，例如社區生活支持 ( 320 )、家務助理 ( 313 ) 及臨時照護 ( 310 )。

**家庭保健服務：**護理服務 ( 460、742、744 及 SOP 361 )，以及提供以下服務之機構：家庭健康 ( 854、856 )、言語 ( 707 )、物理治療 ( 772 )、職能治療 ( 773 )，以及 SOP 服務，例如家庭健康助理 ( 359 )、言語、聽力與語言 ( 372 )、職能治療 ( 375 ) 及物理治療 ( 376 )。

如果您為簽約服務提供者但未提供上述任何服務，則 EVV 要求及本表格均不適用於您。

**區域中心：**輸入上述供應商編號所適用之區域中心。

**服務對象 UCI：**輸入本證明所適用之服務對象唯一客戶識別碼 ( UCI ) 編號。如果本證明適用於多位服務對象，您可隨附一份服務對象名單，以代替於此處逐一列示所有服務對象。您必須確保所附之 UCI 清單已註明日期 ( 即使為手寫日期 )，且該日期須與本證明之簽署日期相符。

**工作人員姓名 ( 如適用 )：**如果本證明僅適用於符合豁免資格之特定工作人員，請輸入該工作人員姓名。

**證明：**獲授權代表簽約服務提供者證明豁免情況之人員，必須填寫本部分，以證明本文件內容真實無誤。

\*如果本證明所載之資訊發生任何變更，必須予以更新。例如，當某一名工作人員不再被視為服務對象之住家照護者時。