



A. 居家護理服務使用者

服務使用者姓名:		出生日期:	
地址:			
住址所在縣:			
護理員姓名:		護理員電話#:	

致：疫苗接種站

我是以上所列因殘障而須接受個人護理服務的人士。我無法自理一些日常活動，並且在沒有個人護理服務提供的情況下，我的個人健康與安全會處於危險之中。居家援助服務 (IHSS) 計劃以及居家護理和家庭保健服務機構的護理員屬於第1.a 階段可接種疫苗的人士。我聘用了符合第1.a 階段相同資格的上列護理員。

護理人員通過提供家庭相關以及個人護理服務，使殘障人士在其家中安全地生活，這些護理服務包括：日常家務、預備食物、餐後清潔、日常清洗衣服、購買食物或其他生活必需品、協助呼吸、排泄護理、餐飲協助、床浴、穿衣、周期性護理、協助下床行動、轉移、洗澡與梳洗整理、搓揉皮膚與翻身、義肢護理與協助、陪同前往醫療預約/替代性資源、清理庭院危險物、繁重清潔、保護性監督 (觀察非自我導向、意識混亂、有精神或認知障礙人士的行為，並適當介入以免服務使用者受傷、遭受危險或意外)，以及輔助醫療服務 (須要有經認證的專業醫護人士培訓才能作出的判斷性行動，例如管服藥物、施針等；而這些在沒有健康條件限制下，個人可以自我完成的行動，對於他們的身體或心理狀況，及維持其健康是必要的)。護理人員會親身及/或以口頭協助 (提示或提醒) 提供上述服務。

B. 服務使用者證明

一經簽署此份表格，便證明上列服務使用者須要個人護理服務，並且由本頁上列之受雇護理人員提供所列服務均為屬實。如果服務使用者無法簽署，一名代表可代為簽署。

姓名:	
地址:	
電話 #:	傳真 #:
服務使用者簽名:	日期:
代表服務使用者簽署姓名:	日期:
代表簽名:	日期:

更多有關資訊，請瀏覽網頁：sf.gov/HCWVax