

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR  
NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR CONFIRMANDO LA CUARTA INFRACCIÓN  
(PERIODO DE INELEGIBILIDAD POR 1 AÑO ) POR SOBREPASAR LOS LÍMITES DE  
LA SEMANA LABORAL Y/O TIEMPO DE TRASLADO**

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: \_\_\_\_\_

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Núm. del caso del beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina de IHSS: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono de la oficina de IHSS: \_\_\_\_\_

Para: El Proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

Esta notificación es para informarle que hemos revisado el formulario “Derecho a disputar una infracción” que usted presentó después de recibir una cuarta infracción para el mes de \_\_\_\_\_. A la fecha de esta notificación, se confirma la infracción. La razón para esta decisión es en base a nuestra revisión de la información y/o documentación que usted proporcionó en el formulario “Derecho a disputar una infracción”. Hemos determinado que no hubo suficiente información y/o documentación para demostrar que se cumplió con los requisitos necesarios para que usted trabajara más horas que las que permite su acuerdo de la semana laboral.

**Usted continuará con una cuarta infracción debido a una o más de las siguientes razones:**

- Trabajar para un beneficiario más de 40 horas en una semana laboral sin que el beneficiario obtuviera aprobación del Condado, cuando el máximo de horas semanales del beneficiario es 40 o menos de 40 horas.
- Trabajar más del máximo de horas semanales del beneficiario sin que el beneficiario obtuviera aprobación del Condado, lo cual ocasionó que usted trabajara más horas extras en el mes que las que usted normalmente trabajaría.
- Trabajar más de 66 horas en una semana laboral, cuando usted trabaja para más de un beneficiario.
- Reclamar más de 7 horas de tiempo de traslado en una semana laboral.

Si no está de acuerdo con esta determinación y le gustaría solicitar una Revisión Administrativa del Estado, usted tiene 10 días consecutivos a partir de la fecha en esta notificación para presentar el formulario adjunto “Petición para una Revisión Administrativa del Estado”. Si presenta una “Petición para una Revisión Administrativa del Estado”, usted podrá continuar proporcionando servicios hasta que se haya tomado una decisión definitiva relacionada a su petición.

Si no presenta una “Petición para una Revisión Administrativa del Estado” antes de que pasen 10 días consecutivos de la fecha de esta notificación, no podrá proveer servicios de IHSS durante el periodo de un año. Ese periodo comenzará cuando hayan pasado 20 días consecutivos de la fecha de esta notificación.

Antes de que pueda proveer servicios de IHSS de nuevo, usted tendrá que cumplir con todos los requisitos para la inscripción para ser proveedor, incluyendo la revisión de antecedentes penales, la capacitación para proveedores y el llenar todos los formularios requeridos.

Si usted no está seguro de la fecha en que será elegible para volver a proveer servicios o si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, por favor comuníquese con la oficina de IHSS al número de teléfono anotado en la primera página de esta notificación.