

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR  
CARTA AL PROVEEDOR EN RESPUESTA A LA PETICIÓN PARA UNA REVISIÓN  
ADMINISTRATIVA DEL ESTADO CONFIRMANDO LA TERCERA INFRACCIÓN  
(SUSPENSIÓN DE ELEGIBILIDAD POR 90 DÍAS) POR HABER EXCEDIDO LOS  
LÍMITES DE LA SEMANA LABORAL Y/O DEL 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 la “Petición para una revisión administrativa del Estado” que usted presentó después de que usted recibió una tercera infracción para el mes de \_\_\_\_\_. A la fecha de esta notificación, la infracción se confirma. Esta decisión está basada en nuestra revisión de la información y/o documentación que usted presentó en el formulario “Petición para una revisión administrativa del Estado”. Hemos determinado que no hubo suficiente evidencia para demostrar que usted cumplió con los requisitos necesarios para trabajar más horas de las que su acuerdo sobre la semana laboral le permite. **Usted continuará con una tercera infracción porque usted:**

- Trabajó 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 de ese beneficiario es 40 o menos de 40 horas.
- Trabajó mas del máximo de horas semanales de un beneficiario sin que el beneficiario obtuviera aprobación del Condado y eso causó que usted trabajara más horas extras de las que normalmente trabajaría en el mes.
- Trabajó más de 66 horas en una semana laboral cuando usted trabaja para más de un beneficiario.
- Reclamó más de 7 horas de tiempo de traslado en una semana laboral.

Su elegibilidad para proveer servicios de IHSS será suspendida por un periodo de 90 días. Esta suspensión comenzará cuando hayan pasado 20 días consecutivos a partir de la fecha de esta notificación. Si usted no está seguro de la fecha en que será elegible para volver a proveer servicios, por favor comuníquese con la oficina de IHSS.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, puede comunicarse con el Departamento de Servicios Sociales de California; Oficina de Reclamos, Certificación y Apelaciones; Unidad de Apelaciones al (916) 651-3488.