

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN CAMBIO EN LOS SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)

CONDADO DE _____

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número del caso : _____
Nombre del trabajador social : _____
Número del trabajador social : _____
Teléfono del trabajador social : _____
Dirección del trabajador social : _____

NOTA: Esta notificación SOLAMENTE se refiere a IHSS. NO afecta lo que recibe del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), del Seguro Social, ni del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). **MANTENGA ESTA NOTIFICACIÓN CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.**

(ADDRESSEE)

A partir de _____, **han cambiado los servicios y/o la duración de los servicios que usted puede recibir.**
MES, DÍA, AÑO
La razón es la siguiente:
El total de horas:minutos de los servicios de IHSS que ahora puede recibir cada mes es: _____. **Esto significa un aumento/una reducción de** _____.
 Ahora usted recibirá los servicios indicados a continuación durante el tiempo que aparece en la columna "Cantidad autorizada de servicios que puede recibir". Esa columna indica las horas:minutos que recibía antes, lo que va a recibir de ahora en adelante, y la diferencia. Si va a recibir menos tiempo para un servicio, la explicación del motivo aparece en las siguientes páginas.
 1) Si un cero aparece en la columna "Cantidad autorizada de servicios que puede recibir" o la cantidad es menos que la columna "Cantidad total de servicios que se necesita", la explicación del motivo aparece en las siguientes páginas.
 2) "No se necesita" significa que su trabajador social determinó que usted no requiere asistencia con esta tarea. (MPP* 30-756.11)
 3) "Pendiente" significa que el Condado está esperando más información para ver si usted necesita ese servicio. Para mayor información, vea las siguientes páginas.

SERVICIOS	CANTIDAD TOTAL DE SERVICIOS QUE SE NECESITA	AJUSTE POR OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR (PRORRATEO)	CANTIDAD DEL SERVICIO QUE USTED NECESITA	SERVICIOS QUE SE REHUSÓ A RECIBIR O QUE RECIBE DE OTROS	CANTIDAD AUTORIZADA DE SERVICIOS QUE PUEDE RECIBIR		
					HORAS:MINUTOS	HORAS:MINUTOS	HORAS:MINUTOS
Nota: Una de las siguientes páginas tiene una breve descripción de cada servicio.					AHORA	ANTES	+/-
SERVICIOS DOMÉSTICOS (por MES):							
SERVICIOS RELACIONADOS (por SEMANA):							
Preparar comidas							
Limpiar después de las comidas							
Lavado rutinario de ropa							
Compra de alimentos							
Otras compras/mandados							
SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS (por SEMANA):							
Asistir en lo relacionado a la respiración (ayuda con la respiración)							
Asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga							
Alimentación							
Baños rutinarios en la cama							
Ayuda para vestirse							
Cuidado relacionado a la menstruación							
Ayuda para trasladarse (ayuda para caminar, incluyendo subir y bajarse de un vehículo)							
Ayuda para transferirse (ayuda para acostarse y levantarse de la cama, sentarse y levantarse de un asiento, etc.)							
Dar un baño, higiene de la boca, aseo personal							
Frotar la piel, cambiar de posición							
Ayuda con prótesis (miembros artificiales, aparatos para ver/oír) y/o preparación de medicamentos							
ACOMPañAMIENTO (por SEMANA):							
Ir a citas médicas y regresar							
Ir a lugares para recibir servicios en vez de IHSS y regresar							
SUPERVISIÓN CON FINES DE PROTEGER (por SEMANA):							
SERVICIOS PARAMÉDICOS (por SEMANA):							
TOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR SEMANA:							
MULTIPLICADO POR 4.33 (número promedio de semanas por mes) PARA CONVERTIR A HORAS:MINUTOS POR MES:					x	4.33	=
SUBTOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:							
AÑADA LAS HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS DOMÉSTICOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES (mencionados anteriormente):							
TOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:							

SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO (por MES):							
Limpieza profunda:							
Eliminación de peligros en el patio/jardín							
Eliminación de hielo, nieve							
Instrucción y demostración							
TOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:							

¿Tiene preguntas? Por favor comuníquese con su trabajador social de IHSS. El número de teléfono aparece en la parte superior de esta página.
Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla.