

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

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

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_

Nombre del caso: \_\_\_\_\_

Número del caso: \_\_\_\_\_

---

---

**Usted tiene que comunicarle inmediatamente al condado cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad o su necesidad de recibir IHSS, incluyendo cualquier cambio en sus ingresos, propiedad, arreglos de vivienda, condición médica, o capacidad para trabajar. Si tiene alguna pregunta o cree que se debe considerar información adicional, comuníquese con su trabajador social.**

**Reglas:** Las secciones pertinentes del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) se muestran entre paréntesis arriba en esta página y en la página anterior. Usted puede revisar el MPP en su oficina local de IHSS.

**¿Tiene preguntas?:** Por favor comuníquese con su trabajador social de IHSS.

**Audiencia con el Estado:** Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En una de las páginas anteriores se le explica cómo solicitarla.

---

---