

SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)

NOTIFICACION DE ACCION

Atención: Esta notificación aplica **SOLO** a sus servicios sociales.
NO afecta lo que usted recibe de SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado) o Seguro Social.
MANTENGA ESTA NOTIFICACION CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES

SI QUIERE UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO, POR FAVOR ENVIE SU SOLICITUD PARA LA AUDIENCIA A:

SU OFICINA DE IHSS

Número del caso
Fecha en que se envió por correo

ACTUALMENTE

Sus ingresos contables: \$ _____
 Menos el nivel de beneficios de SSI/SSP: \$ _____
 Su parte del costo: \$ _____
 Menos el costo calculado de IHSS: \$ _____
 Ingresos en exceso del costo calculado: \$ _____

ANTERIORMENTE

Sus ingresos contables: \$ _____
 Menos el nivel de beneficios de SSI/SSP: \$ _____
 Su parte del costo: \$ _____
 Menos el costo calculado de IHSS: \$ _____
 Ingresos en exceso del costo calculado: \$ _____

SERVICIOS

	HORAS ACTUALES	HORAS ANTERIORES	(+) AUMENTO O (-) REDUCCION
SERVICIOS DOMESTICOS por mes:	_____	_____	_____
Barrer y lavar los pisos, limpiar el mostrador de la cocina, la estufa, el refrigerador; limpiar el baño; guardar la comida y suministros; sacar la basura; quitar el polvo, recoger lo necesario; meter el combustible; cambiar las sábanas y tender la cama, y otros quehaceres.			
LIMPIEZA PESADA (sólo por un mes):	_____	_____	_____
SERVICIOS RELACIONADOS por semana:			
* Preparar comidas:	_____	_____	_____
** Limpieza de cocina:	_____	_____	_____
Lavado rutinario de ropa:	_____	_____	_____
Comprar comestibles:	_____	_____	_____
Hacer otras compras:	_____	_____	_____
SERVICIOS PERSONALES NO MEDICOS por semana:			
* Ayuda con la respiración:	_____	_____	_____
* Limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga:	_____	_____	_____
* Alimentación:	_____	_____	_____
* Baños rutinarios en la cama:	_____	_____	_____
* Asistencia para vestirse:	_____	_____	_____
* Asistencia durante la menstruación:	_____	_____	_____
* Asistencia para caminar:	_____	_____	_____
* Ayuda para acostarse y levantarse de la cama:	_____	_____	_____
* Baño, higiene oral/aseo personal:	_____	_____	_____
* Frotar la piel; ayuda para acomodarse, sentarse/levantarse, entrar/salir de vehículos:	_____	_____	_____
* Cuidado/ayuda con la prótesis:	_____	_____	_____

SERVICIOS

	HORAS ACTUALES	HORAS ANTERIORES	(+) AUMENTO O (-) REDUCCION
SERVICIOS DE ACOMPAÑAMIENTO por semana:			
Cita médica:	_____	_____	_____
Recursos alternativos:	_____	_____	_____
ELIMINACION DE PELIGROS EN EL PATIO/JARDÍN:			
Quitar la yerba, basura o escombros (sólo por un mes):	_____	_____	_____
Quitar el hielo o nieve, por semana:	_____	_____	_____
SUPERVISION CON FINES DE PROTEGER por semana:	_____	_____	_____
INSTRUCCION/DEMOSTRACION por semana: (que no exceda de tres meses)	_____	_____	_____
*SERVICIOS PARAMEDICOS por semana:	_____	_____	_____
TOTAL DE HORAS SEMANALES X 4.33:	_____	_____	_____
MAS HORAS POR SERVICIOS DOMESTICOS:	_____	_____	_____
MAS HORAS POR LIMPIEZA PESADA:	_____	_____	_____
MAS HORAS POR ELIMINACION DE PELIGROS EN EL PATIO/JARDIN ETC.:	_____	_____	_____
TOTAL DE HORAS MENSUALES: (redondeado a la décima más próxima)	_____	_____	_____

ACTUALMENTE ANTERIORMENTE

Asignación para comidas de restaurantes: \$ _____ \$ _____

"Como usted reúne los requisitos para recibir 20 horas o más en servicios marcados con un asterisco (*), puede recibir un pago por adelantado para pagarle a su propio proveedor. Si quiere recibir un pago por adelantado, hable con su trabajador de servicios. El servicio marcado con dos asteriscos (**) se incluye en las 20 horas sólo cuando se requiere asistencia para comer, preparar comidas y limpiar la cocina."

Las acciones mencionadas arriba son apoyadas por la ley federal (Decreto del Seguro Social), la ley estatal (Código de Bienestar Público e Instituciones), ordenamientos federales (Código de Ordenamientos Federales), ordenamientos estatales (Código Administrativo de California, y Manual de Prácticas y Procedimientos del Departamento de Servicios Sociales de California):

Usted tiene que reportar inmediatamente cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad o su necesidad de recibir Servicios de Casa y Cuidado Personal, tales como cambios 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, póngase en contacto con:

Oficina al nivel del distrito: Trabajador de Servicios N° del Trabajador de Servicios: Teléfono:

TIENE EL DERECHO DE PEDIR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO VERBALMENTE O POR ESCRITO. POR FAVOR ENVIE SU PETICION ESCRITA A LA DIRECCION DEL CONDADO QUE SE ENCUENTRA EN LA ESQUINA DERECHA DE LA PARTE SUPERIOR DE ESTE FORMULARIO.

POR FAVOR VEA LA SIGUIENTE PAGINA DE ESTA NOTIFICACION PARA OBTENER DETALLES ADICIONALES

EL DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

1. Usted tiene derecho a participar en una conferencia con representantes del departamento de bienestar público del condado para conversar respecto a esta acción propuesta. En esta conferencia, puede hablar por sí mismo o ser representado por un abogado, una amistad u otro representante. Si quiere participar en una conferencia, comuníquese con el departamento de bienestar público del condado.
2. Ya sea que solicite una conferencia o no, también tiene el derecho de pedir una audiencia con el estado y una decisión del Director del Departamento de Servicios Sociales de California (vea la "Petición para una audiencia con el estado" a continuación). Su petición puede ser presentada por escrito o verbalmente, pero tiene que indicar que quiere una audiencia y la razón por la que no está satisfecho. **TIENE QUE SOLICITAR LA AUDIENCIA ANTES DE QUE PASEN 90 DIAS A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SE ENVIÓ ESTA NOTIFICACION.**
3. **SI SOLICITA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO ANTES DE LA FECHA EN QUE ENTRE EN VIGOR LA ACCION QUE PROPUSO EL CONDADO, SUS SERVICIOS CONTINUARAN HASTA LA AUDIENCIA.** Usted no tendrá que reembolsar el costo de los servicios que reciba hasta que se lleve a cabo la audiencia, aun si resulta en una negación, siempre y cuando haya hecho su petición de buena fe.
4. Puede pedir la audiencia con el estado usted mismo, o puede pedirle al departamento de bienestar público del condado que le ayude. De cualquier manera, asegúrese de informarle a su trabajador del departamento de bienestar público del condado lo más pronto posible.
5. En una audiencia con el estado usted tiene el derecho de ser representado por un abogado o cualquier otra persona (una amistad, pariente, u otro representante), que usted escoja. Es posible que pueda obtener consejos legales gratuitos y los servicios de un abogado. Puede llamar al número gratuito de la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público para pedir que le ayuden a encontrar ayuda legal gratuita. Para pedir ayuda para presentar su queja, también puede ponerse en

contacto con la organización para la defensa de los derechos sociales más cercana a usted.

6. Los ordenamientos estatales que rigen las audiencias con el estado con respecto a los servicios sociales están a la disposición en el departamento de bienestar público del condado.
7. Prácticas con respecto a la información - La información que se le pide es obligatoria para tramitar su solicitud para una audiencia con el estado en conformidad con la Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones (W&IC). La Oficina del Jefe de Jueces de Leyes Administrativas establecerá un expediente sobre el caso. Usted tiene el derecho de examinar los documentos que constituyen los antecedentes para la decisión. Cualquier información que usted proporcione puede ser compartida con el departamento de bienestar público del condado o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si desea solicitar por escrito una audiencia con el estado, por favor envíe esta página al departamento de bienestar público del condado. La dirección se encuentra al otro lado de esta notificación en la esquina derecha de la parte superior.

Para pedir verbalmente una audiencia con el estado, o para obtener más información con respecto a sus derechos a una audiencia con el estado o los expedientes, puede comunicarse con la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público a la siguiente dirección:

Public Inquiry and Response
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 20-23
Sacramento, CA 95814
(800) 952-5253 (número gratuito)*
TDD (800) 952-8349* Para personas con problemas de sordera o del habla

* Es posible que tenga que marcar el número "1" primero.

PETICION PARA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

Nombre (Apellido, Nombre, Inicial que usa en medio)	Nº de Teléfono	Nº del Seguro Social	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Por medio de la presente solicito una audiencia con el estado ante el Departamento de Servicios Sociales de California con respecto a la acción que tomé el condado sobre mis servicios sociales. Las razones para mi petición son las siguientes:

Tengo problemas para entender el inglés, por lo tanto pido un intérprete para mi audiencia en el siguiente:	Idioma	Dialecto
Firma	Fecha en que se firmó	

REPRESENTANTE AUTORIZADO

He autorizado a la siguiente persona para que actúe a nombre mío en mi apelación. Autorizo al Departamento a que le dé a esta persona parte o toda la información referente a mi caso.

Nombre del Representante Autorizado	
Dirección del Representante Autorizado	
Firma de la persona que solicita la audiencia con el estado	Fecha en que se firmó