

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

APROBACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) (CONTINUACIÓN)

CONDADO DE

Fecha de la notificación:

Nombre del caso:

Número del caso:

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

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

CONDADO DE

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 indican arriba y las puede revisar en su oficina local de IHSS. (En inglés solamente.)

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

Audiencia con el Estado: Si cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el formulario "Su derecho a una audiencia", incluido en esta notificación, se le explica cómo solicitarla.
