

CONDADO DE

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

(ADDRESSEE)

[ ]

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

**NOTA:** Esta notificación SOLAMENTE se refiere a IHSS. NO afecta lo que recibe de SSI/SSP\*, Seguro Social o Medi-Cal\*\*. **MANTENGA ESTA NOTIFICACIÓN CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.**

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:

**A partir de \_\_\_\_\_ han cambiado los servicios que usted puede recibir y/o la cantidad de tiempo que los puede recibir. La razón es la siguiente:**

**El total de HRS:MINS de IHSS que usted puede recibir cada mes es ahora: \_\_\_\_\_. Esto es un aumento/reducción de \_\_\_\_\_.**

Ahora usted recibirá los servicios durante el tiempo que aparece en la columna "Horas que puede recibir". Esa columna indica las horas/minutos que usted recibía antes y la cantidad que recibirá ahora, y la diferencia. Si está recibiendo menos tiempo de servicios, el motivo(s) aparece en la siguiente página.

\* SSI/SSP = Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado

\*\* Medi-Cal = Programa de Asistencia Médica de California

- 1) Si un cero aparece en la columna "Cantidad de servicios autorizados 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.

<p align="center"><b>SERVICIOS</b></p> <p><i>Nota: Para la descripción de cada servicio, vea la información adjunta "Descripción de servicios".</i></p>	CANTIDAD TOTAL DE SERVICIOS QUE SE NECESITA	AJUSTE POR OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	CANTIDAD DEL SERVICIO QUE USTED NECESITA	SERVICIOS QUE SE REHUSÓ A RECIBIR O QUE RECIBE DE OTROS
	HRS:MINS	(PRORRATEO)	HRS:MINS	
<b>SERVICIOS DOMÉSTICOS (por MES)</b>				
<b>SERVICIOS RELACIONADOS (por SEMANA)</b>				
Preparar comidas				
Limpiar después de las comidas				
Lavado rutinario de ropa				
Compra de alimentos				
Otras compras/mandados/servicios de lectura				
<b>SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS (por SEMANA)</b>				
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				

<b>SERVICIOS</b> <i>Nota: Para la descripción de cada servicio, vea la información adjunta “Descripción de servicios”.</i>	CANTIDAD TOTAL DE SERVICIOS QUE SE NECESITA	AJUSTE POR OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	CANTIDAD DEL SERVICIO QUE USTED NECESITA	SERVICIOS QUE SE REHUSÓ A RECIBIR O QUE RECIBE DE OTROS
	HRS:MINS	(PRORRATEO)	HRS:MINS	
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				
<b>ACOMPAÑAMIENTO (por SEMANA)</b>				
Ir a citas médicas y regresar				
Ir a lugares para recibir servicios en vez de IHSS y regresar				
<b>SUPERVISIÓN CON FINES DE PROTEGER (por SEMANA)</b>				
<b>SERVICIOS PARAMÉDICOS (por SEMANA)</b>				
<b>SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO (por MES)</b>				
Limpieza profunda				
Eliminación de peligros en el patio/jardín				
Eliminación de hielo, nieve				
Instrucción y demostración				
<b>TOTAL DE HRS:MINS DE SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES</b>				

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

<b>SERVICIOS</b> <i>Nota: Para la descripción de cada servicio, vea la información adjunta "Descripción de servicios".</i>	<b>HORAS QUE PUEDE RECIBIR</b>		
	<b>HRS:MINS</b>		
	<b>AHORA</b>	<b>ANTES</b>	<b>+/-</b>
<b>SERVICIOS DOMÉSTICOS (por MES)</b>			
<b>SERVICIOS RELACIONADOS (por SEMANA)</b>			
Preparar comidas			
Limpiar después de las comidas			
Lavado rutinario de ropa			
Compra de alimentos			
Otras compras/mandados/servicios de lectura			
<b>SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS (por SEMANA)</b>			
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			
<b>ACOMPañAMIENTO (por SEMANA)</b>			
Ir a citas médicas y regresar			
Ir a lugares para recibir servicios en vez de IHSS y regresar			
<b>SUPERVISIÓN CON FINES DE PROTEGER (por SEMANA)</b>			
<b>SERVICIOS PARAMÉDICOS (por SEMANA)</b>			
<b>TOTAL DE HRS:MINS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR SEMANA:</b>			
<b>MULTIPLIQUE POR 4.33 (número promedio de semanas por mes) PARA CONVERTIR A HRS:MINS POR MES:</b>			<b>x4.33=</b>
<b>SUBTOTAL DE HRS:MINS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:</b>			
<b>AÑADA LAS HRS:MINS DE SERVICIOS DOMÉSTICOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES (mencionados anteriormente):</b>			
<b>TOTAL DE HRS:MINS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:</b>			

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

SERVICIOS	HORAS QUE PUEDE RECIBIR		
	HRS:MINS		
	AHORA	ANTES	+/-
<b>SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO (por MES)</b>			
Limpieza profunda			
Eliminación de peligros en el patio/jardín			
Eliminación de hielo, nieve			
Instrucción y demostración			

--	--

**¿Tiene preguntas?** Por favor comuníquese con su trabajador social de IHSS. El número de teléfono aparece en la parte superior de la Página 1.

**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.