

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR SOBRE LA SEGUNDA
INFRACCIÓN POR SOBREPASAR LOS LÍMITES DE LA SEMANA
LABORAL Y/O TIEMPO DE TRASLADO**

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección de la Oficina de IHSS: _____

Número de teléfono de la Oficina de IHSS: _____

Para: El Proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

En el mes de servicio de _____, usted sobrepasó los límites de su semana
laboral y/o tiempo de traslado por segunda vez haciendo uno o más de los
siguientes:

- Trabajar para un beneficiario más de 40 horas en una semana laboral sin que el beneficiario obtuviera aprobación del Condado (cuando el máximo de las horas semanales del beneficiario son 40 horas o menos)
- Trabajar más que el máximo de las horas semanales del beneficiario sin que el beneficiario obtuviera aprobación del Condado y eso causó que usted trabajara más horas de tiempo extra que las que normalmente hubiera trabajado en el mes
- Trabajar más de 66 horas en una semana laboral cuando trabaja para más de un beneficiario
- Reclamar más de siete (7) horas de tiempo de traslado en una semana laboral

Debido a que usted en el pasado recibió una segunda infracción y tomó la opción que se le ofreció una sola vez de revisar el material instructivo y entregar una notificación de verificación para retirar la infracción, esta opción no se le puede ofrecer de nuevo.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede entregar el formulario de petición del Condado (que hemos incluido) a la oficina de IHSS a la dirección anotada en la parte de arriba de esta página. Usted tiene diez (10) días consecutivos a partir de la fecha de esta notificación para solicitar que el Condado lleve a cabo una revisión. El Condado tiene diez (10) días hábiles para revisar, investigar y tomar una decisión.