

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR  
NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR SOBRE UNA TERCERA INFRACCIÓN  
(SUSPENSIÓN DE ELEGIBILIDAD POR 90 DÍAS) 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)

A partir de veinte (20) días consecutivos de la fecha de esta notificación, usted ya no es elegible para recibir pagos del Programa de IHSS por proporcionar servicios autorizados a su actual beneficiario(s) ni a ninguna otra persona, durante el periodo de 90 días.

En el mes de servicio de \_\_\_\_\_, usted sobrepasó los límites de su semana laboral

MES

y/o tiempo de traslado, por tercera 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

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. 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 hacer la revisión, investigar y decidir si retira la infracción.