

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR - NOTIFICACIÓN PARA EL BENEFICIARIO SOBRE LA TERCERA INFRACCIÓN (SUSPENSIÓN DE ELEGIBILIDAD POR 90 DÍAS) DEL PROVEEDOR 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 Beneficiario de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

Su proveedor, \_\_\_\_\_, recibió una tercera infracción en el  
NOMBRE DEL PROVEEDORmes de servicio de \_\_\_\_\_, haciendo uno o más de los siguientes:  
MES

- Trabajar para usted más de 40 horas en una semana laboral sin que usted haya obtenido aprobación del Condado (cuando el máximo de las horas semanales de usted son 40 horas o menos)
- Trabajar más que el máximo de las horas semanales de usted sin que usted haya obtenido aprobación del Condado y eso causó que él/ella 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

Como resultado, su proveedor no será elegible (por 90 días) para que el Programa de IHSS le pague por proveer servicios autorizados de IHSS a usted o a cualquier otro beneficiario de IHSS.

Usted tiene que encontrar a un nuevo proveedor antes de que pasen veinte (20) días consecutivos de la fecha de esta notificación. Durante este periodo de veinte días, su actual proveedor todavía podrá continuar proporcionándole servicios. Si necesita ayuda para encontrar a un nuevo proveedor, por favor comuníquese con la Oficina de IHSS del Condado al número que aparece anotado arriba.