

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR  
NOTIFICACIÓN PARA EL BENEFICIARIO ACERCA DE LA CUARTA INFRACCIÓN DEL  
PROVEEDOR (PERÍODO DE UN AÑO DE NO ELEGIBILIDAD) POR SOBREPASAR  
LOS LÍMITES DE LA SEMANA LABORAL Y/O DEL 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 cuarta infracción por el  
NOMBRE DEL PROVEEDOR

mes de servicio de \_\_\_\_\_ por haber hecho uno o más de los siguientes:  
MES

- Trabajar para usted más de 40 horas durante una semana laboral sin que usted consiguiera aprobación del Condado cuando su máximo de horas por semana son 40 horas o menos.
- Trabajar más del máximo de sus horas semanales sin que usted consiguiera aprobación del Condado, lo cual ocasionó que él/ella trabajara más horas extra de lo normal al mes.
- Trabajar más de 66 horas en una semana laboral cuando él/ella trabaja para más de un beneficiario.
- Reclamar más de siete (7) horas de tiempo de traslado durante una semana laboral.

Como resultado, su proveedor no será elegible para que le pague el programa de IHSS por proveer servicios autorizados de IHSS a usted o a cualquier otro beneficiario de IHSS por un año.

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