

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
NOTIFICACIÓN PARA EL BENEFICIARIO ACERCA DE LA APROBACIÓN
DE UNA EXCEPCIÓN PARA EXCEDER LAS HORAS SEMANALES**

(ADDRESSEE)

Condado de: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del beneficiario: _____

Número de caso del beneficiario: _____

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)

Esta notificación es para informarle que su petición para una excepción para exceder su máximo de horas semanales ha sido aprobada para el mes de servicio de _____ MES. Usted puede permitir que su proveedor(es) trabaje estas horas adicionales.

Usted tendrá que ajustar las horas de trabajo de su proveedor, reduciendo una cantidad igual a las horas de excepción aprobadas antes del fin de mes para asegurar que no exceda sus horas autorizadas para el mes. Si usted no ajusta las horas de trabajo de su proveedor(es) antes del fin de mes, su proveedor(es) no recibirá pago del Programa de IHSS por el exceso de horas y usted será responsable del pago de cualesquier horas de servicio que se hayan pasado del límite de sus horas mensuales autorizadas.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, puede comunicarse con la Oficina de IHSS del Condado al número de teléfono anotado arriba.