

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

(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)

Esta notificación es para informarle que la petición de su beneficiario, para una excepción para exceder sus horas semanales autorizadas ha sido negada para el mes de servicio de _____. Por lo tanto, no trabaje estas horas adicionales.

MES

Si ya trabajó estas horas, se le pagará por las horas adicionales que trabajó, pero recibirá una infracción. La sanción de esta infracción será basada en el número de infracciones que ha recibido en el pasado. Recibirá una notificación informándole de la infracción y de cualquier sanción otorgada. También recibirá información de cómo usted puede pedirle al Condado que examine su infracción.

Además, si usted ya trabajó estas horas, su beneficiario tendrá que ajustar sus horas de trabajo, antes del fin de mes, por el número de horas exentas trabajadas no aprobadas. Esto es para asegurar que usted y cualquiera de los proveedores que el beneficiario pudiera tener no excedan sus horas mensuales autorizadas. Si su beneficiario no ajusta las horas de trabajo antes del fin de mes, usted no recibirá pago del Programa de IHSS por el exceso de horas. En esa situación, su beneficiario será responsable por el pago de cualesquier horas de servicio que usted haya trabajado y 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.