

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR ACERCA DE LA APROBACIÓN
PARA QUE TRABAJE UN HORARIO ALTERNATIVO DEBIDO A UN
EVENTO RECURRENTE**

(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 ajustar su máximo de horas por semana para una semana específica para cada mes debido a un evento que ocurre mensualmente, ha sido aprobada. Usted puede trabajar horas adicionales durante la semana específica de cada mes. No trabaje estas horas sin antes obtener permiso de su beneficiario.

Esto significa que su máximo de horas por semana para una semana del mes será diferente de las otras semanas del mes.

Usted puede continuar trabajando este horario semanal durante todos los siguientes meses siempre y cuando su beneficiario continúe teniendo la necesidad para el ajuste resultado de un evento recurrente. Su beneficiario tiene que notificar al Condado inmediatamente si la situación cambia y ya no tiene la necesidad de este ajuste.

Además, por favor tome en consideración que si trabaja para más de un beneficiario, usted no puede trabajar más de 66 horas en una semana laboral. Por lo tanto, si el ajuste al máximo de horas por semana de su beneficiario ocasionara que usted trabaje más de 66 horas en una semana laboral, usted no podrá trabajar esas horas adicionales o es posible que tenga que ajustar las horas que trabaja para otro beneficiario.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, puede comunicarse con la Oficina de IHSS del Condado al número que aparece en la parte de arriba.