

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR  
NOTIFICACIÓN PARA EL BENEFICIARIO  
CANCELACIÓN DEL HORARIO ALTERNATIVO DEBIDO A UN EVENTO RECURRENTE**

(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 se ha cancelado su solicitud para ajustar su máximo de horas por semana para una semana específica cada mes debido a un evento recurrente. A partir de \_\_\_\_\_, su proveedor no puede trabajar horas adicionales cada mes durante una semana específica.  
FECHA DE LA CANCELACIÓN

Esto significa que ahora su máximo de horas por semana será el mismo para cada semana del mes.

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.