

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR  
NOTIFICACIÓN PARA EL BENEFICIARIO ACERCA DEL ACUSE DE RECIBO DE  
LA SOLICITUD DEL PROVEEDOR PARA QUE EL CONDADO REVISE LA  
INFRACCIÓN POR SOBREPASAR LOS LÍMITES DE LA SEMANA LABORAL Y/O  
DEL TIEMPO DE TRASLADO  
(ADDRESSEE)**

CONDADO DE: \_\_\_\_\_

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Número de caso del beneficiario: \_\_\_\_\_

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)

Esta notificación es para informarle que la Oficina de IHSS ha recibido la solicitud de su proveedor para que se revise la infracción que él/ella recibió.

El Condado ahora tiene diez (10) días hábiles para llevar a cabo la revisión del Condado y para tomar una decisión acerca de la solicitud del proveedor para que se revise la infracción. Si el proveedor está solicitando la revisión de la tercera o cuarta infracción de él/ella, su inelegibilidad para proveer y para que le paguen por proveer IHSS autorizado a usted o a cualquier otro beneficiario no empezará hasta después de que el Condado haya tomado una decisión acerca de la solicitud de él/ella. Usted recibirá una notificación acerca del resultado de la solicitud de reclamo.

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