

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO
ACERCA DE LA ELEGIBILIDAD DE UN PROVEEDOR**

(ADDRESSEE)

Condado de: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del proveedor: _____

Nombre del beneficiario: _____

Número del 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)

A partir de la fecha de esta notificación, _____, ha sido inscrito oficialmente como un proveedor. Esta persona ahora puede proporcionarle servicios a usted.

Si tiene alguna pregunta, llame a _____ .