

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN AL PROVEEDOR SOBRE LA INELEGIBILIDAD DEL PROVEEDOR
INELEGIBILIDAD POR DELITOS DE NIVEL 2 — CONDENA POSTERIOR
[SECCIÓN 12305.87 DEL CÓDIGO DE BIENESTAR PÚBLICO E INSTITUCIONES]**

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del proveedor solicitante: _____

Nombre del beneficiario: _____

Número del caso del beneficiario: _____

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)

En veinte (20) días a partir de la fecha de esta notificación, usted ya no será elegible para recibir pagos del programa de IHSS por proveer servicios a su beneficiario actual ni a ninguna otra persona. Si usted ya empezó a proveer servicios a su beneficiario actual, solamente puede recibir pagos por servicios que usted provea hasta el

_____.

Esta es la razón por la cual usted ya no es elegible para servir como un proveedor de IHSS:

Después de su inscripción inicial, la Oficina del Condado/Autoridad Pública/Consortio sin Fines de Lucro se ha enterado por medio de la revisión de antecedentes penales que usted ha sido declarado culpable de un delito(s) que lo hace inelegible para servir como un proveedor de IHSS o para recibir pagos del programa de IHSS por proveer servicios, conforme a la Sección 12305.87 del Código de Bienestar Público e Instituciones. El delito(s) que lo descalificó a usted aparece a continuación:

Al beneficiario también se le ha enviado una notificación informándole que usted ha sido declarado culpable de un delito que lo hace inelegible para ser empleado como un proveedor de IHSS. Se le ha notificado al beneficiario que esta información acerca de la condena es muy delicada y que tiene que mantenerse estrictamente confidencial. La ley le prohíbe al beneficiario compartir cualquier parte de esta información con cualquier otra persona o entidad.

Aunque usted ha sido declarado culpable del delito(s) mencionado anteriormente, un beneficiario de IHSS puede escoger el presentar al Condado un formulario SOC 862, "IHSS - Petición del beneficiario para un permiso especial para un proveedor", el cual le permitirá a usted trabajar como proveedor de IHSS y recibir pagos del programa de IHSS por proveer servicios solamente para ese beneficiario y solamente en el Condado en que se presente el formulario SOC 862.

Usted también puede solicitar una excepción general que le permitiría trabajar como un proveedor de IHSS para múltiples beneficiarios y recibir pagos del Programa de IHSS. Por favor lea el formulario adjunto, SOC 863, "IHSS - Petición para una excepción general de un solicitante para ser proveedor", sobre cómo solicitar y completar el formulario para una excepción general.

Si no está de acuerdo con esta decisión, el formulario adjunto le explica cómo usted puede solicitar una apelación. Su petición por escrito para una apelación se tiene que recibir dentro del período de sesenta (60) días consecutivos a partir de la fecha de esta carta.

Si cree que la información presentada a la Oficina de IHSS del Condado/Autoridad Pública/Consortio sin Fines de Lucro está incorrecta, usted tiene que comunicarse con el Departamento de Justicia de California para determinar la fuente de la información y corregir la información en su revisión de antecedentes penales.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta carta, puede llamar al número de teléfono de la oficina de IHSS que aparece en la parte superior de la página anterior.