

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO ACERCA DEL REQUISITO
DE UNA CERTIFICACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD**

CONDADO DE: _____

(ADDRESSEE)

Fecha de la notificación: _____

Dirección de la Oficina de IHSS: _____

Número de teléfono de la Oficina de IHSS: _____

Nombre del trabajador social: _____

SE TIENE QUE ENTREGAR A MÁS TARDAR EN: _____

Al: Beneficiario de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

Ha habido un cambio en la ley del Estado (Sección 12309.1 del Código de Bienestar Público e Instituciones) el cual requiere que cada persona que recibe beneficios del Programa de IHSS proporcione una certificación sobre el cuidado de la salud completada por un profesional en el cuidado de la salud con licencia (LHCP, por sus siglas en inglés) para continuar recibiendo los beneficios del Programa de IHSS.

La certificación tiene que ser completada por un LHCP, tal como un médico (doctor), asistente de médico, clínico de un centro regional o clínico supervisor, terapeuta ocupacional, terapeuta físico, psiquiatra, psicólogo, optometrista, oftalmólogo, enfermera(o) del sistema de la salud pública, etc.

La certificación tiene que declarar que usted por sí mismo no puede hacer algunas de las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y que sin ayuda para hacer estas actividades, usted estaría en riesgo de que lo colocaran bajo cuidado fuera del hogar.

Las ADL básicas son: comer, bañarse, vestirse, usar el baño, caminar, y levantarse de una cama o una silla. Otras ADL son: limpiar la casa, preparar comidas, ir de compras para la comida y otras necesidades, tomar medicinas, etc.

Adjunto está un "Formulario de certificación sobre el cuidado de la salud" (SOC 873) para que se lo dé a su LHCP para que lo complete. Si quiere, el Condado puede enviar el formulario directamente al LHCP, pero usted tendrá que darle al Condado el nombre y dirección del LHCP.

Es posible que el Condado acepte un documento sustituto en lugar del Formulario SOC 873, siempre y cuando este documento cumpla con todos los siguientes requisitos:

1. Indica que usted no puede por sí mismo hacer una o más de las ADL,
2. Describe su condición médica u otra condición que le impide hacer por sí mismo las ADL y causa que usted necesite los beneficios del Programa de IHSS, y
3. Ha sido firmado por un LHCP dentro de los últimos 60 días.

Ya sea que usted mismo le dé el Formulario SOC 873 al LHCP o que el Condado lo envíe, usted es responsable de asegurarse que sea completado y devuelto al Condado antes de que pasen **45 días** contados a partir de la fecha de su reevaluación.

Si el Condado no recibe el Formulario SOC 873 completado o un documento sustituto antes de que pasen 45 días contados a partir de la fecha de su reevaluación, es posible que se suspendan sus beneficios del Programa de IHSS. Al igual que con cualquier acción que el Condado tome en su caso, usted puede solicitar una audiencia con el Estado si no está de acuerdo con la decisión del Condado.

Si no puede obtener el Formulario SOC 873 de su LHCP antes de que pasen 45 días, llame a su trabajador social al número que aparece anotado en la parte de arriba **antes de la fecha límite** para decirle por qué usted no puede cumplir con la fecha límite y pregúntele si el Condado puede darle más tiempo para entregar el formulario.