Attachment C

<On County Letterhead>

Información importante sobre la integridad del
Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

Si es un proveedor de IHSS, usted está recibiendo esta carta porque estamos proporcionando información del Programa a todos los proveedores <insert reason here>. Ésta es un área en la cual frecuentemente encontramos errores o confusión acerca de las reglas de IHSS. Nuestra meta es reducir errores, fraude, y abuso dentro del Programa proporcionándole a usted información acerca de la reglas del Programa.
Si usted es un beneficiario de IHSS, ésta es una copia de la carta que le envíamos a su proveedor. Usted ha recibido esta carta *solamente* para información. Esto no es un cambio en sus beneficios ni en su proveedor.
Las personas que reciben IHSS son los empleadores de sus proveedores. Ellas son responsables de administrar los servicios que reciben. Ambas personas, los proveedores y los beneficiarios, tienen que seguir las reglas y requisitos del Programa. Seguir las reglas del Programa puede ayudar a prevenir el pago excesivo de beneficios, la pérdida de servicios, y acciones legales civiles o criminales por no cumplir las reglas a propósito.
Por favor, recuerde que es ilegal tratar a propósito de recibir más beneficios, servicios, u honorarios que los que están permitidos. Esto es fraude. Es un delito. Algunos ejemplos incluyen:

• **Firmar por otra persona** en un reporte de horas *(timesheet)* o cheque de pago, *a menos que usted esté autorizado* para firmar por esa persona.

• **Falsificar** el nivel de necesidad de un beneficiario de IHSS.

• Reclamar horas que **el proveedor realmente no trabajó** (Si los proveedores autorizados no pueden trabajar las horas, llame inmediatamente al trabajador encargado del caso para obtener aprobación para trabajadores sustitutos.)

• Reclamar horas que se trabajaron mientras el beneficiario está en el **hospital** o en un **establecimiento de cuidado médico continuo no intenso *(nursing home)*** (a menos que esté autorizado por el trabajador encargado de su caso) o está **encarcelado**. (Si esto le sucede al beneficiario, llame inmediatamente al trabajador encargado de su caso.)

• **Requerir que el proveedor** comparta su cheque de pago de IHSS con el beneficiario.

Si usted tiene alguna pregunta o preocupación acerca de esta carta, por favor comuníquese con <insert the appropriate county contact information here>.
Si tiene alguna sospecha de fraude en el Programa de IHSS, por favor comuníquese con el Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud, línea de información de fraude, al **1-888-717-8302**.