

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
APROBACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO
EN EL HOGAR (IHSS)
(CONTINUACIÓN)

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación: _____

Nombre del caso: _____

Número del caso: _____

Usted tiene que comunicarle inmediatamente al condado cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad o su necesidad de recibir IHSS, incluyendo cualquier cambio en sus ingresos, propiedad, arreglos de vivienda, condición médica, o capacidad para trabajar. Si tiene alguna pregunta o cree que se debe considerar información adicional, comuníquese con su trabajador social.

Reglas: Las secciones pertinentes del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) se muestran entre paréntesis arriba en esta página y en la página anterior. Usted puede revisar el MPP en su oficina local de IHSS.

¿Tiene preguntas?: Por favor comuníquese con su trabajador social de IHSS.

Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En una de las páginas anteriores se le explica cómo solicitarla.