NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

CONDADO DE

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

TERMINACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)

NOTA: Esta notificación aplica SÓLO a IHSS. NO afecta lo que usted recibe de SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado), Seguro Social o Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California). **GUARDE ESTA NOTIFICACIÓN CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.**

Fecha de la notificación :_____
Nombre del caso :_____
Número del caso :_____
Nombre del trabajador social : _____
Número del trabajador social :_____
Teléfono del trabajador social :_____
Dirección del trabajador social :_____
_____

(ADDRESSEE)

Su elegibilidad para IHSS terminará a partir de _____. La razón es la siguiente:
MES/DÍA/AÑO

Reglas: Son pertinentes las reglas mencionadas anteriormente entre paréntesis. Usted puede revisar el Manual de Prácticas y Procedimientos (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 la siguiente página se le explica cómo solicitarla.