

CONDADO DE

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
NEGACIÓN DE SERVICIOS DE
APOYO EN EL HOGAR (IHSS)**
(ADDRESSEE)

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

[]

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:

Basado en la información que usted le proporcionó al Condado y los ordenamientos del Estado, no se aprueba su solicitud para IHSS. La razón es la siguiente:

Reglas: Las secciones pertinentes del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) se indican arriba y las puede revisar en su oficina local de IHSS. (En inglés solamente.)

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

Audiencia con el Estado: Si cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el formulario “Su derecho a una audiencia”, incluido en esta notificación, se le explica cómo solicitarla.
