

CONDADO DE

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
TERMINACIÓN 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:

Su elegibilidad para los Servicios de Apoyo en el Hogar se descontinuarán a partir de _____. La razón es la siguiente:

Reglas: Las secciones pertinentes del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) mencionadas anteriormente entre paréntesis 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.