

# NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

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

PARTE DEL COSTO PARA  
SERVICIOS DE APOYO EN EL  
HOGAR (IHSS)

CONDADO DE

Fecha de la notificación:

Nombre del caso:

Número del caso:

---

---

Su parte del costo para IHSS se determinó de la siguiente manera:

	<u>ANTES</u>	<u>AHORA</u>
Sus ingresos contables	\$ _____	\$ _____
Menos los beneficios de SSI/SSP*	\$ _____	\$ _____
<b>Parte del costo para IHSS</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

**Reglas:** Las reglas entre paréntesis mencionadas anteriormente son pertinentes; puede revisar el Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) 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.

\*SSI/SSP = Programa de Ingresos Suplementales de  
Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado