

CONDADO DE

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

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

(ADDRESSEE)

[]

NOTA: Esta notificación SOLAMENTE se refiere a IHSS. NO afecta lo que recibe de SSI/SSP*, Seguro Social o Medi-Cal**. **MANTENGA 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:

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

** Medi-Cal = Programa de Asistencia Médica de California

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) 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.