

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR SOBRE LA
PRIMERA/SEGUNDA INFRACCIÓN POR SOBREPASAR LOS LÍMITES
DE LA SEMANA LABORAL Y/O TIEMPO DE TRASLADO**

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección de la Oficina de IHSS: _____

Número de teléfono de la Oficina de IHSS: _____

Para: El Proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

En el mes de servicio de _____, usted sobrepasó los límites de su semana laboral
MES

y/o tiempo de traslado haciendo uno o más de los siguientes:

- Trabajar para un beneficiario más de 40 horas en una semana laboral sin que el beneficiario obtuviera aprobación del Condado (cuando el máximo de las horas semanales del beneficiario son 40 horas o menos)
- Trabajar más que el máximo de las horas semanales del beneficiario sin que el beneficiario obtuviera aprobación del Condado y eso causó que usted trabajara más horas de tiempo extra que las que normalmente hubiera trabajado en el mes
- Trabajar más de 66 horas en una semana laboral cuando trabaja para más de un beneficiario
- Reclamar más de siete (7) horas de tiempo de traslado en una semana laboral

Debido a que sobrepasó los límites de su semana laboral y/o tiempo de traslado, usted ha recibido su:

- Primera infracción
 - Ésta es solamente una notificación de advertencia; en este momento no se tomará ninguna acción en contra de usted.
- Segunda infracción
 - Usted tiene la opción (solamente una vez) de revisar el material instructivo que hemos incluido y entregar la notificación de verificación a la oficina de IHSS para evitar que una segunda infracción sea añadida a su expediente de proveedor.
 - Si usted elige no revisar el material instructivo que hemos incluido y no entrega la notificación de verificación antes de que pasen 14 días consecutivos, la segunda infracción será añadida a su expediente de proveedor.

Si no está de acuerdo con esta decisión, puede entregar el formulario de petición del Condado (que hemos incluido) a la oficina de IHSS a la dirección anotada en la parte de arriba de la primera página. Usted tiene diez (10) días consecutivos a partir de la fecha de esta notificación para solicitar que el Condado lleve a cabo una revisión. El Condado tiene diez (10) días hábiles para revisar, investigar y tomar una decisión.