

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR
FALTA DE COMPLETAR EL ACUERDO DEL PROVEEDOR SOBRE LA SEMANA
LABORAL Y EL TIEMPO DE TRASLADO (SOC 2255)**

(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)

Usted ha sido identificado como un proveedor que trabaja para más de un beneficiario del Programa de IHSS y tiene la posibilidad de trasladarse entre dos o más beneficiarios durante el transcurso de un día. Por lo tanto, usted tiene que completar o volver a presentar un formulario de IHSS "Acuerdo del proveedor sobre la semana laboral y el tiempo de traslado" (SOC 2255).

Usted está recibiendo esta notificación por la siguiente razón (o razones):

- El Condado todavía no ha recibido de usted un formulario SOC 2255 completado. Este formulario tiene que ser completado, firmado por usted, y devuelto a la Oficina del IHSS del Condado mencionada arriba para poder verificar su semana laboral e información de traslado, si es pertinente.
- El formulario fue presentado incompleto a la Oficina de IHSS del Condado. Toda la información que contenga este formulario tiene que estar completa para que el Condado pueda evaluar y verificar completamente su semana laboral e información de traslado, si es pertinente.
- La información sobre el traslado que usted proporcionó en la Parte B, "Tiempo de traslado", indica que el tiempo estimado de traslado cada semana laboral sería más de siete (7.0) horas. La cantidad máxima de tiempo que usted puede usar cada semana laboral para el traslado a lugares de beneficiarios es siete (7.0) horas.

Si trabaja solamente para un beneficiario, no es necesario que usted complete el formulario SOC 2255. Por favor comuníquese inmediatamente con la Oficina de IHSS del Condado para informarle de esto, para que se hagan los cambios apropiados a nuestros registros.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, o necesita ayuda para completar este formulario, puede comunicarse con la Oficina de IHSS del Condado al número de teléfono que aparece arriba.