

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN PARA EL BENEFICIARIO
FALTA DE COMPLETAR EL ACUERDO ENTRE BENEFICIARIO Y
PROVEEDOR ACERCA DE LA SEMANA DE TRABAJO (SOC 2256)**

(ADDRESSEE)

Condado de: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del beneficiario: _____

Número de caso del beneficiario: _____

Dirección de la Oficina de IHSS: _____

Número de teléfono de la Oficina de IHSS: _____

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

Usted ha sido identificado como un beneficiario que tiene o necesita más de un proveedor de IHSS. Por lo tanto, se requiere que usted complete un formulario del Programa de IHSS, "Acuerdo entre beneficiario y proveedor acerca de la semana de trabajo" (SOC 2256). Nuestros registros indican que usted todavía no ha completado este formulario. Este formulario se tiene que completar y firmar por usted y cada uno de los proveedores que trabajan para usted y se tiene que devolver a la Oficina de IHSS del Condado a la dirección mencionada arriba.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, o necesita ayuda para completar el formulario SOC 2256, puede comunicarse con la Oficina de IHSS del Condado al número de teléfono que aparece arriba.