PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
NOTIFICACIÓN PARA EL BENEFICIARIO
HORAS SEMANALES AUTORIZADAS

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: _____

Está recibiendo esta notificación para informarle de sus horas semanales autorizadas para el Programa de IHSS.

Se le envió una notificación de acción indicando que a partir de _____, sus **horas mensuales autorizadas** son _____.
FECHA

Ya que el número de días en cada mes es diferente, sus horas semanales autorizadas serán diferentes cada mes. Si un mes termina a la mitad de la semana, las horas autorizadas para parte de la semana se calcularán basándose en los días que quedan en el mes. La tabla a continuación muestra las horas semanales autorizadas que tendrá cada mes:

Mes	Horas semanales autorizadas	Mes	Horas semanales autorizadas
Enero		Julio	
Febrero		Agosto	
Marzo		Septiembre	
Abril		Octubre	
Mayo		Noviembre	
Junio		Diciembre	

Si el mes tiene un asterisco (*), eso significa que para ese mes se han autorizado “servicios de una sola vez” (limpieza profunda, eliminación de peligros en el patio/jardín, enseñanza y demostración, etc.) y habrá más horas autorizadas por semana y por mes solamente para ese mes.

Si sus horas mensuales cambian, usted recibirá una notificación de acción detallando el aumento o la disminución en sus horas. También recibirá otra notificación de las horas semanales autorizadas indicando el cambio en las horas.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, por favor comuníquese con la Oficina de IHSS del Condado al número que aparece arriba.