

**SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
 PETICIÓN DEL BENEFICIARIO PARA LA
 ASIGNACIÓN DE HORAS AUTORIZADAS
 PARA PROVEEDORES**

NÚMERO DE CASO DEL BENEFICIARIO DE IHSS

NOMBRE DEL BENEFICIARIO	(PRIMER NOMBRE	NOMBRE DE EN MEDIO	APELLIDO)
-------------------------	----------------	--------------------	-----------

NOMBRE DEL PROVEEDOR	(PRIMER NOMBRE	NOMBRE DE EN MEDIO	APELLIDO)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR	HORAS ASIGNADAS POR MES
----------------------	----------------	--------------------	-----------	--	-------------------------

Entiendo que al completar y presentar este formulario al Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) del condado, estoy solicitando al Programa de IHSS que asigne el número indicado de mis horas autorizadas para el proveedor mencionado a continuación. Además, entiendo que al presentar esta petición, los reportes de horas (*timesheets*) de mi proveedor NO se procesarán por más horas que las horas que he solicitado que se asignen para él o ella en este formulario. Esta petición permanecerá en vigor hasta que yo presente una nueva petición al Programa de IHSS del condado.

FIRMA DEL BENEFICIARIO	FECHA
------------------------	-------

REPRESENTANTE AUTORIZADO (SI EL BENEFICIARIO NO PUEDE FIRMAR POR SÍ MISMO)	PARENTESCO/RELACIÓN CON EL BENEFICIARIO	NÚMERO DE TELÉFONO
--	---	--------------------

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
------------------------------------	-------

FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
---------------------	-------

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

COMMENTS

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL	(PRIMER NOMBRE	NOMBRE DE EN MEDIO	APELLIDO)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL
------------------------------	----------------	--------------------	-----------	--