

# PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR      CONDADO DE NOTIFICACIÓN DE INELEGIBILIDAD DEL PROVEEDOR

**(DESTINATARIO)**

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina de IHSS: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la oficina de IHSS: \_\_\_\_\_

Para: Solicitante para ser proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS)

A partir de la fecha de esta notificación, deja de ser elegible para ser proveedor del programa IHSS o para recibir pagos del Programa IHSS por prestar servicios. Motivo:

El \_\_\_\_\_ le enviamos una notificación para informarle que el Formulario de inscripción de proveedores (SOC 426) que presentó ante el condado estaba incompleto. Le solicitamos que brindara la información que faltaba dentro de 15 días hábiles. Usted no presentó la información solicitada antes de la fecha en que se la solicitamos.

Si tiene alguna pregunta sobre esta carta, llame al \_\_\_\_\_ .