

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR  
NOTIFICACIÓN PARA EL SOLICITANTE PARA SER PROVEEDOR ACERCA DE LA  
INELEGIBILIDAD PARA SER PROVEEDOR - DELITOS DE NIVEL 2 (DELITOS  
MAYORES SERIOS/VIOLENTOS; DELITOS MAYORES DE AGRESIÓN SEXUAL;  
FRAUDE EN CONTRA DE OFICINAS DEL GOBIERNO)  
[SECCIÓN 12305.87 DEL CÓDIGO DE BIENESTAR PÚBLICO E INSTITUCIONES]**

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: \_\_\_\_\_

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante para ser proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del beneficiario: \_\_\_\_\_

Núm. del caso del beneficiario: \_\_\_\_\_

Dirección de la Oficina de IHSS: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono de la Oficina de IHSS: \_\_\_\_\_

Para: El solicitante para ser proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

El Condado/Autoridad Pública/Consorsio sin Fines de Lucro ha negado su elegibilidad para ser inscrito como un proveedor de IHSS y para recibir pago del Programa de IHSS por proveer servicios.

Como parte del proceso de inscripción para proveedores, usted presentó sus huellas digitales al Departamento de Justicia de California para una revisión de sus antecedentes penales. La revisión de sus antecedentes mostró que usted había sido declarado culpable de un delito (o delitos) que lo hace inelegible para ser un proveedor de IHSS y para recibir pagos del Programa de IHSS por proveer servicios, de acuerdo a lo estipulado en la Sección 12305.87 del Código de Bienestar Público e Instituciones (W&IC). El delito o los delitos que lo descalificaron están anotados a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Al beneficiario también se le ha enviado una notificación informándole que usted ha sido declarado culpable de un delito que lo hace inelegible para ser empleado como un proveedor de IHSS. Se le ha notificado al beneficiario que la información acerca de esta condena es muy delicada y que se tiene que guardar de una forma estrictamente confidencial. La ley le prohíbe al beneficiario compartir cualquier parte de esta información con cualquier otra persona o entidad.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, el formulario adjunto, SOC 856 “Para solicitar una apelación sobre la negación de inscripción para proveedores”, le explica cómo usted puede solicitar una apelación. Su petición por escrito para una apelación se tiene que recibir dentro del período de sesenta (60) días consecutivos a partir de la fecha de esta notificación.

Si usted cree que la información presentada por el Departamento de Justicia de California está incorrecta, usted tiene que comunicarse con el Departamento de Justicia de California, *Records Review Unit* (Oficina de Revisión de Expedientes) al (916) 227-3849 para corregir la información incluida en su revisión de antecedentes penales.

Aunque usted ha sido declarado culpable de los delitos (o delito) mencionados en la página 1, un beneficiario de IHSS puede escoger presentarle al Condado el formulario completado, SOC 862 “IHSS - Petición del beneficiario para un permiso especial para un proveedor”, el cual le permitiría a usted trabajar como proveedor de IHSS y recibir pagos del Programa de IHSS por proveer servicios solamente para ese beneficiario y solamente en el Condado en que se presente el formulario SOC 862.

Usted también puede solicitar una excepción general que le permitiría trabajar como un proveedor de IHSS para múltiples beneficiarios y recibir pagos del Programa de IHSS. Por favor lea el formulario adjunto, SOC 863 “IHSS - Petición para una excepción general de un solicitante para ser proveedor”, sobre cómo solicitar una excepción general y cómo completar el formulario para una excepción general.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta carta, puede llamar a la Oficina de IHSS al número de teléfono anotado en la parte de arriba de la página anterior.