

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN DE INELEGIBILIDAD DEL PROVEEDOR**

CONDADO DE

(DESTINATARIO)

Fecha de la notificación: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección de la Oficina del programa IHSS: _____

Número de teléfono de la Oficina del programa IHSS: _____

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

Según la información que brindó en el Formulario de inscripción de proveedores (SOC 426), no es elegible para inscribirse como proveedor de IHSS o para recibir pagos del programa IHSS por la prestación de servicios. Motivo:

- Fue suspendido como proveedor de los programas de Medicare, Medicaid o Medi-Cal, y no fue reincorporado. Ningún proveedor que haya sido suspendido del programa de Medicare, Medicaid o Medi-Cal y que no haya sido reincorporado es elegible para ser inscrito como proveedor ni para recibir pagos por la prestación de servicios de apoyo.
- Una autoridad de concesión de licencias tomó medidas disciplinarias contra su licencia, certificado u otra autorización profesional para prestar atención médica. Revisamos los términos y condiciones de las decisiones de la autoridad de concesión de licencias, y descubrimos que éstos le prohíben prestar servicios de apoyo.

Como no es elegible para ser proveedor de IHSS, le reenviaremos esta información al Departamento de Servicios de Atención Médica de California (*California Department of Health Care Services, CDHCS*), y solicitaremos que pongan su nombre en la Lista de proveedores suspendidos y no elegibles de Medi-Cal. Recibirá una carta del CDHCS cuando agreguen su nombre a la lista.

Si no está de acuerdo con esta decisión, en el reverso de esta página se explica cómo puede solicitar una apelación. Debe enviar la solicitud de apelación dentro de los 60 días consecutivos de la fecha de esta carta.

Si tiene preguntas sobre esta carta, llame al _____ .