PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR **CONDADO DE**
NOTIFICACIÓN PARA EL BENEFICIARIO DE LA ELEGIBILIDAD DEL PROVEEDOR

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

A partir de la fecha de esta notificación, _____, ha sido inscrito oficialmente como proveedor. Este proveedor ahora puede comenzar a prestarle servicios.

Si tiene preguntas, llame al_____.