PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR **CONDADO DE**
NOTIFICACIÓN SOBRE LA INELEGIBILIDAD DE PROVEEDORES PARA EL BENEFICIARIO

(DESTINATARIO)

Fecha de la notificación: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección de la Oficina del programa IHS: _____

Número de teléfono de la Oficina del programa IHS: _____

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

La persona que eligió para que le preste servicios, _____, no es elegible para recibir pagos del programa IHSS por la prestación de servicios para usted o para otras personas. Motivo:

Él/ella no completó uno o más de los pasos requeridos del proceso de inscripción de proveedores indicado a continuación.

- Él/ella no completó, firmó ni devolvió el Formulario de inscripción de proveedores (SOC 426) del programa IHSS al condado; o
- Él/ella no asistió a una orientación para proveedores del programa IHSS; o
- Él/ella no firmó a un Acuerdo de inscripción de proveedores (SOC 846) del programa IHSS; o
- Él/ella no se sometió a una verificación de antecedentes penales o bien, se sometió a una verificación de antecedentes penales pero se detectó que era inelegible debido a una condena penal por un delito.

Debe elegir a otra persona para que le preste servicios. Si decide continuar recibiendo servicios de este proveedor, deberá pagarle con su dinero por los servicios prestados.

Si necesita ayuda para buscar otro proveedor, llame al_____.