PARA SOLICITAR UNA APELACIÓN:

- Debe solicitar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha en la que el condado le comunica que no es elegible para ser proveedor de IHSS.
- Complete y firme esta hoja.
- Haga una copia del anverso y del reverso de esta página para sus registros.
- Envíe esta página a la siguiente dirección:

California Department of Social Services
Adult Programs Branch
IHSS Provider Enrollment Appeals Unit, MS 19-04
PO box 944243
Sacramento, CA 94244-2430

- Si tiene preguntas, llame al (916) 556-1156.

SOLICITUD DE APELACIÓN

Deseo apelar la decisión del condado de _____ sobre mi inelegibilidad para ser proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar. Creo que la decisión del condado no es correcta. Motivo:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ Si necesita más espacio, marque la casilla que se encuentra a la izquierda y adjunte una página.

NOMBRE:		
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
NÚMERO DE TELÉFONO:	FECHA DE NACIMIENTO:	
FIRMA:	FECHA:	