

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO SOBRE LA ELEGIBILIDAD DEL PROVEEDOR ACUSE DE RECIBO DE LA EXENCIÓN

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del solicitante para ser proveedor: _____

Nombre del beneficiario: _____

Número del caso del beneficiario: _____

Dirección de la Oficina de IHSS: _____

Número de teléfono de la Oficina de IHSS: _____

Para: El beneficiario de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

En _____, se le informó que, basándose en la Sección 12305.87 del Código de Bienestar
MES/DÍA/AÑO

Público e Instituciones, a _____ se le negó la elegibilidad para trabajar como un proveedor de IHSS debido a que había sido declarado culpable de un delito mayor (*felony*).

En _____, la Oficina de IHSS del Condado/Autoridad Pública/Consortio sin Fines de Lucro recibió su petición firmada para una exención. Al firmar la exención, confirmó que usted entiende que está empleando a la persona cuyo nombre aparece anteriormente para que trabaje como su proveedor de IHSS con el conocimiento de la condena (o condenas) criminal de esta persona y que el Estado de California y el Condado de _____ no son responsables de ninguna acción de esta persona mientras sea empleado por usted como su proveedor de IHSS.

A partir de la fecha de esta notificación, esta persona puede empezar a trabajar como un proveedor de IHSS para usted. Si esta persona ya empezó a proporcionarle servicios de IHSS a usted, es posible que él/ella sea elegible para recibir pagos retroactivos por algún servicio autorizado que haya proporcionado.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, llame a _____.