

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN AL PROVEEDOR SOBRE LA ELEGIBILIDAD DEL PROVEEDOR
ACUSE DE RECIBO DE UN PERMISO ESPECIAL**

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del 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 proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

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

Código de Bienestar Público e Instituciones, se negó su elegibilidad para trabajar como un proveedor de IHSS debido a que usted fue declarado culpable de haber cometido un delito mayor.

En _____, la oficina del programa de IHSS del
Condado/Autoridad Pública/Consortio sin Fines de Lucro, recibió de
_____ la petición firmada para un permiso especial.

Usted puede comenzar a trabajar como proveedor de IHSS para este beneficiario a partir de la fecha de esta notificación. Este permiso especial le permite a usted trabajar solamente para el beneficiario mencionado anteriormente, y solamente en el Condado mencionado anteriormente. Si desea trabajar para otros beneficiarios, usted tendrá que obtener un permiso especial de cada uno de esos beneficiarios, o usted puede solicitar una exepción general. Si ya empezó a proveer servicios de IHSS para esta persona, puede ser elegible para recibir pagos retroactivos por servicios autorizados que usted haya provisto durante los 90 días antes de la fecha de esta notificación hasta la fecha de esta notificación.

Si el beneficiario para quien usted trabaja se muda a un Condado diferente o usted elige trabajar como proveedor de IHSS para un beneficiario en un Condado diferente, usted tiene que someterse a otra revisión de antecedentes penales por medio del Departamento de Justicia de California para que sea usado en ese Condado, y el beneficiario para quien usted trabaja o para quien va a trabajar tiene que completar y presentar a ese Condado otro formulario "IHSS - Petición del beneficiario para un permiso especial para un proveedor" (SOC 862).

Si tiene alguna pregunta sobre esta notificación, llame a la oficina de IHSS al número de teléfono mencionado en la parte superior de este documento.