

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) SOLICITUD PARA CUIDADO SUPLEMENTAL

Hay una nueva ley del Estado (Sección 12301.07 del Código de Bienestar Público e Instituciones) la cual requiere una reducción del 20 por ciento en el número de horas autorizadas de servicio de cada persona que recibe beneficios de IHSS. A partir del primero de enero del 2012, el número de horas autorizadas de servicio que usted recibe cada mes será reducida un 20 por ciento.

Si usted cree que esta reducción en sus horas autorizadas de servicio le pondrá en riesgo serio de ser colocado bajo cuidado fuera del hogar, puede solicitar Cuidado Suplemental de IHSS, completando esta solicitud y devolviéndola a la oficina de IHSS del Condado. El Condado revisará su solicitud y determinará si usted está en riesgo serio de ser colocado bajo cuidado fuera del hogar.

Si solicita Cuidado Suplemental de IHSS antes de que pasen 15 días contados a partir de la fecha en que reciba notificación de la reducción, o si envía por correo **esta solicitud al Condado con fecha postal del 3 de enero del 2012 o antes**, la reducción en sus horas autorizadas de servicio no entrará en vigor hasta que el Condado determine si usted está en riesgo serio de ser colocado bajo cuidado fuera del hogar. Si el Condado determina que usted sí está en riesgo serio de ser colocado bajo cuidado fuera del hogar, es posible que no se reduzca el número de sus horas autorizadas de servicio o que se reduzca menos del 20 por ciento.

Si no solicita Cuidado Suplemental de IHSS antes de que pasen 15 días contados a partir de la fecha en que reciba notificación de la reducción, o si envía por correo esta solicitud al Condado con fecha postal del 4 de enero del 2012 o después, la reducción en sus horas autorizadas de servicio entrará en vigor pero usted todavía puede solicitar Cuidado Suplemental de IHSS hasta el primero de marzo del 2012. Si el Condado determina que usted está en riesgo serio de ser colocado bajo cuidado fuera del hogar, es posible que se restauren sus horas autorizadas de servicio parcialmente o por completo.

Para solicitar Cuidado Suplemental de IHSS, complete esta solicitud y devuélvala a la siguiente dirección:

INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO

Nombre:		No. del caso de IHSS:	
Dirección - Calle:			
Ciudad:		Código postal:	
Número de teléfono: () -		Fecha de nacimiento:	
Nombre del trabajador de IHSS:		No. de teléfono del trabajador de IHSS: () -	
Firma:		Fecha:	

Si usted está completando esta solicitud a nombre del beneficiario, proporcione la siguiente información:

Nombre:	Parentesco con el beneficiario:
---------	---------------------------------

Explique cómo la reducción del 20 por ciento en sus horas autorizadas de servicio le pondrá en riesgo serio de ser colocado bajo cuidado fuera del hogar: (Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional.)
