PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA SER PROVEEDOR

(ADDRESSEE)

Condado de: _____

Fecha de la notificación: _____
Nombre del proveedor: _____
Número del proveedor: _____
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)

A partir de la fecha de esta notificación, usted ha sido inscrito oficialmente como un proveedor de IHSS. Ahora puede comenzar a proporcionar servicios a un beneficiario(s) de IHSS y recibir pagos del Programa de IHSS por proporcionar servicios.

Si usted ya está proporcionando servicios de IHSS a un beneficiario, es posible que sea elegible para recibir pagos retroactivos por los servicios autorizados que usted proporcionó los 90 días antes de la fecha de esta notificación.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, llame a la oficina de IHSS al número de teléfono que se encuentra en la parte superior de este documento.