STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
744 P Street, Sacramento, CA 95814

April 12, 1984

ALL-COUNTY INFORMATION NOTICE NO. I-34-84

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL COUNTY ADULT SERVICES MANAGERS

SUBJECT: IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES NOTICES OF ACTION - SPANISH

REFERENCE: ALL-COUNTY LETTER NO. 84-10

Attached are camera-ready copies of the Spanish-translated In-Home Supportive Services (IHSS) Notices of Action to follow as advised under All-County Letter No. 84-10, January 17, 1984. Please ensure that the companion Spanish-translated "Right to Request a State Hearing" information is printed on the reverse side of Spanish IHSS Notices.

If there are any questions, please contact Mr. Pete Hilliard of the Adult Services Bureau at (916) 322-8097.

LOREN D. SUTER
Deputy Director
Adult and Family Services

Attachment

cc: CWDA

SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN - APROBACIÓN

SELLO DEL CONDADO

AVISO: *Esta notificación se relaciona únicamente con sus servicios sociales. NO afecta su recibo de SSI/SSP o Seguro Social.*
CONSERVE ESTE AVISO JUNTO CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.

NÚMERO DEL CASO

ENVIADA POR CORREO EL

LA INFORMACIÓN QUE APARECE MARCADA A CONTINUACIÓN APLICA A USTED:

☐ Su solicitud para Servicios de Casa y Cuidado Personal(IHSS) ha sido aprobada a partir del: _____

☐ Su Parte del Costo se ha determinado de la manera siguiente:

Los ingresos suyos que fueron contados: $ _____
Menos el nivel de beneficios de SSI/SSP — $ _____
Su Parte del Costo: $ _____

SERVICIOS	HORAS AUTORIZADAS
☐ **Servicios Domésticos por Mes:** Barrer, limpiar con aspiradora, etc.; lavar el fregadero y mostrador de la cocina, etc.; limpiar el baño; almacenar comida, provisiones; sacar la basura; sacudir, recoger; limpiar el horno y la estufa; limpiar, descongelar el refrigerador, traer combustible; y cambiar la ropa de cama, tenderla.	_____
☐ **Servicios Personales No-Médicos Semanales:**	
*Ayuda para respirar	_____
*Asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga	_____
*Alimentación	_____
*Baños rutinarios en la cama	_____
*Vestirse	_____
*Cuidado del período menstrual	_____
*Ambulación	_____
*Subir a/bajarse de la cama	_____
*Baño, higiene oral/arreglo	_____
*Frotar, acomodar, ayuda para sentarse, levantarse, etc.	_____
*Cuidado/asistencia para ponerse/quitarse partes postizas	_____
TOTAL DE SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS:	_____
☐ **Autorización Mensual:**	
Total de horas semanales x 4.33:	_____
Más horas de Servicios Domésticos:	+ _____
Más limpieza a fondo/eliminación de peligros en el patio:	+ _____
TOTAL DE HORAS MENSUALES:	_____
Asignación para Restaurante:	$ _____

SERVICIOS	HORAS AUTORIZADAS
☐ **Servicios Relacionados por Semana:**	
**Preparar las comidas	_____
**Limpiar después de comidas, menú	_____
Lavado de ropa rutinario	_____
Compra de comida	_____
Compra de otros encargos	_____
TOTAL DE SERVICIOS RELACIONADOS:	_____
☐ **Servicios Semanales de Transportación:**	
Cita Médica	_____
A fuentes alternativas	_____
TRANSPORTACIÓN TOTAL:	_____
☐ **Supervisión Protectiva semanal:**	_____
☐ **Enseñanza/Demostración semanal:**	_____
☐ ***Servicios Paramédicos semanales:**	_____
☐ **Limpieza a fondo (cuando se indique)**	_____
☐ **Eliminación de riesgos en el patio (cuando se indique)**	_____

☐ Usted es la única persona que se cuenta en su hogar.

☐ Usted recibe servicios basados en _____ personas que viven en su hogar.

☐ Ha llenado los requisitos de 20 horas o más de los servicios marcados con asteriscos (*), según la ley, lo cual le permite recibir un pago por adelantado para que usted mismo le pague a su proveedor. **Si desea recibir este pago por adelantado, comuníquese con su trabajador(a) de servicios.** Los servicios con dos asteriscos (**) están incluidos en las 20 horas ÚNICAMENTE cuando se requiere asistencia para darle la comida.

☐ La acción anterior se funda en leyes federales y estatales y las siguientes Secciones del Manual de Prácticas y Procedimientos del Departamento de Servicios Sociales del Estado:

Debe reportar inmediatamente cualesquier cambios que puedan afectar su elegibilidad o su necesidad para Servicios de Casa y Cuidado Personal, tales como cambio en ingresos, propiedad, arreglos de vivenda, condición médica o capacidad para trabajo. Si tiene cualquier pregunta o piensa que se deben considerar detalles adicionales, comuníquese con:

Trabajador(a) de Servicios: _____ Teléfono: _____

USTED TIENE DERECHO A HACER UNA PETICIÓN ORAL O POR ESCRITO PARA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO.
POR FAVOR VEA EL REVERSO DE ESTE AVISO PARA MÁS DETALLES

DERECHO A SOLICITAR UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

1. Usted tiene el derecho a una consulta con representantes del departamento de servicios sociales del condado para conversar con respecto a esta acción intentada. En dicha consulta, puede hablar por sí mismo o ser representado(a) por un abogado, un amigo u otro representante. Si quiere una consulta, comuníquese con su departamento del condado.

2. Ya solicite una consulta o no, también tiene el derecho a pedir una Audiencia con el Estado y una decisión del Director del Departamento de Servicios Sociales del Estado (vea la forma abajo). Su petición puede ser por escrito u oral, pero debe especificar que quiere una audiencia y por qué está insatisfecho. **DEBE PRESENTAR SU PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA DENTRO DE LOS 90 DÍAS SIGUIENTES A LA FECHA EN QUE SE ENVIÓ POR CORREO ESTA NOTIFICACIÓN.**

3. **SI PIDE UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO ANTES DE LA FECHA EFECTIVA DE LA ACCIÓN QUE PROPUSO EL CONDADO, ES POSIBLE QUE CONTINÚEN SUS SERVICIOS HASTA LA AUDIENCIA.** Usted no será responsable de reembolsar servicios monetarios recibidos mientras la audiencia estaba pendiente, aun si resulta en una negación, siempre y cuando haya hecho su petición de buena fe.

4. Puede pedir una audiencia por sí mismo, o puede pedir que su departamento del condado le asista. De cualquier manera, asegúrese de notificar a su trabajador(a) del departamento del condado tan pronto como sea posible.

5. En una Audiencia con el Estado usted tiene el derecho a ser representado por un abogado o cualquier otra persona (un amigo, pariente, u otro representante) que usted escoja. Posiblemente pudiera obtener consejo legal gratuito y los servicios de un abogado. Si hay representación legal gratuita en su localidad, el número de teléfono y/o domicilio está escrito arriba. También puede ponerse en contacto con la organización de derechos a servicios sociales más cercana para que le asesoren en la presentación de su petición.

6. Las regulaciones estatales que rigen las audiencias con el estado con respecto a los servicios sociales están a la disposición en esta oficina del departamento de servicios sociales del condado.

7. Prácticas con respecto a la información - La información que se le está requiriendo es mandatoria para poder tramitar su petición para una audiencia con el estado, en conformidad con la Sección 10950 del Código de Bienestar e Instituciones (W&IC). La Oficina del Jefe de Árbitros establecerá un expediente del caso. Usted tiene el derecho a examinar los documentos que constituyen los antecedentes para la decisión. Cualquier información que usted proporcione puede ser compartida con el departamento de servicios sociales del condado o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Si desea solicitar una audiencia con el estado **por escrito,** por favor envíe esta página a:

Office of the Chief Referee
State Department of Social Services
744 P Street, Mail Station 6-100
Sacramento, CA 95814

Para solicitar **oralmente** *una audiencia con el estado o para obtener más información con respecto a sus derechos a una audiencia con el estado o los expedientes puede comunicarse con la:*

Oficina de Preguntas y Respuestas al Público
Departamento de Servicios Sociales del Estado
(800) 952-5253 (número gratuito)*
TDD (800) 952-8349 * Para sordos solamente

* *Posiblemente tenga que marcar el número "1" primero.*

PETICIÓN PARA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

Nombre (apellido, nombre, inicial) | Número de teléfono | Número de seguro social

Domicilio | Ciudad | Estado | Zona postal

Por medio de la presente solicito una audiencia con el estado ante el Departamento de Servicios Sociales del Estado con respecto a la acción que tomó el condado tocante a mis servicios sociales. Las razones para mi petición son las siguientes:

Tengo problemas entendiendo el inglés, por lo tanto estoy pidiendo un intérprete para mi audiencia en el siguiente: | Idioma | Dialecto

Firma | Fecha en que se firmó

REPRESENTANTE AUTORIZADO

He autorizado a la siguiente persona para que actúe en mi nombre en mi apelación. Autorizo al Departamento a que dé a esta persona cualquier información referente a mi caso.

Nombre del representante autorizado

Domicilio del representante autorizado

Firma de la persona que solicita la audiencia con el estado | Fecha en que se firmó

SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN — NEGACIÓN

SELLO DEL CONDADO

AVISO: *Esta notificación se relaciona únicamente con sus servicios sociales. NO afecta su recibo de SSI/SSP o Seguro Social.*
CONSERVE ESTE AVISO JUNTO CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.

NÚMERO DE CASO

ENVIADA POR CORREO EL

LA INFORMACIÓN QUE APARECE MARCADA A CONTINUACIÓN APLICA A USTED:

☐ Su solicitud de fecha _____ para Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) ha sido negada porque:

☐ Su solicitud de fecha _____ para Servicios de Casa y Cuidado Personal ha sido negada porque su Parte del Costo excede su necesidad para servicios. Esto se determinó de la manera siguiente:

Sus ingresos que fueron contados:	$ _____	Su Parte del Costo:	$ _____
Menos nivel de beneficios de SSI/SSP	— $ _____	Menos el costo estimado de IHSS	— $ _____
Su Parte del Costo:	$ _____	Ingresos en exceso del costo estimado:	$ _____

SERVICIOS	HORAS CONSIDERADAS
☐ **Servicios Domésticos por Mes:** Barrer, limpiar con aspiradora, etc.; lavar el fregadero y mostrador de la cocina, etc.; limpiar el baño; almacenar comida, provisiones; sacar la basura; sacudir, recoger; limpiar el horno y la estufa; limpiar, descongelar el refrigerador, traer combustible; y cambiar la ropa de cama, tenderla.	_____
☐ **Servicios Personales No-Médicos Semanales:**	
Ayuda para respirar	_____
Asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga	_____
Alimentación	_____
Baños rutinarios en la cama	_____
Vestirse	_____
Cuidado del periodo menstrual	_____
Ambulación	_____
Subir a/bajarse de la cama	_____
Baño, higiene oral/arreglo	_____
Frotar, acomodar, ayuda para sentarse, levantarse, etc.	_____
Cuidado/asistencia para ponerse/quitarse partes postizas	_____
TOTAL DE SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS:	_____
☐ **Autorización Mensual:**	
Total de horas semanales x 4.33:	_____
Más horas de Servicios Domésticos:	+ _____
Más limpieza a fondo/eliminación de peligros en el patio:	+ _____
TOTAL DE HORAS MENSUALES:	_____
Asignación para Restaurante:	$ _____

SERVICIOS	HORAS CONSIDERADAS
☐ **Servicios Relacionados por Semana:**	
Preparar las comidas	_____
Limpiar después de comidas, menú	_____
Lavado de ropa rutinario	_____
Compra de comida	_____
Compra de otros encargos	_____
TOTAL DE SERVICIOS RELACIONADOS:	_____
☐ **Servicios Semanales de Transportación:**	
Cita Médica	_____
A fuentes alternativas	_____
TRANSPORTACIÓN TOTAL:	_____
☐ **Supervisión Protectiva semanal:**	_____
☐ **Enseñanza/Demostración semanal:**	_____
☐ **Servicios Paramédicos semanales:**	_____
☐ **Limpieza a fondo (cuando se indique)**	_____
☐ **Eliminación de riesgos en el patio (cuando se indique)**	_____

☐ Esta acción fue necesaria en conformidad con las leyes federales y estatales y las siguientes Secciones del Manual de Prácticas y Procedimientos del Departamento de Servicios Sociales del Estado:

Si tiene preguntas o cree que deban tomarse en consideración hechos adicionales comuníquese con:

Trabajador(a) de Servicios: _____ Teléfono: _____

USTED TIENE DERECHO A HACER UNA PETICIÓN ORAL O POR ESCRITO PARA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO

SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN - DESCONTINUACIÓN

SELLO DEL CONDADO

AVISO: *Esta notificación se relaciona únicamente con sus servicios sociales. NO afecta su recibo de SSI/SSP o Seguro Social.*
CONSERVE ESTE AVISO JUNTO CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.

NÚMERO DEL CASO

ENVIADA POR CORREO EL

LA INFORMACIÓN QUE APARECE MARCADA A CONTINUACIÓN APLICA A USTED:

☐ Su elegibilidad para Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) será descontinuada a partir del _____ porque:

☐ Su elegibilidad para Servicios de Casa y Cuidado Personal será descontinuada a partir del _____ porque su Parte del Costo excede su necesidad de servicios. Esto se determinó de la manera siguiente:

Sus ingresos que fueron contados:	$ _____	Su Parte del Costo:	$ _____
Menos nivel de beneficios de SSI/SSP:	— $ _____	Menos el costo estimado de IHSS	— $ _____
Su Parte del Costo:	$ _____	Ingresos en exceso del costo estimado:	$ _____

SERVICIOS	HORAS PREVIAMENTE AUTORIZADAS
☐ **Servicios Domésticos por Mes**	____
Barrer, limpiar con aspiradora, etc.; lavar el fregadero y mostrador de la cocina, etc.; limpiar el baño; almacenar comida, provisiones; sacar la basura; sacudir, recoger; limpiar el horno y la estufa; limpiar, descongelar el refrigerador, traer combustible; y cambiar la ropa de cama, tendería.	
☐ **Servicios Personales No-Médicos Semanales:**	
Ayuda para respirar	____
Asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga	____
Alimentación	____
Baños rutinarios en la cama	____
Vestirse	____
Cuidado del período menstrual	____
Ambulación	____
Subir a/bajarse de la cama	____
Baño, higiene oral/arreglo	____
Frotar, acomodar, ayuda para sentarse, levantarse, etc.	____
Cuidado/asistencia para ponerse/quitarse partes postizas	____
TOTAL DE SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS:	____
☐ **Autorización Mensual:**	
Total de horas semanales x 4.33:	____
Más horas de Servicios Domésticos:	+ ____
Más limpieza a fondo/eliminación de peligros en el patio:	+ ____
TOTAL DE HORAS MENSUALES:	____
Asignación para Restaurante:	$ ____

SERVICIOS	HORAS PREVIAMENTE AUTORIZADAS
☐ **Servicios Relacionados por Semana:**	
Preparar las comidas	____
Limpiar después de comidas, menú	____
Lavado de ropa rutinario	____
Compra de comida	____
Compra de otros encargos	____
TOTAL DE SERVICIOS RELACIONADOS:	____
☐ **Servicios Semanales de Transportación:**	
Cita Médica	____
A fuentes alternativas	____
TRANSPORTACIÓN TOTAL:	____
☐ **Supervisión Protectiva semanal:**	____
☐ **Enseñanza/Demostración semanal:**	____
☐ **Servicios Paramédicos semanales:**	____
☐ **Limpieza a fondo (cuando se indique)**	____
☐ **Eliminación de riesgos en el patio (cuando se indique)**	____

☐ La acción anterior fue necesaria en conformidad con las leyes federales y estatales y las siguientes Secciones del Manual de Prácticas y Procedimientos del Departamento de Servicios Sociales del Estado:

Debe reportar inmediatamente cualesquier cambios que puedan afectar su elegibilidad o su necesidad para Servicios de Casa y Cuidado Personal, tales como cambio en ingresos, propiedad, arreglos de vivienda, condición médica o capacidad para trabajo. Si tiene cualquier pregunta o piensa que se deben considerar detalles adicionales, comuníquese con:

Trabajador(a) de Servicios: _____ Teléfono: _____

USTED TIENE DERECHO A HACER UNA PETICIÓN ORAL O POR ESCRITO PARA UNA AUDIENCIA CON EL ESTADO.
POR FAVOR VEA EL REVERSO DE ESTE AVISO PARA MÁS DETALLES

SERVICIOS DE CASA Y CUIDA O PERSONAL
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN — REEVALUACIÓN

NOTA: *Esta notificación se relaciona únicamente con sus servicios sociales. NO afecta su recibo de SSI/SSP o Seguro Social.*
CONSERVE ESTE AVISO JUNTO CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.

NÚMERO DEL CASO

ENVIADA POR CORREO EL

LA INFORMACIÓN QUE APARECE MARCADA A CONTINUACIÓN APLICA A USTED:

☐ Con fecha efectiva del ___/___/___ NO HA HABIDO CAMBIOS en su autorización previa para Servicios de Casa y Cuidado Personal.

☐ Con fecha efectiva del ___/___/___ ha sido cambiada su autorización para Servicios de Casa y Cuidado Personal.

☐ La cantidad total de su parte del costo: Era: _____ y ahora es: _____ . Hay una diferencia de _____ .
La nueva cantidad fue determinada según se muestra enseguida:

ANTES		AHORA	
Sus ingresos que fueron contados:	$	Sus ingresos que fueron contados:	$
Menos el nivel de beneficios de SSI/SSP:	–$	Menos el nivel de beneficios de SSI/SSP:	–$
Su parte del costo:	$	Su parte del costo:	$

SERVICIOS	HORAS PREVIAMENTE AUTORIZADAS	HORAS ACTUALMENTE AUTORIZADAS	AUMENTO O REDUCCIÓN
☐ **Servicios domésticos mensuales:** Barrer, limpiar con aspiradora, etc.; lavar los mostradores de la cocina, etc.; limpiar el baño; almacenar comida, provisiones, sacar la basura; sacudir, recoger; limpiar el horno y la estufa; limpiar, descongelar el refrigerador, traer combustible; y cambiar la ropa de cama, tenderla.			
☐ **Servicios Personales No-Médicos Semanales:**			
*Ayuda para respirar			
*Asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga			
*Alimentación			
*Baños rutinarios en la cama			
*Vestirse			
*Cuidado del período menstrual			
*Ambulación			
*Subir a/bajarse de la cama			
*Baño, higiene oral/arreglo			
*Frotar, acomodar, ayuda para sentarse, levantarse, etc.			
*Cuidado/asistencia para ponerse/quitarse partes postizas			
TOTAL de servicios personales no médicos:			
☐ **Autorización Mensual:**			
Total de horas semanales x 4.33:			
Más horas de Servicios Domésticos:			
Más limpieza a fondo/eliminación de peligros en el patio:			
TOTAL DE HORAS MENSUALES:			

Asignación para Restaurante: $

SERVICIOS	HORAS PREVIAMENTE AUTORIZADAS	HORAS ACTUALMENTE AUTORIZADAS	AUMENTO O REDUCCIÓN
☐ **Servicios relacionados semanales:**			
**Preparar las comidas			
**Limpiar después de comidas, menú			
Lavado de ropa rutinario			
Compra de comida			
Compra de otros encargos			
Total de servicios relacionados:			
☐ **Servicios Semanales de Transportación:**			
Cita Médica			
A fuentes alternativas			
Transportación TOTAL:			
☐ **Supervisión Protectiva semanal:**			
☐ **Enseñanza/Demostración semanal:**			
☐ ***Servicios Paramédicos semanales:**			
☐ **Limpieza a fondo** (cuando se indique)			
☐ **Eliminación de riesgos en el patio** (cuando se indique)			

☐ Usted es la única persona que se cuenta en su hogar.

☐ Usted recibe servicios basados en _____ personas que viven en su hogar.

☐ La razón para hacer este cambio es la siguiente:

☐ La acción anterior fue necesaria en conformidad con las leyes federales y estatales y las siguientes Secciones del Manual de Prácticas y Procedimientos del Departamento de Servicios Sociales del Estado:

☐ Ha llenado los requisitos de 20 horas semanales o más de los servicios marcados con asteriscos(*), según la ley, lo cual le permite recibir un pago por adelantado para que usted mismo le pague a su proveedor. **Si desea recibir este pago por adelantado, comuníquese con su trabajador(a) de servicios.** Los servicios con dos asteriscos(**) están incluidos en las 20 horas UNICAMENTE cuando se requiere asistencia para darle la comida.

Debe reportar inmediatamente cualesquier cambios que puedan afectar su elegibilidad o su necesidad para Servicios de Casa y Cuidado Personal, tales como cambio en ingresos, propiedad, arreglos de vivienda, condición médica o capacidad para trabajo. Si tiene cualquier pregunta o piensa que se deben considerar detalles adicionales, comuníquese con:

Trabajador(a) de Servicios: _____ Teléfono: _____

Usted tiene derecho a hacer una petición oral o por escrito para una audiencia con el estado.