

Proveedor Número _____

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
EXENCIÓN DE TIEMPO EXTRA PARA PARIENTES PROVEEDORES QUE VIVEN EN EL HOGAR**

NOMBRE DEL PROVEEDOR: _____

Parte A: REQUISITOS DEL PROVEEDOR

A partir del 1º de febrero, 2016, la ley del Estado (Sección 12300.4 del Código de Bienestar Público e Instituciones) limita el máximo número de horas por semana que un proveedor de IHSS/WPCS (*Waiver Personal Care Services - Servicios de Cuidado Personal por Exención*) puede trabajar en una semana laboral. Un proveedor de IHSS/WPCS recibirá pago de tiempo extra si trabaja más de 40 horas a la semana, pero los proveedores no deberán trabajar más de 66 horas a la semana para beneficiarios de IHSS y WPCS combinados.

Para los miembros de la familia, el Programa de IHSS ha creado una exención al máximo de 66 horas por semana laboral para los proveedores de IHSS para permitirles trabajar hasta un máximo de 90 horas por semana laboral y hasta un máximo de 360 horas por mes. Para poder ser elegible para esta exención, usted tiene que cumplir con las siguientes tres (3) condiciones el 31 de enero, 2016, o antes de esa fecha.

- Usted tiene que proporcionar servicios de IHSS para dos o más beneficiarios de IHSS.
- Usted tiene que vivir actualmente en el mismo hogar que los beneficiarios de IHSS para los cuales proporciona servicios.
- Usted tiene que tener un parentesco con los beneficiarios de IHSS a los cuales les proporciona servicios; es su padre/madre, padrastro/madrastra, padre/madre adoptivo o abuelo o es su tutor legal.

Con esta exención, usted no puede trabajar más de 90 horas por semana laboral o más de 360 horas por mes. Si usted trabaja hasta estos máximos para sus beneficiarios y a sus beneficiarios de IHSS todavía les quedan horas, entonces sus beneficiarios de IHSS tendrán que contratar a otro proveedor de IHSS para que trabaje el resto de sus horas de IHSS.

Por favor, complete la **Parte B** de este formulario y proporcione toda la información para verificar que usted cumple con los tres (3) requisitos mencionados anteriormente para calificar para esta exención como un pariente proveedor que vive en el hogar.

Proveedor Número _____

Parte B: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR & BENEFICIARIO

INSTRUCCIONES: Usted tiene que completar la siguiente información acerca de la dirección donde reside y la dirección donde recibe el correo y luego debe completar la tabla para los beneficiarios para los cuales proporciona servicios.

1. Dirección de donde reside: _____

2. Dirección de donde recibe el correo: _____

A		B	C
Información del beneficiario		Relación/parentesco con el beneficiario	¿Vive este beneficiario con usted en la misma residencia? Por favor conteste Sí o No
Nombre	Número del caso		
1.		1.	1.
2.		2.	2.
3.		3.	3.
4.		4.	4.

Proveedor Número _____

Declaro que cumplo con todos los requisitos para calificar para esta exención. También declaro que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que esta información se verificará cuando se lleve a cabo la revaluación de mi beneficiario de IHSS para determinar si todavía califico para esta exención. Estoy de acuerdo a cumplir con todos los requisitos para tiempo extra de acuerdo a esta exención. Si ya no cumplo con los tres (3) requisitos para esta exención, ya no calificaré para esta exención y tengo que inmediatamente avisarle al Condado. Entiendo que entonces estaré sujeto a las restricciones existentes para el límite de tiempo extra.

FIRMA DEL PROVEEDOR:

FECHA:

NOMBRE DEL PROVEEDOR ESCRITO CON LETRA DE MOLDE:

LA SIGUIENTE SECCIÓN ES PARA USO DEL ESTADO SOLAMENTE.**FOR STATE USE ONLY**

STAFF NAME:

DATE:

NOTES: