

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
 PETICIÓN PARA UNA EXENCIÓN DE LOS LÍMITES DE LA SEMANA
 LABORAL DEBIDO A CIRCUNSTANCIAS EXTRAORDINARIAS (EXENCIÓN 2)**

Nombre del proveedor:

Número de proveedor:

Condado:

Para ser considerado para una Exención 2, debe trabajar para dos o más beneficiarios de IHSS, y **TODOS** los beneficiarios para los que trabaje deben cumplir **AL MENOS UNA** de las siguientes condiciones que los pone en grave riesgo de ser colocados en un establecimiento de cuidado fuera del hogar:

- **Criterio A** – Él o ella tiene necesidades médicas y/o conductuales complejas que deben ser atendidas por un proveedor que viva en el mismo hogar que el beneficiario.
- **Criterio B** – Él o ella vive en una zona rural o remota donde los proveedores disponibles son limitados y, en consecuencia, no puede contratar a otro proveedor.
- **Criterio C** – Él o ella no puede contratar a otro proveedor que hable el mismo idioma y, en consecuencia, no puede dirigir su propio cuidado.

Nota: no hace falta que el proveedor viva en el mismo hogar que los beneficiarios para cumplir los requisitos en virtud de los criterios B y C.

Para ser aprobados para una Exención 2, los beneficiarios (o sus representantes autorizados), con la asistencia del condado, según sea necesario, deben haber intentado contratar a un proveedor o proveedores adicionales de tal manera que sus horas de servicio autorizadas pudieran brindarse dentro de los límites de la semana laboral. Los intentos previos documentados de contratar a otros proveedores o recibir servicios prestados por otros proveedores pueden considerarse para cumplir este requisito.

POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Trabaja para dos o más beneficiarios? SÍ NO
2. ¿Vive usted en el mismo hogar que todos los beneficiarios que presentan una solicitud basada en el criterio A? SÍ NO
3. ¿Cuántas horas mensuales combinadas en total trabaja actualmente para todos sus beneficiarios? _____ horas

4. ¿Han intentado los beneficiarios (o sus representantes autorizados) contratar a un proveedor o proveedores adicionales? SÍ NO

Si su respuesta es SÍ, describa brevemente los esfuerzos realizados para contratar a un proveedor o proveedores adicionales:

Si su respuesta es NO, explique brevemente por qué no se hizo ningún esfuerzo para contratar a un proveedor o proveedores adicionales:

ENUMERE TODOS LOS BENEFICIARIOS A LOS QUE LES PROPORCIONE SERVICIOS EN LA ACTUALIDAD:

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Nombre del beneficiario n.º 1: | Número de caso: |
|--------------------------------|-----------------|

Por favor evalúe al beneficiario con base en el criterio de exención: Criterio A Criterio B Criterio C

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Nombre del beneficiario n.º 2: | Número de caso: |
|--------------------------------|-----------------|

Por favor evalúe al beneficiario con base en el criterio de exención: Criterio A Criterio B Criterio C

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Nombre del beneficiario n.º 3: | Número de caso: |
|--------------------------------|-----------------|

Por favor evalúe al beneficiario con base en el criterio de exención: Criterio A Criterio B Criterio C

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Nombre del beneficiario n.º 4: | Número de caso: |
|--------------------------------|-----------------|

Por favor evalúe al beneficiario con base en el criterio de exención: Criterio A Criterio B Criterio C

| | |
|------------------------------|-----------------------------|
| Nombre del proveedor: | Número de proveedor: |
| Firma del proveedor: | Fecha: |

**UNA VEZ QUE COMPLETE Y FIRME ESTE FORMULARIO,
FAVOR DE ENTREGARLO A LA OFICINA DE IHSS DE SU CONDADO.**

FOR COUNTY USE ONLY

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Received By: | Received Date: |
|---------------------|-----------------------|