

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) AVISO SOBRE FORMULARIO INCOMPLETO DE INSCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR

(ADDRESSEE)

Condado de: _____

┌ _____ ┐

Fecha del aviso: _____

Nombre del proveedor: _____

Número del proveedor: _____

Dirección de la oficina de IHSS: _____

└ _____ ┘

Número de teléfono de la oficina: _____

Para: El solicitante para ser proveedor de IHSS

El condado revisó el *Formulario de inscripción para proveedores* (SOC 426) que usted presentó y descubrió que no ha proporcionado toda la información necesaria. Por lo tanto, no podemos determinar si califica para inscribirse como proveedor del programa IHSS. Dentro de 15 días de la fecha de este aviso, usted debe presentar toda la información indicada a continuación.

- Su respuesta al número(s) _____ del SOC 426
- Una copia de la notificación de reincorporación como proveedor en los programas de Medicare, Medicaid y/o Medi-Cal
- Una copia de la notificación por escrito —emitida por la autoridad responsable de la concesión de licencias— que confirma que se restituyeron sus privilegios profesionales
- Una copia de las decisiones de la autoridad responsable de la concesión de licencias respecto de las medidas disciplinarias que se han tomado en contra de usted; el documento debe incluir los términos y las condiciones de cada acción
- Otra: _____

Si usted no proporciona toda la información indicada dentro de los 15 días hábiles, no calificará para inscribirse como proveedor de IHSS y recibir pagos del programa por prestar servicios.

Si tiene preguntas sobre este aviso, por favor, llame al _____.