

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN APROBACIÓN DE LOS SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)

CONDADO DE _____

NOTA: Esta notificación SOLAMENTE se refiere a IHSS. NO afecta lo que recibe del Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), del Seguro Social, ni del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). **MANTENGA ESTA NOTIFICACIÓN CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.**

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número del caso : _____
Nombre del trabajador social : _____
Número del trabajador social : _____
Teléfono del trabajador social : _____
Dirección del trabajador social : _____

(ADDRESSEE)

Total de horas:minutos de IHSS que usted puede recibir cada mes: _____.

Basándose en la evaluación que se llevó a cabo en _____, usted puede recibir los servicios indicados a continuación durante el tiempo que aparece en la columna "Cantidad autorizada de servicios que puede recibir".

MES, DÍA, AÑO

- Si un cero aparece en la columna "Cantidad autorizada de servicios que puede recibir" o la cantidad es menos que la columna "Cantidad total de servicios que se necesita", la explicación del motivo aparece en las siguientes páginas.
- "No se necesita" significa que su trabajador social determinó que usted no requiere asistencia con esta tarea. (MPP* 30-756.11)
- "Pendiente" significa que el Condado está esperando más información para ver si usted necesita ese servicio. Para mayor información, vea las siguientes páginas.

SERVICIOS	CANTIDAD TOTAL DE SERVICIOS QUE SE NECESITA	AJUSTE POR OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	CANTIDAD DEL SERVICIO QUE USTED NECESITA	SERVICIOS QUE SE REHUSÓ A RECIBIR O QUE RECIBE DE OTROS	CANTIDAD AUTORIZADA DE SERVICIOS QUE PUEDE RECIBIR
	HORAS:MINUTOS	(PRORRATEO)	HORAS:MINUTOS		HORAS:MINUTOS
SERVICIOS DOMÉSTICOS (por MES):					
SERVICIOS RELACIONADOS (por SEMANA):					
Preparar comidas					
Limpiar después de las comidas					
Lavado rutinario de ropa					
Compra de alimentos					
Otras compras/mandados					
SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS (por SEMANA):					
Asistir en lo relacionado a la respiración (ayuda con la respiración)					
Asistir en la limpieza de evacuaciones intestinales y de la vejiga					
Alimentación					
Baños rutinarios en la cama					
Ayuda para vestirse					
Cuidado relacionado a la menstruación					
Ayuda para trasladarse (ayuda para caminar, incluyendo subir y bajarse de un vehículo)					
Ayuda para transferirse (ayuda para acostarse y levantarse de la cama, sentarse y levantarse de un asiento, etc.)					
Dar un baño, higiene de la boca, aseo personal					
Frotar la piel, cambiar de posición					
Ayuda con prótesis (miembros artificiales, aparatos para ver/oir) y/o preparación de medicamentos					
ACOMPañAMIENTO (por SEMANA):					
Ir a citas médicas y regresar					
Ir a lugares para recibir servicios en vez de IHSS y regresar					
SUPERVISIÓN CON FINES DE PROTEGER (por SEMANA):					
SERVICIOS PARAMÉDICOS (por SEMANA):					
TOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR SEMANA:					
				x	4.33 =
MULTIPLICADO POR 4.33 (número promedio de semanas por mes) PARA CONVERTIR A HORAS:MINUTOS POR MES:					
SUBTOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:					
AÑADA LAS HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS DOMÉSTICOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES (mencionados anteriormente):					
TOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:					

SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO (por MES):					
Limpieza profunda:					
Eliminación de peligros en el patio/jardín					
Eliminación de hielo, nieve					
Instrucción y demostración					
TOTAL DE HORAS:MINUTOS DE SERVICIOS DE TIEMPO LIMITADO QUE USTED PUEDE RECIBIR POR MES:					

¿Tiene preguntas? Por favor comuníquese con su trabajador social de IHSS. El número de teléfono aparece en la parte superior de esta página.
Audiencia con el Estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En la siguiente página se le explica cómo solicitarla.