

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
NOTIFICACION PARA EL PROVEEDOR ACERCA DE LA APROBACIÓN
DE UNA EXCEPCIÓN PARA EXCEDER LAS HORAS SEMANALES**

(ADDRESSEE)

Condado de: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección de la oficina de IHSS: _____

Número de teléfono de la oficina de IHSS: _____

Para: El Proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

Esta notificación es para informarle que la petición de su beneficiario para una excepción para exceder su máximo de horas semanales ha sido aprobada para el mes de _____.
MES

proveedores que trabajen estas horas. No trabaje estas horas sin primero haber obtenido el permiso de su beneficiario.

Su beneficiario tendrá que ajustar las horas de trabajo de usted reduciendo una cantidad igual a las horas de excepción aprobadas antes del fin de mes. Esto es para asegurar que usted y cualquiera de los proveedores que el beneficiario pudiera tener no excedan sus horas mensuales autorizadas. Si su beneficiario no ajusta las horas de trabajo antes del fin de mes, usted no recibirá pago del Programa de IHSS por el exceso de horas. En esa situación, su beneficiario será responsable por el pago de cualesquier horas de servicio que usted haya trabajado y que se hayan pasado del límite de sus horas mensuales autorizadas.

Además, tome en cuenta que si trabaja para más de un beneficiario, usted no puede trabajar más de 66 horas en una semana laboral. Por lo tanto, si el ajuste al máximo de horas semanales de su beneficiario resultara en que usted trabaje más de 66 horas en una semana laboral, usted no podrá trabajar esas horas adicionales o es posible que tenga que ajustar las horas que trabaja para otro beneficiario.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, puede comunicarse con la Oficina de IHSS del Condado al número de teléfono anotado arriba.