

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN PARA EL BENEFICIARIO ACERCA DE LA
APROBACIÓN PARA QUE EL PROVEEDOR TRABAJE UN HORARIO
ALTERNATIVO DEBIDO A UN EVENTO RECURRENTE**

(ADDRESSEE)

Condado de: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del beneficiario: _____

Número de caso del beneficiario: _____

Dirección de la Oficina de IHSS: _____

Número de teléfono de la Oficina de IHSS: _____

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

Esta notificación es para informarle que su solicitud para ajustar su máximo de horas por semana para una semana específica para cada mes debido a un evento que ocurre mensualmente, ha sido aprobada. Usted puede permitir que su proveedor trabaje horas adicionales durante la semana específica de cada mes.

Esto significa que su máximo de horas por semana para una semana del mes será diferente de las otras semanas del mes. Su proveedor(es) puede continuar trabajando este horario semanal durante todos los meses siguientes siempre y cuando usted tenga la necesidad que se haga este ajuste debido a un evento recurrente. Usted tiene que notificar al Condado inmediatamente si la situación cambia y ya no tiene necesidad para este ajuste.

Además, si su proveedor(es) trabajó estas horas, usted necesitará ajustar sus horas de trabajo reduciendo una cantidad igual a las horas de excepción aprobadas antes de que termine el mes para asegurar que no excede su número de horas autorizadas para el mes. Si usted no ajusta las horas de trabajo de su proveedor antes del final del mes, su proveedor(es) no recibirá pago del Programa de IHSS por el exceso de horas y usted será responsable del pago de cualquier hora de servicios trabajada en exceso de sus horas autorizadas por mes.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, puede comunicarse con la Oficina de IHSS del Condado al número que aparece en la parte de arriba.