

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR
CANCELACIÓN DEL HORARIO ALTERNATIVO DEBIDO A UN EVENTO RECURRENTE**

(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 solicitud de su beneficiario para ajustar su máximo de horas por semana para una semana específica cada mes debido a un evento recurrente se ha cancelado. A partir de _____, usted ya no puede trabajar horas adicionales cada mes durante una semana específica.
FECHA DE LA CANCELACIÓN

Esto significa que ahora el máximo de horas por semana de su beneficiario será el mismo para cada semana del 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.