

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR  
NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR ACERCA DEL ACUSE DE RECIBO DEL  
CONDADO DE LA REVISIÓN DE LA INFRACCIÓN POR HABER EXCEDIDO LOS  
LÍMITES DE LA SEMANA LABORAL Y/O DEL TIEMPO DE TRASLADO**

(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 Oficina de IHSS ha recibido su solicitud para que se revise la infracción que usted recibió.

El Condado ahora tiene diez (10) días hábiles para llevar a cabo la revisión del Condado y tomar una decisión acerca de su solicitud de la revisión de la infracción. Si usted está solicitando la revisión de su tercera o cuarta infracción, su inelegibilidad para proveer y para que le paguen por proveer IHSS autorizado a su beneficiario actual o a cualquier otra persona no empezará hasta después de que el Condado haya tomado una decisión acerca de su solicitud. Usted recibirá una notificación acerca del resultado de su solicitud de reclamo.

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