

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) DESIGNACIÓN DE UN PROVEEDOR POR EL BENEFICIARIO

INSTRUCCIONES:

- Use tinta negra o azul. Escriba claramente la información con letra de molde.
- Usted (o su representante autorizado) tiene que completar la PARTE A de este formulario para comunicarle al Condado a quién usted ha elegido para que le proporcione sus servicios.
- Si usted tiene más de un proveedor, tiene que llenar un formulario por separado para cada persona que le proporcionará los servicios autorizados.
- Usted tiene que firmar la confirmación en la PARTE C de este formulario.
- Por favor devuelva al Condado este formulario completado y firmado. El Condado se quedará con el formulario original y le dará una copia a usted.

PARTE A. DESIGNACIÓN DEL PROVEEDOR POR EL BENEFICIARIO

| | |
|---|---|
| 1. Nombre del beneficiario: | |
| 2. Número del caso de IHSS del Condado: | |
| 3. Nombre del proveedor: | |
| 4. Dirección del proveedor: Ciudad, estado, código postal: | |
| 5. Número de teléfono del proveedor: | |
| 6. Fecha de nacimiento del proveedor: | |
| 7. Número de Seguro Social* del proveedor: | |
| 8. Sexo del proveedor (marque la casilla): | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 9. Relación/parentesco del proveedor con el beneficiario (si hay alguna): | <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Esposa(o)/Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Curador legal <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| 10. Fecha en que va a empezar el proveedor: | |

*NOTA: El Decreto de 1986 sobre la Reforma y el Control de la Inmigración, Ley Pública 99-603 (1324a del Código 8 de los Estados Unidos), requiere que se proporcione el número de Seguro Social con el propósito de verificar la identidad de la persona y su autorización para trabajar en los Estados Unidos.

Yo elijo a la persona mencionada arriba para que sea mi proveedor de IHSS. Esta persona proporcionará algunos o todos los servicios autorizados por el Condado.

PARTE B. ACUERDO DEL BENEFICIARIO**ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE:**

- A la persona que he elegido para que sea mi proveedor no se le puede pagar con fondos federales y/o estatales por proporcionar servicios para mí hasta que él/ella complete los requisitos de inscripción. Estos requisitos incluyen: completar, firmar, y devolver (en persona) el “Formulario de inscripción para proveedores” (SOC 426), presentar las huellas digitales y recibir aprobación sobre delitos que descalifican por medio de una revisión de antecedentes penales, completar una orientación para proveedores, y firmar y devolver el “Acuerdo de inscripción para proveedores” (SOC 846).
- El Condado me enviará una notificación si la persona que he elegido como mi proveedor no completa los requisitos de inscripción para proveedores o si él/ella no es elegible para ser un proveedor de IHSS.
- Si elijo que esta persona me proporcione servicios antes de que él/ella se haya inscrito como un proveedor de IHSS, y el Condado me envía una notificación avisándome que él/ella no es elegible para ser un proveedor de IHSS, yo tendré que pagarle a él/ella con mi propio dinero por los servicios que él/ella haya proporcionado antes de que determinara que no era elegible para ser un proveedor y por cualquier servicio que él/ella me proporcione después de que el Condado me notifique que él/ella no es elegible.
- Ni el Condado ni el Estado serán responsables de ningún reclamo y/o pérdidas causadas por la persona mencionada anteriormente a quien yo elijo contratar como mi proveedor de IHSS. Estoy de acuerdo en que el Estado y el Condado, sus oficiales, agentes, y empleados no tengan ninguna responsabilidad de ningún reclamo y/o pérdidas de ninguna persona causadas por la persona mencionada a quien elijo contratar como mi proveedor de IHSS.
- El Condado puede proporcionarle información a la persona que he elegido como mi proveedor acerca mis servicios autorizados y las horas de servicio. El Condado le enviará a mi proveedor el formulario de IHSS “Notificación para el proveedor sobre las horas y los servicios autorizados para el beneficiario” (SOC 2271).
- El total de mis horas de servicio autorizadas para el mes se dividirá entre cuatro para determinar mi máximo de horas por semana. El máximo de horas por semana es una guía que me indica el número más alto de horas que mi proveedor(es) puede trabajar para mí durante una semana laboral. Sin embargo, ya que la mayoría de los meses es un poco más de 4 semanas, yo trabajaré con mi proveedor(es) para extender sus horas a través del mes para asegurar que tenga todas las horas de servicio que necesito durante el mes.
- En ciertas ocasiones, es posible que yo necesite que mi proveedor trabaje más que mi máximo de horas por semana. Yo tengo que pedirle aprobación al Condado para ajustar mi máximo de horas por semana solamente si el cambio requiere que mi proveedor trabaje:
 1. más horas de tiempo extra en el mes que las que normalmente trabajaría.

2. más de 40 horas para mí en una semana laboral si mi máximo de horas por semana es 40 horas o menos en una semana laboral.
- Si no recibo la aprobación para una excepción, mi proveedor recibirá una infracción por trabajar más que mi máximo de horas por semana.
 - Yo no puedo **nunca** autorizar que mi proveedor trabaje más que mi total de horas de servicio autorizadas para el mes. Por lo tanto, cuando yo autorice que mi proveedor trabaje horas extras en una semana, yo tengo que hacer que el proveedor trabaje menos horas en otra semana(s) del mes.
 - Si mi proveedor trabaja para otro beneficiario, el máximo número de horas que puede reclamar en una semana laboral para todo el tiempo combinado que trabaje para sus beneficiarios es **66** horas. **Yo tengo que preparar un horario de trabajo para mi proveedor para determinar cuántas horas va a trabajar para mí cada semana para asegurar que no trabaje más de 66 horas por semana laboral.** Yo recibiré una "Notificación para el beneficiario, Máximo de horas autorizadas por semana" (SOC 2271A) la cual incluirá información acerca de mi máximo de horas por semana para que yo la pueda usar para preparar el horario de trabajo para mi proveedor(es). Para preparar el horario, mi proveedor me tiene que decir cuántas horas está disponible para trabajar para mí cada semana laboral. Si mi proveedor no puede trabajar todas mis horas autorizadas, yo necesitaré contratar a un proveedor(es) adicional. **Si necesito ayuda para encontrar y contratar a otro proveedor(es), yo puedo llamar a la Autoridad Pública de IHSS del Condado para obtener un proveedor del registro o puedo llamar a la Oficina de IHSS del Condado.**
 - El Condado me enviará una notificación cada vez que mi proveedor reciba una infracción. Si mi proveedor recibe tres infracciones, se le suspenderá de proporcionar IHSS durante tres meses. Si recibe otra infracción después de regresar de la suspensión de tres meses, será suspendido de ser proveedor durante un año.

PARTE C. CONFIRMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los requisitos anotados en este formulario.

| | |
|-------------------------|--------|
| FIRMA DEL BENEFICIARIO: | FECHA: |
|-------------------------|--------|

NOMBRE ESCRITO CON LETRA DE MOLDE:

| | |
|-------------------------------------|--------|
| FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO: | FECHA: |
|-------------------------------------|--------|

NOMBRE ESCRITO CON LETRA DE MOLDE:

FOR COUNTY USE ONLY (SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO)

| | |
|--------------|-------|
| WORKER NAME: | DATE: |
|--------------|-------|