

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
TÉRMINO DEL PERÍODO DE DIEZ AÑOS
POR UN DELITO DE NIVEL 2**

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del proveedor: _____

Nombre del beneficiario: _____

Número del caso del beneficiario: _____

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)

Los expedientes del Condado muestran que usted actualmente está inscrito como un proveedor de IHSS en base a una exención firmada por su beneficiario. Se requirió que su beneficiario completara y firmara una exención individual debido a la condena de usted de un Delito de Nivel 2.

La ley de California estipula que cualquier persona que ha sido condenada o encarcelada por una condena de un Delito de Nivel 2 dentro de los diez años anteriores solamente puede trabajar como proveedor de IHSS para un beneficiario que haya completado y firmado una exención individual. Según nuestros expedientes, el período de diez años desde su condena o encarcelamiento por un Delito de Nivel 2 se termina en _____, y usted no ha sido condenado de ningún otro delito que lo descalifique desde que se convirtió en un proveedor de IHSS. Por lo tanto, usted ahora está inscrito como un proveedor de IHSS sin ningunas restricciones.

Sin embargo, si más tarde recibe otra condena de un crimen que lo descalifique, usted otra vez será considerado inelegible para trabajar como un proveedor de IHSS para el Programa de IHSS.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, llame a la Oficina de IHSS al teléfono que aparece en la parte superior de este documento.