

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN SOBRE FORMULARIO INCOMPLETO
DE INSCRIPCIÓN DEL PROVEEDOR
(DESTINATARIO)**

CONDADO DE

Fecha de la notificación: _____

Nombre del proveedor: _____

Dirección de la Oficina del programa IHSS: _____

Número de teléfono de la Oficina del programa IHSS: _____

Para: Solicitante para ser proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (*In-Home Supportive Services, IHSS*)

El condado revisó el Formulario de inscripción de proveedores (SOC 426) que presentó y detectó que la información que usted proporcionó está incompleta. No podemos determinar si es elegible para inscribirse como proveedor del programa IHSS porque no proporcionó toda la información necesaria. Debe presentar toda la información que se indica a continuación antes de que pasen 15 días hábiles de la fecha de esta carta.

- Respuesta a los puntos número _____ del formulario SOC 426
- Copia de la notificación de reincorporación como proveedor en los programas de Medicare, Medicaid o Medi-Cal
- Copia de la confirmación por escrito de la autoridad de concesión de licencias de que se restituyeron sus privilegios profesionales
- Copia de las decisiones de la autoridad de concesión de licencias, incluidos los términos y condiciones con respecto a las medidas disciplinarias que se tomaron
- Otros: _____

Si no proporciona toda la información solicitada dentro de 15 días hábiles, no será elegible para inscribirse como proveedor del programa IHSS ni para recibir pagos del programa IHSS por prestar servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre esta carta, llame al _____.