

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN AL PROVEEDOR
SOBRE LA INELEGIBILIDAD PARA SER PROVEEDOR
INELEGIBILIDAD POR DELITOS DE NIVEL 1 - CONDENA POSTERIOR
[SECCIÓN 12305.81 DEL CÓDIGO DE BIENESTAR PÚBLICO E INSTITUCIONES]**

(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)

En veinte (20) días, contados a partir de la fecha de esta notificación, usted ya no va a ser elegible para recibir pago del Programa de IHSS por proporcionar servicios al beneficiario actual ni a ninguna otra persona. Si ya empezó a proporcionar servicios para su actual beneficiario, usted solamente puede recibir pago por servicios que usted proporcione hasta _____.

Desde su inscripción inicial, la Oficina de IHSS del Condado/Autoridad Pública/Consortio sin Fines de Lucro se enteró por medio de documentos certificados de la corte o a través de la revisión de antecedentes penales que usted ha sido declarado culpable de un delito (o delitos) que lo hace inelegible para servir como un proveedor de IHSS o para recibir pago del Programa de IHSS por proporcionar servicios, basándose en lo estipulado en la Sección 12305.81 del Código de Bienestar Público e Instituciones. El delito (o delitos) que lo descalifica a usted aparece a continuación:

Al beneficiario también se le ha enviado una notificación informándole que usted ha sido declarado culpable de un delito que lo hace inelegible para ser empleado como un proveedor de IHSS. Se le ha notificado al beneficiario que la información acerca de la condena es muy delicada y que la ley le prohíbe compartirla con alguna otra persona o entidad.

Si no está de acuerdo con esta decisión, el formulario adjunto le explica cómo usted puede solicitar una apelación. Su petición por escrito para una apelación se tiene que recibir dentro del periodo de sesenta (60) días consecutivos a la fecha de esta notificación.

Si cree que está incorrecta la información que se le proporcionó a la Oficina de IHSS del Condado/Autoridad Pública/Consortio sin Fines de Lucro, usted tiene que comunicarse con la Oficina de Revisión de Expedientes, Departamento de Justicia de California, al (916) 227-3849, o con el actuario de la Corte Superior del Condado de _____ para determinar la fuente de la información en los documentos de la corte o su revisión de antecedentes penales.

Si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, puede llamar a _____.