

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

STATE OF CALIFORNIA HEALTH AND
HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF
SOCIAL SERVICES

APROBACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) (CONTINUACIÓN)

CONDADO DE

Fecha de la notificación:

Nombre del caso:

Número del caso:

NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN

STATE OF CALIFORNIA HEALTH AND
HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF
SOCIAL SERVICES

CONDADO DE

Fecha de la notificación:

Nombre del caso:

Número del caso:

Usted tiene que comunicarle inmediatamente al Condado cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad o su necesidad de recibir IHSS, incluyendo cualquier cambio en sus ingresos, propiedad, arreglos de vivienda, condición médica, o capacidad para trabajar. Si tiene alguna pregunta o cree que se debe considerar información adicional, comuníquese con su trabajador social.

Reglas: Las secciones pertinentes del Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) se indican arriba y las puede revisar en su oficina local de IHSS. (En inglés solamente.)

¿Tiene preguntas? Por favor comuníquese con su trabajador social de IHSS.

Audiencia con el Estado: Si cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el formulario "Su derecho a una audiencia", incluido en esta notificación, se le explica cómo solicitarla.
