

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA SER PROVEEDOR**

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del solicitante para ser 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 solicitante para ser proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

A partir de la fecha de esta notificación, usted ha sido inscrito oficialmente como un proveedor de IHSS. Ahora usted puede empezar a proporcionar servicios a un beneficiario(s) de IHSS y recibir pago del Programa de IHSS por proporcionar servicios.

Si usted ya está proporcionando servicios a un beneficiario de IHSS, es posible que sea elegible para recibir pagos retroactivos por los servicios autorizados que usted proporcionó durante 90 días antes de la fecha de esta notificación.

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