

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN  
NEGACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO  
EN EL HOGAR (IHSS)**

CONDADO DE \_\_\_\_\_

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

**NOTA:** Esta notificación aplica SÓLO a IHSS. NO afecta lo que usted recibe de SSI/SSP (Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado), Seguro Social o Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) **GUARDE ESTA NOTIFICACIÓN CON SUS DOCUMENTOS IMPORTANTES.**

Fecha de la notificación : \_\_\_\_\_  
Nombre del caso : \_\_\_\_\_  
Número del caso : \_\_\_\_\_  
Nombre del trabajador social : \_\_\_\_\_  
Número del trabajador social : \_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajador social : \_\_\_\_\_  
Dirección del trabajador social : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘  
  
┌ \_\_\_\_\_ ┐  
└ \_\_\_\_\_ ┘

Basándonos en la información que usted le proporcionó al condado y los ordenamientos del Estado, no se aprueba su solicitud para IHSS. La razón es la siguiente:

**Reglas:** Son pertinentes las reglas mencionadas anteriormente entre paréntesis. Usted puede revisar el Manual de Prácticas y Procedimientos (MPP) en su oficina local de IHSS.

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

**Audiencia con el Estado:** Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta página se le explica cómo solicitarla.