

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
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)

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

┌ _____ ┐
└ _____ ┘

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: 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 la siguiente página se le explica cómo solicitarla.