

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
PETICIÓN PARA UNA REVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL ESTADO
DE UNA TERCERA O CUARTA INFRACCIÓN POR SOBREPASAR
LOS LÍMITES DE LA SEMANA LABORAL Y/O TIEMPO DE TRASLADO**

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del beneficiario: _____

Núm. del caso del beneficiario: _____

Dirección de la Oficina de IHSS: _____

Núm. de teléfono de la Oficina de IHSS: _____

Infracción Número: _____

Para: El Proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

El Condado le informó que después de revisar su formulario “Derecho a disputar la infracción”, se ha determinado que se confirmará su _____ infracción para el mes de _____ por sobrepasar los límites de su semana laboral y/o tiempo de traslado.

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, tiene la opción de solicitar una “Revisión Administrativa del Estado” presentando una “Petición para una Revisión Administrativa del Estado” a:

California Department of Social Services
Systems and Administrative Branch
Claims, Certification and Appeals Bureau
Attn: Appeals Unit, MS 9-9-04
P.O. Box 944243
Sacramento, CA 94244-2430

- Una “Petición para una Revisión Administrativa del Estado” se tiene que recibir antes de que pasen diez días consecutivos de la fecha en las notificaciones SOC 2282 o SOC 2284 que el Condado le envió por correo indicándole que ha sido confirmada su tercera o cuarta infracción.
- Si se recibe una “Petición para una Revisión Administrativa del Estado” antes de que pasen diez días consecutivos de la fecha en las notificaciones SOC 2282 o SOC 2284, usted puede continuar proporcionando servicios y recibiendo pagos hasta que se emita una decisión final en su Revisión Administrativa del Estado.

Para solicitar una Revisión Administrativa del Estado, usted tiene que:

- Llenar y firmar la tercera página de este formulario explicando la razón (o razones) por la cual usted cree que el Condado debió haber anulado su infracción.
- Devolver completada la tercera página de este formulario al Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS). También incluya una copia de las notificaciones SOC 2258 o SOC 2259 que el Condado le envió notificándole de su inelegibilidad para recibir pagos del Programa de IHSS.
- Proporcionar cualquier documentación que apoye sus razones para solicitar que se anule esta infracción. **NO ENVÍE LOS DOCUMENTOS ORIGINALES, ENVÍE SOLAMENTE COPIAS.**
- Hacer una copia para sus expedientes de todas las páginas del formulario “Petición para una Revisión Administrativa del Estado” y sus documentos de apoyo.

La Unidad de Apelaciones (AU) de IHSS del CDSS revisará la información en esta petición y cualquier información que usted y el Condado hayan proporcionado. El CDSS decidirá si la decisión del Condado de confirmar la infracción se debe confirmar o anular.

La AU tiene 15 días hábiles a partir de la fecha en que se recibió su “Petición para una Revisión Administrativa del Estado” para tomar una decisión y le enviará una carta con la decisión.

- o Si la AU anula la infracción, la AU dará instrucciones al Condado de que la elegibilidad de usted para proporcionar y recibir pago por proporcionar servicios del Programa de IHSS no se debe suspender debido a la infracción.

Si tiene alguna pregunta, llame a la AU del CDSS al (916) 651-3488.

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
PETICIÓN PARA UNA REVISIÓN ADMINISTRATIVA DEL ESTADO
DE UNA TERCERA O CUARTA INFRACCIÓN POR SOBREPASAR
LOS LÍMITES DE LA SEMANA LABORAL Y/O TIEMPO DE TRASLADO**

(ADDRESSEE)

CONDADO DE: _____

Fecha de la notificación: _____

Nombre del beneficiario: _____

Núm. del caso del beneficiario: _____

Dirección de la Oficina de IHSS: _____

Núm. de teléfono de la Oficina de IHSS: _____

Infracción Número: _____

Por favor marque a continuación la casilla que ocasionó que usted recibiera la infracción que está apelando.

- Trabajó para un beneficiario más de 40 horas en una semana laboral sin que el beneficiario obtuviera aprobación del Condado, cuando el máximo de horas semanales del beneficiario es 40 horas o menos.
- Trabajó más que el máximo de horas semanales del beneficiario sin que el beneficiario obtuviera aprobación del Condado, lo cual ocasionó que usted trabajara más horas extras en el mes que las que usted normalmente trabajaría.
- Trabajó más de 66 horas en una semana laboral, cuando usted trabaja para más de un beneficiario.
- Reclamó más de 7 horas de tiempo de traslado en una semana laboral.

En el espacio a continuación, por favor explique por qué cree que la decisión del Condado de confirmar la infracción no es correcta y por qué cree que la infracción que se emitió en contra de usted debe ser anulada.

- Si necesita más espacio, marque la casilla a la izquierda y adjunte las páginas adicionales necesarias.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Estoy de acuerdo con la información mencionada anteriormente y creo que es verdadera y correcta.

Firma del beneficiario: _____ Fecha: _____