

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR  
NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR CONFIRMANDO LA TERCERA INFRACCIÓN  
(SUSPENSIÓN DE LA ELEGIBILIDAD POR 90 DÍAS) 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: \_\_\_\_\_

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

Esta notificación es para informarle que hemos revisado el formulario “Derecho a disputar la infracción” que usted presentó después de recibir una tercera infracción para el mes de \_\_\_\_\_. A la fecha de esta notificación, se confirma la infracción. La razón para esta decisión es en base a nuestra revisión de la información y/o documentación que usted proporcionó en el formulario de disputa. Hemos determinado que no hubo suficiente información y/o documentación para demostrar que se cumplió con los criterios requeridos para que usted trabajara más horas que las que permite su acuerdo de la semana laboral. **Usted continuará teniendo una infracción por la siguiente razón (o razones):**

- 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.
- Usted es un proveedor para varios beneficiarios y trabajó más de 66 horas en una semana laboral.
- Reclamó más de 7 horas de tiempo de traslado en una semana laboral.

Si no está de acuerdo con esta determinación y le gustaría solicitar una Revisión Administrativa del Estado, usted tiene 10 días consecutivos de la fecha en esta notificación para presentar el formulario adjunto “Petición para una Revisión Administrativa del Estado”. Si presenta una “Petición para una Revisión Administrativa del Estado”, usted podrá continuar proporcionando servicios hasta que se emita una decisión final para su petición.

Si no presenta una “Petición para una Revisión Administrativa del Estado” antes de que pasen 10 días consecutivos de la fecha de esta notificación, se le suspenderá de proporcionar servicios de IHSS durante un período de 90 días comenzando 20 días consecutivos de la fecha de esta notificación.

Si usted no está seguro de la fecha en que será elegible para volver a proporcionar servicios o si tiene alguna pregunta acerca de esta notificación, por favor comuníquese con la Oficina de IHSS al número de teléfono que aparece arriba.