

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
NOTIFICACIÓN DE APROBACIÓN PROVISIONAL
EXENCIÓN DEL REQUISITO DE UNA CERTIFICACIÓN SOBRE EL CUIDADO DE LA SALUD**

A:

Condado de: _____

Fecha de la notificación: _____

Número del caso: _____

Dirección de la oficina de IHSS: _____

Número de teléfono de la oficina de IHSS: _____

El Condado ha aprobado provisionalmente su solicitud para Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS). Esto significa que:

Antes de que pueda recibir servicios de IHSS, la ley del Estado requiere que tiene que proporcionarle al Condado una certificación sobre el cuidado de la salud completada y firmada por un profesional en el cuidado de la salud con licencia, y también tiene que tener una evaluación de sus necesidades la cual se lleva a cabo en su propio hogar.

El Condado ha otorgado una exención para que usted pueda recibir servicios de IHSS temporalmente **antes** de cumplir con estos requisitos, pero todavía tiene que proporcionarle al Condado la certificación sobre el cuidado de la salud (si es que todavía no lo ha hecho). Usted recibirá temporalmente los servicios/horas que se indican a continuación cuando regrese a su propio hogar. Estos servicios/horas se basan en una evaluación preliminar de sus necesidades la cual se llevó a cabo mientras que usted estaba internado en un establecimiento de cuidado médico.

Cuando usted proporcione al Condado la certificación sobre el cuidado de la salud, el Condado determinará su elegibilidad para continuar recibiendo beneficios de IHSS. Si se determina que usted sí es elegible, el Condado llevará a cabo una evaluación en su propio hogar para completar la determinación de sus servicios/horas.

El Condado ha pedido que proporcione la certificación sobre el cuidado de la salud a más tardar en _____
FECHA

Si no proporciona la certificación sobre el cuidado de la salud al Condado en esta fecha o antes, los beneficios de IHSS que usted ha estado recibiendo temporalmente se discontinuarán. Si usted no puede proporcionar la certificación sobre el cuidado de la salud a más tardar en esta fecha, comuníquese con su trabajador social antes de la fecha límite para explicar por qué no puede hacerlo y pregúntele si el Condado puede darle más tiempo para hacerlo.

Si tiene alguna pregunta sobre la información en esta notificación, llame a su trabajador social.

SERVICIOS	# DE HORAS AUTORIZADAS
SERVICIOS DOMÉSTICOS (por mes)	
SERVICIOS RELACIONADOS (POR SEMANA)	
- Preparación de las comidas	
- Limpieza después de las comidas	
- Lavado rutinario de la ropa	
- Compras de los alimentos	
- Compras de otras cosas/hacer diligencias	
SERVICIOS PERSONALES NO MÉDICOS (POR SEMANA)	
- Ayuda en lo relacionado a la respiración	
- Cuidado relacionado a las evacuaciones intestinales y/o de la vejiga	
- Alimentación	
- Baños de rutina en la cama	
- Ayuda para vestirse	
- Cuidado en relación a la menstruación	
- Ayuda para caminar (incluyendo el subirse/bajarse de un vehículo)	
- Ayuda con traslados: subirse/bajarse de la cama, sentarse/pararse de un asiento, etc.	
- Ayuda para bañarse, higiene bucal, y arreglo personal	
- Frotamiento de la piel y cambios de posición	
- Ayuda con dispositivos protéticos (prótesis) y ayuda para que las medicinas estén listas	
SERVICIOS DE ACOMPAÑAMIENTO (POR SEMANA)	
- A/de citas médicas	
- A/de recursos alternativos	
SUPERVISIÓN PROTECTORA (POR SEMANA)	
SERVICIOS DE ENSEÑANZA/DEMOSTRACIÓN (POR SEMANA)	
SERVICIOS PARAMÉDICOS (POR SEMANA)	
HORAS DE SERVICIO AUTORIZADAS SOLAMENTE PARA UN MES	
- Limpieza profunda	
- Eliminación de peligros en el patio/jardín	
Total de horas de servicio autorizadas por semana	
Para convertir al # de horas por mes, multiplique por 4.33 (# promedio de semanas en un mes)	
Agregue las horas de servicios domésticos autorizadas por mes (de la parte de arriba)	
TOTAL DE HORAS DE SERVICIO AUTORIZADAS POR MES	