E R R A T A

TO: COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: PERSONAL CARE SERVICES PROGRAM

REFERENCE: ALL COUNTY LETTER NO. 93-67

The purpose of this errata is to provide Spanish translations as described in the All County letter No. 93-67.

IMPORTANT NOTICE

DATE: _____

CASE #: _____

Dear Recipient:

You are responsible for providing us with all information and documents required to determine your eligibility and need for the Personal Care Services Program.

As of this date, we do not have the necessary forms to authorize payment for services. The form(s) checked below are not on file for you:

- ☐ SOC 425 Physician Certification of Medical Necessity
- ☐ SOC 426 Provider Enrollment/Agreement

It is very important that you get the enclosed form(s), as indicated above, back to us not later than _____.

If you are having trouble getting the form(s) returned by your doctor or provider, please call the worker listed below.

IF THESE FORMS ARE NOT COMPLETED AND RETURNED BY THE DUE DATE, YOU WILL LOSE ALL THE SERVICES YOU ARE RECEIVING WHICH ARE ALSO PROVIDED UNDER THE PERSONAL CARE SERVICES PROGRAM. WE DO NOT WANT YOU TO LOSE YOUR SERVICES; WE WILL HELP YOU STAY ELIGIBLE, IF WE CAN.

_____ Social Services Worker

_____ Phone

ALL COMPLETED FORMS MUST BE RETURNED BY THE DUE DATE TO THE ADDRESS BELOW. IF THE FORM(S) ARE NOT RETURNED BY THE DATE ABOVE YOU WILL BE SENT A NOTICE OF ACTION DISCONTINUING YOUR SERVICES.

COUNTY ADDRESS:

AVISO IMPORTANTE

FECHA: _____

DEL CASO: _____

Estimado(a) beneficiario(a):

Usted es reponsable de proporcionarnos toda la información y documentos que se requieran para determinar si reúne los requisitos del Programa de Servicios de Cuidado Personal y si necesita estos servicios.

Actualmente, no tenemos los formularios necesarios para autorizar el pago de los servicios. El(Los) formulario(s) señalado(s) a continuación no se encuentra(n) en su expediente:

- ☐ SOC 425 Certificación de Necesidad Médica, Hecha por un Médico
- ☐ SOC 426 Acuerdo del Proveedor/de Inscripción

Es muy importante que se asegure de que se nos devuelva(n) el(los) formulario(s) adjunto(s), el(los) cual(es) se indica(n) arriba, a más tardar en _____.

Si tiene problemas para lograr que su doctor o proveedor devuelva el(los) formulario(s), por favor llame al trabajador cuyo nombre aparece un poco más abajo.

SI NO SE COMPLETAN Y DEVUELVEN ESTOS FORMULARIOS EN O ANTES DE LA FECHA INDICADA, USTED PERDERA TODOS LOS SERVICIOS QUE ESTE RECIBIENDO Y QUE SE PROPORCIONEN BAJO EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL. NO QUEREMOS QUE PIERDA SUS SERVICIOS; SI PODEMOS, LE AYUDAREMOS A QUE CONTINUE REUNIENDO LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA.

_____ Trabajador de servicios sociales

_____ Teléfono

TODOS LOS FORMULARIOS SE TIENEN QUE DEVOLVER COMPLETADOS, EN O ANTES DE LA FECHA INDICADA, A LA DIRECCION QUE APARECE A CONTINUACION. SI EL(LOS) FORMULARIO(S) NO SE DEVUELVE(N) EN O ANTES DE ESA FECHA, SE LE MANDARA UNA NOTIFICACION DE ACCION INFORMANDOLE QUE SE DESCONTINUAN SUS SERVICIOS.

DIRECCION DEL CONDADO:

IMPORTANT NOTICE TO PERSONAL CARE SERVICES PROGRAM RECIPIENTS

You are eligible to receive In-Home Supportive Services (IHSS) under the Personal Care Services Program (PCSP). To get paid, the person who provides those services must complete the Personal Care Services Program Provider/Enrollment Agreement (SOC 426). This form has been mailed to your provider.

Your provider will ask you to complete the section of the form labeled Part II - Client Certification. An authorized representative can sign the form for you. ***THE PROVIDER WHO IS BEING ENROLLED CANNOT SIGN AS YOUR AUTHORIZED REPRESENTATIVE.***

After you complete the form, return it to your provider so he/she can return it to the County IHSS office. ***Your provider will not be paid if he/she does not return the form.***

If you have any questions, please call the County IHSS office.

AVISO IMPORTANTE A LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL

Usted reúne los requisitos para recibir Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) bajo el Programa de Servicios de Cuidado Personal (PCSP). Para que se le pague a la persona que le proporciona esos servicios, él/ella tiene que completar el formulario titulado Programa de Servicios de Cuidado Personal, Acuerdo del Proveedor/de Inscripción (SOC 426). Este formulario se le ha mandado a su proveedor.

Su proveedor le pedirá que complete la sección del formulario titulada Sección II - Certificación del cliente. Un representante autorizado puede firmar el formulario por usted. ***EL PROVEEDOR QUE SE ESTE REGISTRANDO NO PUEDE FIRMAR COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO DE USTED.***

Después de que complete el formulario, devuélvaselo a su proveedor para que él/ella se lo pueda devolver a la oficina de IHSS del condado. ***No se le pagará a su proveedor si él/ella no lo devuelve.***

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la oficina de IHSS del condado.

IMPORTANT NOTICE TO PERSONAL CARE SERVICES PROGRAM PROVIDERS

Your employer is a recipient of In-Home Supportive Services (IHSS) under the Personal Care Services Program (PCSP). To be paid for the services you provide, you must be enrolled as a PCSP provider. To enroll, please complete the enclosed Personal Care Services Program Provider/Enrollment Agreement (SOC 426).

To complete the enrollment form:

1. Read, sign and date Part I - Service Provider.

2. Give the form to your employer (The PCSP recipient). Ask your employer or his/her authorized representative to complete Part II - Client Certification. ***YOU MAY NOT SIGN AS THE AUTHORIZED REPRESENTATIVE.***

3. Mail the completed enrollment form to the County IHSS office within 10 days from the time you receive this notice.

If you do not return the completed enrollment form before you send in your time sheet, you will not be paid for any services provided after receiving this notice.

If you have any questions, please call the County IHSS office.

AVISO IMPORTANTE A LOS PROVEEDORES DEL PROGRAMA DE SERVICIOS DE CUIDADO PERSONAL

Su patrono recibe Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) bajo el Programa de Servicios de Cuidado Personal (PCSP). Para que a usted se le paguen los servicios que proporciona, usted tiene que estar registrado como proveedor de PCSP. Para registrarse, por favor complete el formulario que se adjunta titulado Programa de Servicios de Cuidado Personal, Acuerdo del Proveedor/de Inscripción (SOC 426).

Para completar el formulario de inscripción:

1. Lea, firme y póngale la fecha a la Sección I - Proveedor de servicios.

2. Dele el formulario a su patrono (la persona que recibe PCSP). Pídale a su patrono o al representante autorizado del mismo que llene la Sección II - Certificación del cliente. ***USTED NO PUEDE FIRMAR COMO REPRESENTANTE AUTORIZADO.***

3. Una vez que haya llenado el formulario de inscripción, envíelo a la oficina de IHSS del condado en un plazo de 10 días contados a partir de la fecha en que usted reciba este aviso.

Si usted no devuelve el formulario de inscripción completado, antes de enviar su hoja de tiempo, no se le pagará ningún servicio que haya proporcionado después de recibir este aviso.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la oficina de IHSS del condado.