

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
NOTIFICACIÓN PARA EL BENEFICIARIO
MÁXIMO DE HORAS AUTORIZADAS POR SEMANA**

Fecha de la notificación: _____
Nombre del beneficiario: _____
Número de caso del beneficiario: _____
Nombre del trabajador social: _____
Número del trabajador social: _____
Teléfono del trabajador social: _____
Dirección del trabajador social: _____

Está recibiendo esta notificación para informarle del máximo de sus horas autorizadas por semana para el Programa de IHSS.

Se le envió una notificación de acción indicando que a partir de _____, sus **horas autorizadas por mes** son _____. FECHA

Su **máximo de horas por semana** es sus horas autorizadas por mes divididas entre 4.0 _____.

Si el número de horas por mes cambia, usted recibirá una notificación de acción sobre el cambio en sus horas de servicio autorizadas por mes. También recibirá otra notificación con el cambio de sus horas autorizadas por semana.

Su proveedor (o proveedores) no recibirá pago del Programa de IHSS por cualquier hora que exceda el máximo de horas mensuales. Si usted permite que su proveedor (o proveedores) trabaje horas adicionales o que proporcione servicios que no se permiten por IHSS, entonces usted tiene que pagarle al proveedor (o proveedores) por las horas o servicios adicionales.

Como beneficiario, usted es responsable de crear un horario de trabajo para su proveedor (o proveedores) para asegurar que él/ella no trabaje más del número máximo de horas por semana y sus horas mensuales autorizadas. Si su proveedor está trabajando para más de un beneficiario, su proveedor solamente podrá trabajar hasta 66 horas cada semana para usted o el total combinado de usted y otros beneficiarios. Cada proveedor es responsable de informarle a usted de las horas que él/ella estará disponible para trabajar para usted.