

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)  
ACUERDO ENTRE BENEFICIARIO Y PROVEEDOR  
ACERCA DE LA SEMANA DE TRABAJO**

NÚMERO DE CASO DEL BENEFICIARIO DE IHSS
---

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)
---

El total de mis horas autorizadas es \_\_\_\_\_ .

El total de mis horas mensuales autorizadas ahora será dividido entre 4 para determinar el máximo de mis horas semanales. El máximo de mis horas semanales es \_\_\_\_\_. En ciertas circunstancias, es posible que pueda ajustar mis horas semanales autorizadas. Esto me permitirá que tenga más horas que dar en una semana que las que normalmente daría, siempre y cuando use menos horas en otra semana.

Entiendo que este formulario es una herramienta que me ayuda a programar las horas de mi proveedor(es). Este horario me ayuda a asegurar que mi proveedor(es) no se pase de mis horas mensuales autorizadas.

**INSTRUCCIONES:**

1. A continuación, en la Columna A, escriba los nombres de todos los proveedores que usted quiere que le proporcionen servicios.
2. A continuación, en la Columna B, escriba el número del proveedor de cada uno de sus proveedores. (El número está escrito en el reporte de horas trabajadas.)
3. A continuación, en la Columna C, escriba el total de máximo de horas asignadas por semana a cada uno de sus proveedores.
4. El **TOTAL** del máximo de horas semanales para todos sus proveedores (Columna C) tiene que ser la misma suma del total máximo de horas semanales de sus horas de servicio.

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
NOMBRE DEL PROVEEDOR (PRIMER, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	NÚMERO DEL PROVEEDOR	HORAS ASIGNADAS POR SEMANA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
<b>TOTAL MÁXIMO DE HORAS SEMANALES AUTORIZADAS DEL BENEFICIARIO</b>		<b>POR SEMANA:</b>

**CONFIRMACIÓN DEL BENEFICIARIO:**

- Entiendo que al completar y presentar este formulario al Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) del Condado, estoy programando las horas autorizadas para los proveedores mencionados a continuación.
- Entiendo que es mi responsabilidad programar un horario para cada proveedor para que el total de horas trabajadas por todos mis proveedores no exceda el número máximo de mis horas semanales o mis horas mensuales autorizadas.
- Entiendo que en ciertas circunstancias puedo ajustar mis horas semanales autorizadas, pero que mis horas mensuales autorizadas no cambian a menos de que yo reciba una nueva "Notificación de acción" con una nueva autorización del Condado.
- Entiendo que el programa de IHSS no le pagará a mis proveedores por las horas en exceso si el número de horas que ellos me proveen servicios exceden mis horas mensuales autorizadas. Si mis proveedores trabajan más de mis horas mensuales autorizadas o si proporcionan servicios que no están autorizados por el programa de IHSS, es mi responsabilidad pagar por esas horas adicionales de servicio.
- Entiendo que si quiero que las horas semanales asignadas a mis proveedores permanezcan iguales y que los reportes de horas trabajadas de mis proveedores siempre sean procesados con las horas que les he asignado, pediré y completaré el formulario "Petición del beneficiario para la asignación de horas autorizadas para proveedores" (SOC 838) y se lo entregaré al Condado.

FIRMA DEL BENEFICIARIO		FECHA
NOMBRE DEL BENEFICIARIO (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)		
REPRESENTANTE AUTORIZADO (SI EL BENEFICIARIO NO PUEDE FIRMAR POR SÍ MISMO)	PARENTESCO CON EL BENEFICIARIO	NÚMERO DE TELÉFONO
FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO		FECHA

**CONFIRMACIÓN DEL PROVEEDOR:**

- Entiendo que al firmar este formulario estoy de acuerdo con el horario de trabajo y estoy de acuerdo en no trabajar para el beneficiario más horas de las que se me han asignado, a menos de que el beneficiario ajuste el horario programado de las horas.
- Entiendo que si trabajo más de las horas autorizadas del beneficiario, esos servicios no son considerados como parte del programa de IHSS y no serán pagados por el programa de IHSS. Es la responsabilidad de mi beneficiario proporcionar el pago por esas horas adicionales. El programa de IHSS solamente paga por servicios y horas autorizadas del programa de IHSS
- Entiendo que tengo que cumplir con los requisitos del programa que están escritos en el formulario "Acuerdo de inscripción para proveedores" (SOC 846).

1. FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
NOMBRE DEL PROVEEDOR #1 EN LETRA DE MOLDE	NÚMERO DE TELÉFONO
2. FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
NOMBRE DEL PROVEEDOR #2 EN LETRA DE MOLDE	NÚMERO DE TELÉFONO
3. FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
NOMBRE DEL PROVEEDOR #3 EN LETRA DE MOLDE	NÚMERO DE TELÉFONO
4. FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
NOMBRE DEL PROVEEDOR #4 EN LETRA DE MOLDE	NÚMERO DE TELÉFONO
5. FIRMA DEL PROVEEDOR	FECHA
NOMBRE DEL PROVEEDOR #5 EN LETRA DE MOLDE	NÚMERO DE TELÉFONO

**FOR COUNTY USE ONLY (SOLAMENTE PARA USO DEL CONDADO)**

WORKER NAME (FIRST MIDDLE LAST):	WORKER PHONE: