

**Health and Human Services
Department**

Sherri Z. Heller, Ed. D.
Director



Divisions

Behavioral Health Services
Child Protective Services
Department Administration
Primary Health Services
Public Health
Senior and Adult Services

County of Sacramento

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
DESIGNACION DE UN PROVEEDOR ELEGIDO POR EL BENEFICIARIO**

Instrucciones:

- Use una pluma de tinta negra o azul. Escriba claramente la información con letra de molde.
- Usted (o su representante autorizado legalmente) tiene que llenar las dos páginas de este formulario para comunicarle al Condado a quién usted ha escogido para proporcionale sus servicios.
- Usted (o su representante autorizado legalmente) tiene que firmar la declaración que aparece a continuación para indicar que entiende y está de acuerdo con todos los términos y condiciones anotados.
- Si usted tiene más de un proveedor, tiene que llenar un formulatio por separado para cada persona que le proporcionará servicios.
- Por favor devuelva este formulario al Condado. El Condado mantendrá el formulario original y le dará una copia a usted.
- Usted tiene que avisarle al Condado si cambia a su proveedor (es). Tiene que avisarle al Condado antes de que pasen 10 días consecutivos contados a partir de la fecha del cambio.

Nombre del beneficiario:	
Número del caso de IHSS del Condado	
Nombre del proveedor::	
Número del Seguro Social del proveedor:	
Sexo del proveedor (marque la casilla)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento del proveedor	
Dirección del proveedor:	
Ciudad, estado, código postal del proveedor :	
Número de teléfono del proveedor:	
Relación/parentesco del proveedor con el beneficiario (si hay alguna):	<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Esposa(o) Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Curador legal <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otra: _____
Fecha en que va a empezar el proveedor:	

Sacramento County IHSS
9750 Business Park Drive
Sacramento, CA 95827
(916) 874 9471 Fax: (916) 876-8706

DECLARACION DEL BENEFICIARIO

- DECLARO que la persona mencionada anteriormente es la persona que he elegido para que me proporcione los servicios del Programa de IHSS como ha sido autorizado por el Condado.
- ENTIENDO que el proveedor mencionado anteriormente no puede recibir pago con fondos de IHSS federales ni del Estado por servicios que se me hayan proporcionado hasta que él/ella haya completado todo el proceso de inscripción para proveedores, el cual incluye completar, firmar y devolver en persona el formulario SOC 426, “Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) – Formulario de inscripción para proveedores”, presentar las huellas dactilares, y recibir la aprobación de antecedentes a través de la revisión de antecedentes penales, completar una orientación para proveedores, y firmar y devolver el formulario SOC 846, “Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) – Acuerdo de inscripción para proveedores”.
- ENTIENDO que el Condado me informará si la persona que he elegido para que sea mi proveedor no completa el proceso de inscripción para proveedores, o si se determina que él/ella no es elegible para ser un proveedor.
- ENTIENDO que si la persona mencionada anteriormente ha sido declarada culpable de un delito mayor (felony) el cual requiere que yo presente una exención de proveedor para que esa persona pueda trabajar para mí como proveedor de IHSS, dicha persona no puede firmar el documento de exención como mi representante autorizado.
- **ENTIENDO que si yo elijo recibir servicios de esta persona antes de que él/ella se inscriba como proveedor, y se determina más tarde que él/ella no es elegible, o después de que se me haya informado que él/ella no es elegible, entonces yo seré responsable de pagarle con mi propio dinero.**
- ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO en que ni el Condado ni el Estado son responsables de ningún reclamo y/o pérdida de cualquier persona causados por la persona mencionada anteriormente a quien yo elijo para que sea mi proveedor de IHSS. Estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad al Estado y al Condado, sus oficiales, agentes, y empleados, y yo tomo la responsabilidad de cualquier y todos los reclamos y/o pérdidas de cualquier persona causados por la persona mencionada anteriormente a quien yo elijo para que sea mi proveedor de IHSS.
- ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO en que el Condado le proporcione al proveedor mencionado anteriormente información acerca de mis servicios autorizados y las horas de servicio.

FIRMA DEL BENEFICIARIO O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO LEGALMENTE:	FECHA
NOMBRE ESCRITO CON LETRA DE MOLDE:	

Si es Aplicable:

PETICION PARA BORRAR A UN PROVEEDOR DE SERVICIOS:

Nombre del proveedor que se debe borrar:	
Seis últimos dígitos del número del Seguro Social del proveedor:	
Fecha del último día que el proveedor trabajó para usted (mes, día, año)	

Nombre del proveedor que se debe borrar:	
Seis últimos dígitos del número del Seguro Social del proveedor:	
Fecha del último día que el proveedor trabajó para usted (mes, día, año)	