NÚMERO DEL PROVEDOR _____

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
ACUERDO DEL PROVEEDOR SOBRE LA SEMANA LABORAL Y EL TIEMPO DE TRASLADO

(Para ser completado por el proveedor que proporciona servicios autorizados a múltiples beneficiarios)

NOMBRE DEL PROVEEDOR:	NÚMERO DEL PROVEEDOR:

PARTE A. HORARIO DE LA SEMANA LABORAL

REQUISITOS PARA LOS PROVEEDORES:

- La ley del Estado (Sección 12300.4 del Código de Bienestar e Instituciones) limita el total de horas en una semana laboral que los proveedores de los programas de IHSS *(In-Home Supportive Services)* y Servicios de Cuidado Personal por Exensión *(Waiver Personal Care Services - WPCS)* pueden proporcionar servicios de IHSS y WPCS. Un proveedor que trabaja para más de dos beneficiarios no puede trabajar más de 66 horas por semana laboral.
- La cantidad máxima para cada semana laboral no incluye el tiempo de traslado como se describe a continuación en la Parte B. La semana laboral empieza el domingo a las 12:00 a.m. (media noche) y termina a las 11:59 p.m. del siguiente sábado.
- Los beneficiarios reciben servicios autorizados mensualmente y se les limita a recibir una cantidad fija de esos servicios semanalmente, basado en la ley estatal. Usted recibirá una notificación diciéndole cuantas horas de servicio autorizadas cada uno de sus beneficiarios recibirá semanal y mensualmente. No debe trabajar más de las horas mensuales autorizadas para ese beneficiario. Sin embargo, usted puede trabajar más de las horas semanales autorizadas para un beneficiario, en algunas circumstancias. Un beneficiario puede ajustar sus horas semanales autorizadas, pero él tiene que recibir aprobación del Condado si es que el ajuste resulta en que un proveedor trabaje horas extras en el mes (más horas que las que normalmente trabajaría el proveedor) o resulte en que el proveedor trabaje más de 40 horas para el beneficiario en cualquier semana laboral (cuando el beneficiario está autorizado a recibir 40 horas o menos de 40 horas de servicios en una semana laboral).
- Como proveedor, su responsabilidad es:
    - Asegurarse de que el total de la combinación de horas que usted trabaja en una semana laboral proporcionando servicios autorizados para todos los beneficiarios para quien usted trabaja no es más de un total de 66 horas en una semana laboral.

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

- Asegurarse de que las horas que usted trabaja proporcionando servicios para alguno de sus beneficiarios no sean más que las horas de servicio autorizadas para la semana de ese beneficiario, a menos de que las horas estén ajustadas correctamente.
- Asegurarse de que si uno de sus beneficiarios ajusta sus horas semanales autorizadas para que usted trabaje más que la cantidad normalmente autorizada, usted tiene que trabajar menos horas la semana previa o trabajar menos horas la siguiente semana para asegurarse de que usted no trabaje más horas que las horas mensuales autorizadas del beneficiario.

- Usted recibirá una infracción si usted presenta un reporte de horas trabajadas en el cual usted no cumple con el horario de la semana laboral en alguna de las siguientes maneras:

  Trabaja para un beneficiario más de 40 horas en una semana laboral (sin la aprobación del Condado), si es que al beneficiario se le han autorizado 40 horas (o menos de 40 horas) en una semana laboral;

  Trabaja para un beneficiario más horas de las que él está autorizado a recibir en una semana laboral (sin la aprobación del Condado) y eso causa que usted trabaje más horas extras de las que usted trabajaría normalmente;

  Trabaja para varios beneficiarios y trabaja más de 66 horas en una semana laboral;

  Pone un reclamo por más de siete horas de tiempo de traslado (ver la Parte B de este acuerdo).

- Si usted comete una infracción en el horario de su semana laboral en alguna de las maneras descritas arriba, recibirá lo siguiente:

Primera infracción	• Usted y su beneficiario(s) recibirán una notificación de la infracción junto con información acerca de los derechos para una apelación. • Usted y su beneficiario(s) recibirán una notificación de la infracción y podrán elegir completar un entrenamiento (por una sola vez) acerca de los límites en la semana laboral y el tiempo de traslado.
Segunda infracción	• Usted y su beneficiario(s) recibirán una notificación de la infracción junto con información acerca de los derechos para una apelación. Si no completa el entrenamiento antes de que pasen 14 días consecutivos contados a partir de la fecha de la notificación de la infracción, usted recibirá una notificación de su segunda infracción junto con información acerca de los derechos para una apelación.

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

Tercera infracción	• Usted y su beneficiario(s) recibirán una notificación de la tercera infracción junto con información acerca de los derechos para una apelación. • Será suspendido como proveedor de IHSS bajo el programa de IHSS por tres meses.
Cuarta infracción	• Usted y su beneficiario(s) recibirán una notificación de la cuarta infracción junto con información acerca de los derechos para una apelación. • Será suspendido como proveedor de IHSS bajo el programa de IHSS por un año.

INSTRUCCIONES: Tiene que completar la gráfica que aparece en la siguiente página para ayudarle a planear su horario de la semana laboral. Su horario tiene que incluir servicios proporcionados a todos los beneficiarios para quien trabaja y no debe de ser por más de 66 horas en una semana laboral. Se le notificará del total de horas autorizadas por semana para cada uno de sus beneficiarios en el formulario "Notificación para el proveedor acerca de las horas y servicios autorizados del beneficiario y el máximo de horas por semana" (SOC 2271).

1. En la Columna A, escriba el **nombre** de cada uno de los beneficiarios a quien le proporciona servicios.
2. En la Columna B, escriba el **número de caso** para cada uno de los beneficiarios anotados en la Columna A.
3. En la Columna C, escriba la **dirección** de cada uno de los beneficiarios anotados en la Columna A.
4. En la Columna D, escriba el número total de horas por día (para cada día de la semana) que usted trabaja o planea trabajar proporcionando servicios autorizados de IHSS para cada uno de los beneficiarios anotados en la Columna A.
5. En la Columna E, sume el total de horas para cada día en la Columna D que usted trabaje o planee trabajar proporcionando servicios autorizados para cada uno de los beneficiarios anotados en la Columna A y en la Columna E escriba el total de número de horas por semana para cada uno de los beneficiarios.
6. En la parte de abajo de la Columna E, sume el número total de horas que trabaje o planee trabajar proporcionando servicios de IHSS autorizados para todos sus beneficiarios cada semana.

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

A	B	C			D							E
Nombre del beneficiario	**Número de caso del beneficiario**	**Dirección del beneficiario**			**Número total de horas que yo trabajo o planeo trabajar**							**Total de horas**
		Dirección de la calle	**Ciudad**	**Código postal**	**Domingo**	**Lunes**	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**	
												0
												0
												0
												0
												0
TOTAL DE HORAS QUE TRABAJO O PLANEO TRABAJAR PROPORCIONANDO SERVICIOS AUTORIZADOS PARA TODOS LOS BENEFICIARIOS:												

PARTE B. TIEMPO DE TRASLADO

REQUISITOS PARA LOS PROVEEDORES:

- Si durante el mismo día de trabajo, usted viaja del lugar de un beneficiario al lugar de otro beneficiario para poder proporcionar servicios autorizados de IHSS a ambos beneficiarios, usted puede recibir un pago por ese tiempo de traslado, pero ese tiempo no puede ser más de siete horas por semana laboral. Estas siete horas son aparte, y no se incluyen en el límite para la semana laboral mencionado anteriormente que es de 66 horas (menos cualquier reducción requerida).
- Para recibir un pago por el tiempo de traslado, usted tiene que viajar directamente del lugar de un beneficiario al lugar de otro beneficiario sin parar en otros lugares. Si hace una parada breve en el camino para el segundo beneficiario, tal como para poner gasolina, tal viaje todavía se consideraría directo. Sin embargo, si usted se detiene para llevar a cabo asuntos personales, o si regresa a su casa, usted solamente puede recibir pago por el tiempo que le tomaría viajar entre los dos lugares en donde proporcione servicios sin tomar en cuenta las paradas personales.

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

- Si el total de tiempo de traslado previsto será más de siete horas, usted necesitará ajustar su horario de trabajo para que su tiempo de traslado sea menos de siete horas.

¿Tiene planes de viajar de un lugar donde proporciona servicios autorizados para un beneficiario a otro lugar donde proporciona servicios autorizados para un beneficiario diferente durante el mismo día?

☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si su respuesta es "NO", no necesita completar la PARTE B. Vaya directamente a la PARTE C.

INSTRUCCIONES PARA LA PARTE B: Usted tiene que completar esta sección para ayudar a planear el tiempo de traslado para el cual puede recibir un pago y para que el total de tiempo de traslado para la semana no sea más de 7 horas. Debido a que usted está viajando, es posible que sea necesario que usted proporcione pruebas del tiempo y las millas.

1. En la Columna A a continuación, escriba el nombre(s) del beneficiario(s) donde va a empezar su viaje.
2. En la Columna B a continuación, escriba el nombre(s) del beneficiario(s) a donde va a viajar.
3. En la Columna C a continuación, escriba la distancia (en millas) para viajar directamente del lugar de un beneficiario al lugar del otro beneficiario.
4. En la Columna D a continuación, escriba cuánto tiempo (en minutos) usted calcula que se toma viajar directamente del lugar de un beneficiario al lugar del próximo beneficiario.
5. En la Columna E a continuación, escriba cuántos días en la semana laboral usted planea viajar del lugar de un beneficiario al lugar del otro beneficiario durante el mismo día.
6. En la Columna F, multiplique la cantidad de tiempo que usted calcula que se toma viajar directamente del lugar de un beneficiario al lugar del próximo beneficiario (Columna D) por el número de días que usted viajará entre los lugares de los beneficiarios cada semana laboral (Columna E) para indicar el total del tiempo de traslado entre los lugares de los dos beneficiarios (Columnas A y B).
7. Sume el total del tiempo anotado en las líneas de la Columna F y escriba el total en la parte de abajo de la Columna F.

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

PARTE B. TIEMPO DE TRASLADO

A	B	C	D	E	F
Nombre de los beneficiarios entre los cuales usted va a viajar		Distancia entre los lugares de los beneficiarios (en millas)	Cálculo del tiempo de traslado entre los lugares de los beneficiarios (en minutos)	Número de días que usted viajará entre los lugares de los beneficiarios cada semana laboral	Cálculo del total de tiempo de traslado entre los lugares de los beneficiarios cada semana laboral (Col. D x Col. E)
De	A				
					0
					0
					0
					0
CÁLCULO DEL TOTAL DE TIEMPO DE TRASLADO PARA CADA SEMANA LABORAL:					0

¿Cómo va usted a viajar entre los lugares de los beneficiarios?

☐ VEHÍCULO* ☐ TRANSPORTE PÚBLICO ☐ OTRO Especifique: _____

**** Si va a manejar para viajar a los lugares de los beneficiarios, usted tiene que tener una licencia de manejar de California válida, pruebas de seguro, y su vehículo tiene que tener un registro válido. Si no tiene una licencia de manejar de California válida, prueba de seguro, o registro de vehículo válido, usted no puede legalmente manejar su vehículo para el propósito de proporcionar IHSS. Usted tiene que escoger una forma de transporte diferente tal como el transporte público. Si usted ha escogido manejar y hay un cambio negativo en su situación para el derecho legal de manejar su vehículo (es decir, su licencia de manejar de California, seguro de automóvil, o registro de vehículo se vence o ya no es válida), usted tiene que informar al Condado y seleccionar otra forma diferente de transporte. Si no le informa al Condado acerca de este cambio en su situación, usted se considerará en violación de los requisitos del Programa de IHSS y es posible que no se le permita ser proveedor.***

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

PARTE C. ACUERDO DEL PROVEEDOR

Declaro que he leído y entiendo los requisitos como aparecen en este documento y estoy de acuerdo en cumplir con estos requisitos. Además, declaro que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en notificar al Condado antes de que pasen 10 días consecutivos si cambia cualquier información que he proporcionado en este "Acuerdo del proveedor sobre la semana laboral y el tiempo de traslado"; y dependiendo sobre cuál información ha cambiado, es posible que se requiera que complete un nuevo formulario SOC 2255.

FIRMA DEL PROVEEDOR:	FECHA:
NOMBRE DEL PROVEEDOR ESCRITO CON LETRA DE MOLDE:	

(SOLO PARA USO DEL CONDADO) FOR COUNTY USE ONLY

WORKER NAME:	DATE:
ESTIMATED TRAVEL TIME REVIEWED: YES ☐ NO ☐	SOURCE USED TO VERIFY TRAVEL TIME:
NOTES:	