

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

**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 Exención (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. (medianoche) 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 cuántas 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 circunstancias. 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 extra en el mes (más horas que las que normalmente trabajaría el proveedor) o 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 sea más de un total de 66 horas en una semana laboral.
 - 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 que las horas estén ajustadas correctamente.

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

- Si uno de sus beneficiarios ajusta sus horas semanales autorizadas para que usted trabaje más que la cantidad normalmente autorizada, asegúrese de que usted trabaje menos horas la semana previa o la siguiente semana para asegurarse de que usted no trabaje más horas mensuales autorizadas o más horas extras de las que normalmente trabaja.
- 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 extra 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 (vea 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	<ul style="list-style-type: none"> • Usted y su beneficiario(s) recibirán una notificación de la infracción junto con información acerca de los derechos para una apelación.
Segunda infracción	<ul style="list-style-type: none"> • 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. Si elige completar el entrenamiento, usted no recibirá una segunda infracción. • Si elige no completar el entrenamiento dentro de los 14 días calendario a partir de la fecha de la notificación, se le enviará una notificación de su segunda infracción junto con la información acerca de los derechos para una apelación.
Tercera infracción	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

INSTRUCCIONES: Debe completar el cuadro a continuación para ayudarle a planificar su horario de semana laboral. Su horario debe incluir los servicios proporcionados a todos los beneficiarios para quien usted trabaja y no debe tener más de 66 horas en cualquier 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” (SOC 2271). Si tiene más de dos proveedores, adjunte hojas adicionales.

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 **fecha de inicio** en la que comenzó a trabajar para cada beneficiario anotado en la Columna A.
4. En la Columna D, escriba la **dirección** de cada beneficiario anotado en la Columna A.
5. En la Columna E, 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 beneficiario anotado en la Columna A.
6. Para la Columna F, sume el número total de horas para cada día en la Columna E que usted trabaja o planea trabajar proporcionando servicios autorizados de IHSS para cada beneficiario anotado en la Columna A y escriba el número total de horas de la semana para cada beneficiario en la Columna F.
7. En la parte de abajo de la Columna F, sume el número total de horas que trabaja o planea trabajar proporcionando servicios de IHSS autorizados para todos sus beneficiarios cada semana.

A	B	C	D			E							F		
Nombre del beneficiario	Número de caso del beneficiario	Fecha de inicio	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			
TOTAL DE HORAS QUE TRABAJO O PLANEO TRABAJAR PROPORCIONANDO SERVICIOS AUTORIZADOS PARA TODOS LOS BENEFICIARIOS:															

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

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 de las 66 horas anteriormente mencionadas.
- Para recibir un pago por el tiempo de traslado, usted tiene que viajar directamente del lugar de un beneficiario al lugar del 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 proporciona servicios sin tomar en cuenta las paradas personales.
- 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.

¿Planea viajar de un lugar donde proporciona servicios autorizados a otro lugar donde proporciona servicios autorizados a otro beneficiario directamente durante el mismo día?

SÍ **NO**

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

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

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

NÚMERO DEL PROVEEDOR _____

A	B	C	D	E	F	G
Nombre de los beneficiarios entre los cuales usted va a viajar		Fecha de inicio	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	Tiempo cálculo del total de traslado entre los lugares de los beneficiarios cada semana laboral (Col. E x Col. F)
De	A					

CÁLCULO DEL TOTAL DE TIEMPO DE TRASLADO PARA CADA SEMANA LABORAL:

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

- VEHÍCULO* TRANSPORTE PÚBLICO OTRO Especifique:

Si va a conducir para viajar entre los beneficiarios, debe tener una licencia de conducir de California válida y una prueba de seguro, y el vehículo que utiliza debe tener el registro actual. Si no tiene una licencia de conducir de California válida, prueba de seguro o registro actual del vehículo, usted no está legalmente autorizado para conducir un vehículo. Debe elegir un medio de transporte diferente, como el transporte público. Si ha elegido conducir y hay un cambio negativo en el estado de su derecho legal para conducir un vehículo (es decir, su licencia de conducir de California, su seguro de automóvil o el registro del vehículo se vence o ya no es válido), debe informarle a su beneficiario y elegir un medio de transporte diferente. Si no le informa a su beneficiario de este cambio de situación, esto se considerará una infracción de los requisitos del programa de IHSS y su beneficiario podrá cancelar sus servicios.

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:

WORKER NAME:

DATE:

ESTIMATED TRAVEL TIME REVIEWED: YES NO

SOURCE USED TO VERIFY TRAVEL TIME:

NOTES: