

IHSS

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR



Lista de los temas que aprenderé hoy sobre IHSS

Descripcion
del IHSS

Requisitos

Proceso

Proveedor
(requisitos y
beneficios)

Apelacion

Reporte de
Pago
(Timesheets)

REQUISITOS



SSI



MEDICAL



CONDICION
MEDICA

PROCESO Y CRONOGRAMA DEL IHSS



Paso 1

Aplicacion

Persona responsable

Telefono disponible



Paso 2

Llamada del Condado

1 ½ semana

Confirmar datos



Paso 3

Visita de
asesoramiento en
casa



Paso 4

2-3 semanas

Notificacion de Accion
(NOA)

APLICACION

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

SOLICITUD PARA SERVICIOS SOCIALES

Al solicitante: Tienen que completarse todas las secciones de este formulario. La información proporcionada está sujeta a verificación.

NOTA: Retenga su copia de su solicitud completada. Con respecto a su número de Seguro Social, es obligatorio que usted proporcione su número(s) de Seguro Social como lo requiere la Sección 42 del Código de los Estados Unidos (USC) 405 y la Sección 30-769.71 del Manual de Prácticas y Procedimientos. Esta información se usará para determinar la elegibilidad y coordinar información con otras oficinas públicas.

Fecha de la solicitud:	Número del caso (si se conoce):
------------------------	---------------------------------

Sección 1 – Información personal

Nombre:		Número de Seguro Social:
Dirección:		Ciudad:
Estado:	Código postal:	Teléfono:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Sección 2 – Información sobre los veteranos

¿Es usted veterano?	¿Es el esposo(a)/hijo de un veterano?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre del veterano y el número de reclamo.	

Sección 3 – Información sobre los Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)/Pagos Suplementarios del Estado (SSP)

¿Recibe beneficios de SSI/SSP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", marque la clase de arreglos de su vivienda:	
<input type="checkbox"/> Vivo independientemente <input type="checkbox"/> Cuarto y comida <input type="checkbox"/> Hogar de otro	

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Servicios que se están solicitando:

Sección 4 – Información sobre los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado

¿Ha recibido Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente.	
Fecha y condado donde se recibió el servicio la última vez:	
Total de horas por mes:	Nombre que se usó (si es diferente al de arriba):

Sección 5 – Información sobre el hogar

Anote los miembros de la familia en el hogar:

Nombre del	Esposo/esposa	Padre/madre
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Nombre del	Niño	Otro pariente
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Nombre del	Niño	Otro pariente
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	
Nombre del	Niño	Otro pariente
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	

APLICACION

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Nombre del Niño	Otro parenta
Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:

Sección 6 – Información sobre el origen étnico y el idioma

La ley requiere que se reúna información relacionada al origen étnico y el idioma primario. Si usted no completa esta sección, el personal de servicios sociales tomará una determinación. La información no afectará su elegibilidad para el servicio.

A. Mi origen étnico es: (Vea la página 7 para una lista de grupos étnicos)	B. Hablo y entiendo inglés: Si no es el inglés, mi idioma primario es: (Vea la página 7 para una lista de idiomas)	Si	No
---	--	----	----

Sección 7 – Adaptaciones de la comunicación

Para hacer las adaptaciones apropiadas para los solicitantes ciegos o con discapacidades visuales, la información de IHSS ahora está disponible en los siguientes formatos alternativos. Por favor indique cual formato prefiere, si es que aplica. El proveer información en esta sección no afectará su elegibilidad para los servicios.

Soy ciego:	Si	No
------------	----	----

Si la respuesta es "Si", por favor elija uno de los siguientes para cada uno de los tres tipos de documentos enumerados del DSS.

Para Notificaciones de Acción:	No se necesitan adaptaciones			
Braille	CD de audio	CD de datos	Apoyo del Condado	
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)				
Para formularios requeridos por IHSS:	No se necesitan adaptaciones			
Braille	CD de audio	CD de datos	Apoyo del Condado	
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)				

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Para reportes de horas trabajadas:	No se necesitan adaptaciones	
Sistema telefónico (4 dígitos del RAN:)	Apoyo del Condado	
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)		

Tengo discapacidades visuales:	Si	No
--------------------------------	----	----

Si la respuesta es "Si", por favor elija uno de los siguientes para cada uno de los tres documentos enumerados de DSS.

Para Notificaciones de Acción:	No se necesitan adaptaciones		
Letra tamaño 18	CD de audio	CD de datos	Apoyo del Condado
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)			

Para formularios requeridos por IHSS:	No se necesitan adaptaciones		
Documentos en Braille	Letra tamaño 18	Apoyo del Condado	
CD de audio	CD de datos	Apoyo del Condado	
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo requerido)			

Para reportes de horas trabajadas:	No se necesitan adaptaciones	
Letra tamaño 18	Apoyo del Condado	
(Si necesita apoyo del Condado, describa el apoyo que necesita, incluyendo servicios para ciegos solamente)		

Sección 8 – Afirmación

Afirmo que la información anterior es verdadera según mi mejor saber, entender y creencia. Estoy de acuerdo en cooperar completamente si en el futuro se requiere verificación.

También entiendo que como empleador de mi proveedor de IHSS, soy responsable de:

- 1) Contratar, entrenar, supervisar, preparar un horario y, cuando sea necesario, despedir a mi proveedor(es).

APLICACION

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

- 2) Asegurar que el total de horas que reporten todos los proveedores que trabajen para mí no sean más que el límite de horas autorizadas de IHSS para cada mes.
- 3) Enviar a cualquier persona que yo quiera contratar a la Oficina de IHSS del Condado para que complete el proceso de elegibilidad para proveedores.
- 4) Notificar a la Oficina de IHSS del Condado cuando contrate o despidiera a un proveedor.

Además, entiendo y estoy de acuerdo con los siguientes términos y limitaciones relacionados con el pago por servicios del Programa de IHSS:

- 1) Para que una persona reciba pago del Programa de IHSS, tiene que ser un proveedor elegible y aprobado por IHSS.
- 2) Si elijo que una persona trabaje para mí y dicha persona no ha sido aprobada como proveedor elegible de IHSS, yo seré responsable de pagarle a él/ella si esa persona es aprobada.
- 3) El Programa de IHSS no pagará por ningún servicio que se me haya proporcionado hasta que mi solicitud de servicios sea aprobada y luego solamente pagará aquellos servicios que estén autorizados por el Programa de IHSS para que yo los reciba.
- 4) Yo seré responsable de pagar cualquier servicio que yo reciba y que no esté incluido en mi autorización de IHSS.

También entiendo y estoy de acuerdo en cooperar con lo siguiente como parte de mi elegibilidad para IHSS:

Para promover la integridad del Programa, es posible que reciba visitas no anunciadas a mi hogar y que yo, o mi proveedor(es), reciba cartas identificando preocupaciones relacionadas a los requisitos del Programa. Dichas cartas serán enviadas por el Departamento de Servicios de Cuidado de la Salud (DHCS), el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS), y/o el Condado en donde yo recibo servicios.

El propósito de las visitas y las cartas es asegurar que los requisitos del Programa se estén cumpliendo y que los servicios autorizados sean necesarios para que usted permanezca en su hogar de una manera segura. La visita también verificará que los servicios autorizados se estén proporcionando, que la calidad de esos servicios sea aceptable, y que el bienestar de usted esté protegido.

Si se descubre que los servicios del Programa de IHSS no se requieren o no se están proporcionando adecuadamente, es posible que usted y/o su proveedor estén sujetos a una investigación de fraude de Medi-Cal (Asistencia Médica de California). Si se comprueba un fraude, usted y/o su proveedor serán enjuicados por fraude en Medi-Cal.

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Sección B – Firma(s)

Firma del solicitante:	Fecha:
Firma del representante del solicitante (solamente si aplica):	Fecha:
Relación/parentesco del representante con el solicitante (solo si aplica):	Número de teléfono del representante (solo si aplica):
Dirección del representante (solo si aplica):	

Para reportar alguna sospecha de fraude o abuso del suministro o recibo de servicios de IHSS, por favor llame a la línea de información acerca del fraude, 1-800-822-6222, envíe un correo electrónico a stopmedicalfraud@dhs.ca.gov, o vaya al sitio web <http://www.dhs.ca.gov/individuals/Pages/StopMed-CalFraud.aspx>

(SOLO PARA USO DE LA OFICINA) FOR AGENCY USE ONLY

Income Eligible:		Status Eligible:		Verification
Yes	No	Yes	No	
Signature of Social Worker or Agency Representative:				Telephone Number:
Recipient Status: Refugee Cuban/Haitian Entrant		Source of Verification for Refugee or Entrant Status (explain):		

APLICACION

STATE OF CALIFORNIA – HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Códigos para los grupos étnicos:

1. Blanco.
2. Hispano
3. Negro.
4. Otro asiático o isleño del Pacífico.
5. Indígena americano o nativo de Alaska.
7. Filipino
- C. Chino.
- H. Camboyano.
- J. Japonés.
- K. Coreano.
- M. Samoano.
- N. Indú
- P. Hawaiano
- R. Guameño.
- T. Laotiano.
- V. Vietnamita

Códigos para los idiomas:

- O. Idioma americano de señas (AMISLAN o ASL).
1. Español – Se enviará la notificación en español.
2. Cantonés
3. Japonés.
4. Coreano.
5. Tagalo
6. Otro que no es inglés.
7. Inglés.
9. Español – se enviará la notificación en inglés.
- A. Otro idioma de señas.
- B. Mandarín.
- C. Otros idiomas chinos.
- D. Camboyano.
- E. Armenio.
- F. Italo.
- G. Níon.
- H. Hmong.
- I. Laotiano.
- J. Turco.
- K. Hebreo.
- L. Francés.
- M. Polaco.
- N. Ruso.
- P. Portugués.
- Q. Italiano.
- R. Árabe.
- S. Samoano.
- T. Tailandés.
- U. Farsi
- V. Vietnamita

LLAMADA TELEFONICA



This Photo by Unknown Author is licensed under CC BY

VISITA A CASA



This Photo by Unknown Author is licensed under CC BY-SA-NC

NOTIFICACION DE ACCION (NOA) 2-3 semanas

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
NOTIFICACION PARA EL PROVEEDOR ACERCA DE LAS HORAS Y SERVICIOS AUTORIZADOS DEL BENEFICIARIO Y EL MÁXIMO DE HORAS POR SEMANA

Fecha de la Notificación: 09/01/2019
Nombre del proveedor: [REDACTED]

Usted está recibiendo esta notificación porque es un proveedor de IHSS para [REDACTED]

Esta notificación es para informarle de las horas autorizadas mensualmente para su beneficiario y qué servicios usted puede proporcionar para su beneficiario.

Las horas mensuales autorizadas para su beneficiario son 96.00.

El máximo de horas por semana para su beneficiario son el número de horas autorizadas por mes dividido entre 4.0, 24.00.

La tabla en las páginas 2 y 3 indica los servicios que se han autorizado para su beneficiario (los cuales están marcados con una "X"), junto con una breve descripción de los tipos de trabajo que se pueden hacer como parte de cada servicio. Solamente se le pagará a usted por proporcionar servicios autorizados que estén marcados.

Su beneficiario es responsable de crear un horario de trabajo para usted para acomodar el máximo de horas por semana y las horas autorizadas por mes. Por favor, tome en consideración que si su beneficiario tiene más de un proveedor, es posible que esté limitada la cantidad de servicios que usted proporciona ya que su beneficiario puede programar a otros proveedores para estos servicios. El total de horas trabajadas por todos los proveedores no puede ser más que el máximo de horas por semana y el total de horas autorizadas por mes para el beneficiario. El Programa de IHSS no le pagará a usted por ninguna hora que sea más que las horas autorizadas para el beneficiario para el mes.

Si está trabajando para más de un beneficiario, usted podrá trabajar hasta 66 horas por semana. Usted es responsable de informar a cada uno de sus beneficiarios de las horas que estará disponible para trabajar para él/ella, tome en consideración las horas que trabaje para otros beneficiarios para asegurarse que no exceda las 66 horas por semana. Si trabaja más que las horas autorizadas por semana para su beneficiario sin que el beneficiario reciba aprobación del Condado, es posible que usted reciba una infracción. Sin embargo, su beneficiario puede ajustar las horas autorizadas por semana, bajo circunstancias específicas, sin la aprobación del Condado.

Si usted es el único proveedor para su beneficiario, podrá trabajar hasta el máximo de horas por semana y por mes de su beneficiario.

SOC 2271 (09/11/15) PAGE 1 OF 4

NOTIFICACION DE ACCION (NOA) continuacion.....

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Autorización	Tipo de servicio	Descripción de los servicios
	Cuidado y ayuda con dispositivos protésicos (prótesis) y medicinas	Poner, quitar, y dar mantenimiento y limpiar aparatos de prótesis, incluyendo aparatos para la vista/aparatos del oído; recordarle al beneficiario que se tome sus medicinas recetadas y sus medicinas sin receta, y poner las medicinas en grupos. MPP 30-757.14(i)
X	Acompañamiento a citas médicas	Acompañar al beneficiario durante viajes necesarios de ida y vuelta a citas relacionadas a la salud. Si se requiere que usted se quede para proporcionar servicios autorizados para su beneficiario durante la cita, se le pagará por el tiempo que usted "tenga que quedarse a esperar" para los servicios que se tienen que proporcionar. MPP 30-757.151
	Acompañamiento a recursos alternativos	Acompañar al beneficiario durante viajes necesarios de ida y vuelta a recursos alternativos. MPP 30-757.154
	Limpieza profunda	Limpieza minuciosa de la casa para eliminar escombros y basura peligrosos. (Una sola vez) MPP 30-757.12
	Eliminación de peligros en el patio/jardín	Trabajo ligero en el patio/jardín para quitar pasto demasiado grande o hierbas malas, y desperdicios que pudieran ser un peligro de incendio. MPP 30-757.16
	Eliminación de hielo y nieve	Trabajo ligero en el patio/jardín para quitar el hielo y nieve u otras sustancias peligrosas de las entradas y pasillos esenciales, si es que estos materiales hacen peligroso el acceso a la casa. MPP 30-757.162
	Supervisión protectora	Observar el comportamiento de un beneficiario que no se puede dirigir por sí mismo, está confuso, tiene un impedimento mental o está enfermo mentalmente e intervenir como sea apropiado para proteger al beneficiario para prevenir lesiones, peligros, o accidentes. MPP 30-757.17
	Servicios de enseñanza y demostración	Servicios de enseñanza y demostración que lleva a cabo el proveedor de IHSS para ayudarle al beneficiario a que pueda hacerlo por sí mismo. MPP 30-757.18
	Servicios paramédicos	Servicios que cumplen con las siguientes condiciones: 1) actividades que los beneficiarios normalmente podrían hacer por sí mismos si no tuvieran limitaciones funcionales, 2) actividades que debido a la condición física o mental del beneficiario son necesarias para mantener la salud del beneficiario, y 3) actividades que incluyen la administración de medicinas, pinchan la piel, o introducen un aparato médico en un orificio del cuerpo, actividades que requieren procedimientos estériles, o que requieren una determinación basada en un entrenamiento proporcionada por un profesional en el cuidado de la salud con licencia. MPP 30-757.19

NOTIFICACION DE ACCION (NOA) continuacion...

Cosas importantes que recordar:

- Si necesita información adicional acerca de los servicios que han sido autorizados para su beneficiario y el trabajo que usted tiene que proporcionarlo a sí/ella aparte de lo que se ha indicado en la tabla que aparece en las páginas anteriores, puede revisar las secciones del Manual de Prácticas y Procedimientos (Manual of Policies and Procedures - MPP) que se usan como referencia en la tabla. Este Manual está en la página web del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) en <http://www.cdss.ca.gov/ord/PG310.htm>. También se puede comunicar con la Oficina de IHSS del Condado.
- Es su responsabilidad seguir el horario de la semana laboral que desarrolló su beneficiario.
- Si cambian las horas mensuales de su beneficiario, usted recibirá otra notificación sobre las horas por semana autorizadas indicando el cambio en las horas.
- Las horas que usted puede reclamar en su reporte de horas trabajadas (timesheet) se reducirán si usted empieza o deja de trabajar a mediados del mes.
- Es la responsabilidad del beneficiario pagarle a usted cualquier parte del costo (share of cost) deducida de su cheque de pago.
- Si se trabajan más de las horas mensuales autorizadas del beneficiario, esos servicios no se consideran de IHSS y es la responsabilidad de su beneficiario hacer el pago por esas horas adicionales. El Programa de IHSS solamente paga las horas y servicios autorizados por el Programa de IHSS.
- Comuníquese inmediatamente con la Oficina de IHSS del Condado si su beneficiario es hospitalizado o si él/ella fallece. Sin la aprobación del Condado, usted no puede reclamar horas de trabajo mientras el beneficiario está hospitalizado o después de la fecha que fallece.
- Los impuestos del Seguro Social y los impuestos del Estado para Discapacidad se descuentan automáticamente de su cheque de pago. Para que le descuenten de su cheque de pago los impuestos estatales o federales sobre los ingresos, usted tiene que completar y entregar los formularios W-4 y/o DE-4 a la Oficina de IHSS del Condado.
- Si el beneficiario para quien usted trabaja es su padre/madre, esposa(o), o hijo, es posible que no sea elegible para que le descuenten los impuestos para el Seguro Social ni los impuestos de Medicare o de desempleo.
- Si usted se lesiona mientras está proporcionando servicios de IHSS, comuníquese inmediatamente con la Oficina de IHSS del Condado o con la oficina de autoridad pública.

Si tiene alguna pregunta acerca de la información en esta notificación, o si ya no está trabajando como un proveedor de IHSS, por favor comuníquese con la Oficina de IHSS del Condado.

FELIZ CON LOS BENEFICIOS!





PROVEDORA

PROCESO

Orientacion Obligatorio



PLEASE BRING THE FOLLOWING ITEMS TO THE ORIENTATION:
 1. Copy of your signed Social Security Card; and
 2. Copy of your **valid/unexpired** government-issued photo ID (such as CA Driver's License, ID Card, or U.S. Passport)

AUGUST 2019

UPCOMING SCHEDULE for the In-Home Supportive Services (IHSS) Provider Orientation

You can drop in and attend one of the Orientation Sessions → → → **"First-Come, First-Served Basis."**

Orientations are held at the Eastmont Town Center Department of Adult & Aging Services-IHSS Sobrante Park Conference Room #143

Located at: 6955 Foothill Blvd., 1st Floor Oakland, CA 94605.

Orientations begin on time. "You will not be allowed to enter the room if you arrive late."

For questions, please call: **IHSS Payroll Call Center at (510) 577-1877**

SUNDAY	MONDAY	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY
				1 TAGALOG 1:00p-4:00p	2 ENGLISH 1:00p-4:00p	3
4	5 ENGLISH 9:00a-12:00p	6 SPANISH 9:00a-12:00p	7 ENGLISH 9:00a-12:00p	8 CANTONESE/ MANDARIN 9:00a-12:00p	9 ENGLISH 9:00a-12:00p	10
11	12 ENGLISH 1:00p-4:00p	13 VIETNAMESE 1:00p-4:00p	14 ENGLISH 1:00p-4:00p	15 SPANISH 1:00p-4:00p	16 ENGLISH 1:00p-4:00p	17
18	19 ENGLISH 9:00a-12:00p	20 SPANISH 9:00a-12:00p	21 ENGLISH 9:00a-12:00p	22 CANTONESE/ MANDARIN 9:00a-12:00p	23 ENGLISH 9:00a-12:00p	24
25	26 ENGLISH 1:00p-4:00p	27 CANTONESE/ MANDARIN 1:00p-4:00p	28 ENGLISH 1:00p-4:00p	29 SPANISH 1:00p-4:00p	30 ENGLISH 1:00p-4:00p	31
For other languages, please call (510) 577-1877 to schedule an appointment						

REQUISITOS



This Photo by Unknown Author is licensed under CC BY-NC-ND



This Photo by Unknown Author is licensed under CC BY

HUELLAS (2 semanas a 3 meses)


 DEPARTMENT OF PUBLIC SAFETY
 DIVISION OF CRIMINAL INVESTIGATION
 REQUEST FOR LIVE SCAN SERVICE

Applicant Information

AGENCY: _____ CLIENT NAME: _____
 (If Documented) (If Arrested Applicant Type)

BGCN # (if available) _____
 (Type of BGCN: Conviction/Arrest/Outstanding Warrant/Outstanding Detention/Outstanding Probation/Parole/Outstanding License)

Contributing Agency Information:

Agency Name: _____ ADDRESS: _____
 Agency Address: _____ CITY: _____
 State: _____ ZIP Code: _____

Agency Phone: _____
 Agency Fax: _____

Agency Email: _____
 Agency Website: _____

Agency Contact Name: _____
 Agency Contact Title: _____

Agency Contact Phone: _____
 Agency Contact Email: _____

Agency Contact Address: _____
 Agency Contact City: _____
 Agency Contact State: _____
 Agency Contact ZIP Code: _____

Applicant Information

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Name: _____
 Initials: _____
 Date of Birth: _____ Sex: Male Female
 Height: _____ Weight: _____ Eye Color: _____
 Hair Color: _____
 Place of Birth (City and Country): _____ Social Security Number: _____
 MVA License Number: _____
 MVA License Expiration Date: _____
 MVA License Class: _____
 MVA License Status: _____
 MVA License Address: _____
 MVA License City: _____
 MVA License State: _____
 MVA License ZIP Code: _____

Your Number: _____ (If None, Appointing Agency Number)
 Level of Service: DCU FBI

If re-submission, list original file number: _____
 (If not a re-submission, leave blank)

If multiple of different requests for agencies specified by statute:
 Agency Name: _____ MVA License Application Number: _____
 Agency Address: _____
 Agency City: _____ State: _____ ZIP Code: _____
 Agency Telephone Number: _____

Live Scan Technician to be provided by: _____
 Name of Operator: _____ Title: _____
 Operator Address: _____ City: _____
 Operator State: _____ ZIP Code: _____
 Operator Telephone Number: _____

F 800-333-8888 (Toll Free) SECON-0071-APP001 F 800-333-8888 (Toll Free)

PAQUETE TE INSCRIPCION (30 DIAS)



This Photo by Unknown Author is licensed under CC BY-NC-ND

PLANILLAS DE PAGO (RETROACTIVO)

Consumer #2

Workweek #1
Claimed: 16:00

Workweek #2
Claimed: 00:00

Olivia 6-16-17 to 6-30-17
Workweek #3 (30:18)
Claimed: 00:00

S	H	H	M	M	S 18	H	H	M	M	S 25	H	H	M	M
M	H	H	M	M	M 19	H	H	M	M	M 26	H	H	M	M
T	H	H	M	M	T 20	H	H	M	M	T 27	H	H	M	M
W	H	H	M	M	W 21	H	H	M	M	W 28	H	H	M	M
T	H	H	M	M	T 22	H	H	M	M	T 29	H	H	M	M
16 F	H	H	M	M	F 23	H	H	M	M	F 30	H	H	M	M
S 17	H	H	M	M	S 24	H	H	M	M	S	H	H	M	M

Total _____

Total _____

Total _____

60:18

PAGO

STATE OF CALIFORNIA
DIRECT DEPOSIT ADVISE

The amount printed on the face of this advice was transmitted to an account at bank, [REDACTED] from the IN-HOME SUPPORTIVE SVCS (IHSS) CRIPGII

OFFICE CONTACT NUMBER [REDACTED]
07/30/19
DOLLARS [REDACTED] CENTS [REDACTED]
NOT NEGOTIABLE
PAYEE IDENTIFICATION NUMBER [REDACTED]

[REDACTED] CA [REDACTED]

When changing accounts or financial institutions, notify your retirement system or agency accounting office immediately. Do not close your old account until you have received your first payment in your new account.

BETTY T. YEE
CALIFORNIA STATE CONTROLLER

ISSUE DATE: 07/30/19 Please contact your local IHSS county office for PAYMENT questions.

Recipient		[REDACTED]		ID#	[REDACTED]
Payee/Provider		[REDACTED]		ID#	[REDACTED]
Service Period: 07/01/19 to 07/15/19		Timesheet #		4059660999	01 34
Process Date: 07/25/19		Pay Rate:		\$ [REDACTED].85	
Hours Submitted	H 027	M 00			
Hours Not Paid	H 000	M 00			
Total Hours Paid	H 027	M 00			
Travel Hours	H 000	M 00			
Overtime Hours	H 000	M 00			
Sick Leave Hours	H 000	M 00			
		Current	YTD		
Regular *		[REDACTED]	[REDACTED]		
Adjustment		.00	.00		
Travel		.00	.00		
Overtime		.00	.00		
Sick Leave		.00	.00		
Total Gross		[REDACTED]	[REDACTED]		
Net Pay		[REDACTED]	[REDACTED]		
Sick Leave	Avail	Paid			
Fiscal Year 2019-2020	00:00	00:00			

Deductions	Current	YTD
Federal	.00	.00
Add Federal	.00	.00
State	.00	.00
Add State	.00	.00
FICA	.00	.00
Medicare	.00	.00
SDS/DEC	.00	.00
Share of Cost	.00	.00
Recovery	.00	.00
Lien	.00	.00
Health	.00	.00
Dues	.00	.00
Health Trust	.00	.00
COPEPEOPLE	.00	.00
Initiation	.00	.00
Other Insurance	.00	.00
Total Deductions	.00	.00

* Includes Overtime Hours at regular rate.


The screenshot shows the homepage of the Alameda County Social Services Agency. At the top left is the agency logo, which features a stylized figure in blue and green. To the right of the logo is the text "alamedasocialservices.org" and "ALAMEDA COUNTY SOCIAL SERVICES AGENCY". A search bar with the text "Google Custom Search" is located to the right of the logo. Below the logo and search bar is a navigation menu with links for "DEPARTMENTS", "SERVICES", "ABOUT US", and "CONTACT US". A "Staff Web" link is also visible in the top right corner.

The main content area is titled "Core Values and Priorities". It features a section on the left with "Our Core Values" and "Strategic Priorities" listed in a vertical column. The main text on the right reads: "The Social Services Agency's Core Values and Priorities represent our strategic vision to provide safety net services to older adults, children, immigrants, and refugees in need. It is because of the dedication of SSA staff, community partners, and advocates, that our customers are better equipped to face the challenges they may encounter on their path to self-sufficiency, personal independence, and family stability."

Below this section is a paragraph: "Promoting the economic and social well-being of individuals, families, neighborhoods and communities. The Alameda County Social Services Agency is comprised of 2,200 men and women working collectively and in partnership with community-based organizations to serve the needs of the community. The Agency assists approximately 11.3 percent of Alameda County's residents. [Read More](#)"

The bottom of the page features a "NEWS" section with three columns: "MOST POPULAR", "DOING BUSINESS WITH US", and "HOTLINE'S". The "MOST POPULAR" column contains a link to "Apply for benefits here: Benefits CalWin" with a sub-headline "Benefits CalWIN is an online system that will provide customers the option of applying for CalWORKs, CalFresh and Medi-Cal. [Click here to apply](#)". Below this is a section titled "Are you Registered to Vote?" with a sub-headline "If not, the Social Services Agency would like to assist you with the process. It is quick and easy and can be completed online. But first, you must qualify to register. If you meet the following qualifications you are ready to begin the online voter registration process." and a list of qualifications: "To register to vote in California, you must be:

- A United States citizen,
- A resident of California,
- 18 years of age or older on Election Day,
- Not in prison, on parole, serving a state prison sentence or under a sentence for a felony pursuant to subdivision (h) of Penal Code section 1170, or on post-release community supervision (for more information on the rights of people who have been incarcerated, please see the Secretary of State's Voting Rights for Californians with Criminal Records page (October 2014 or later)), and
- Not found by a court to be mentally incompetent.

Let's get you registered! [Click here to start the process.](#) 

The "DOING BUSINESS WITH US" column contains a link to "New! Free Summer Lunch for Kids & Teens Ages 18 and Under!" with a sub-headline "The Social Services Agency invites parents to bring their kids ages 18 and under to enjoy a FREE tasty and healthy lunch at our Eastmont and Eden offices: June 20 through August 6, 2015. Weekdays, 11:00 a.m. - 1:00 p.m. This lunch service on July 4 and 5. Lunches are prepared by the innovative SchoolFoodies and will be provided to children on a first-come, first-served basis to be eaten on-site. No pre-registration is required. The daily serving menu will include lunch, locally-sourced approximately 12oz. [Click here for additional information.](#)

The "HOTLINE'S" column contains a link to "eSAR7 Convenient. Online. Easy." with a sub-headline "Now you can national your SAR 7 online. To keep receiving your CalWORKs, CalFresh and General Assistance benefits, you can complete, sign, and even submit your SAR 7 report with any required documentation. [Click here to get behind desk form.](#)

At the bottom of the page, there is a "Qmatic Scheduling" section with a link to "Click here to reschedule your Renewal Appointment Online for CalWORKs and CalFresh" and a "Guide to Permanency Options for Youth" section with a link to "Click here for Agency's Guide to Permanency Options for Youth 2015" and a link to "Click here for Agency's Guide to Permanency Options for Youth 2015" and a link to "Click here for Agency's Guide to Permanency Options for Youth 2015".



alamedasocialservices.org
ALAMEDA COUNTY SOCIAL SERVICES AGENCY

**Welcome to the Adult and Aging Services web interactive system.
Please select a function below:**

For information on your In Home Supportive Services, IHSS, case:

[Client](#)

If you are an In Home Supportive Services Provider:

[Provider](#)

For information about Medi-Cal or CalFresh or your case:

[Case Lookup](#)

Add a Slide Title - 5

**Alameda County
In Home Supportive Services
Client Portal**



[General Information](#) English ▾

Main Menu

Welcome to the Alameda County Department of Adult & Aging Services, In-Home Supportive Services (IHSS), Client information services.

Lookup your case:

Request a Change of Address Form:

Information about Fair Hearings:

How to hire a new IHSS Provider:

For general information about the IHSS program, to apply for IHSS, or to find the nearest office:

IHSS Phone/Office Hours
8:30AM - 5:00PM Mon - Fri

IHSS Representative
(510) 577-1800

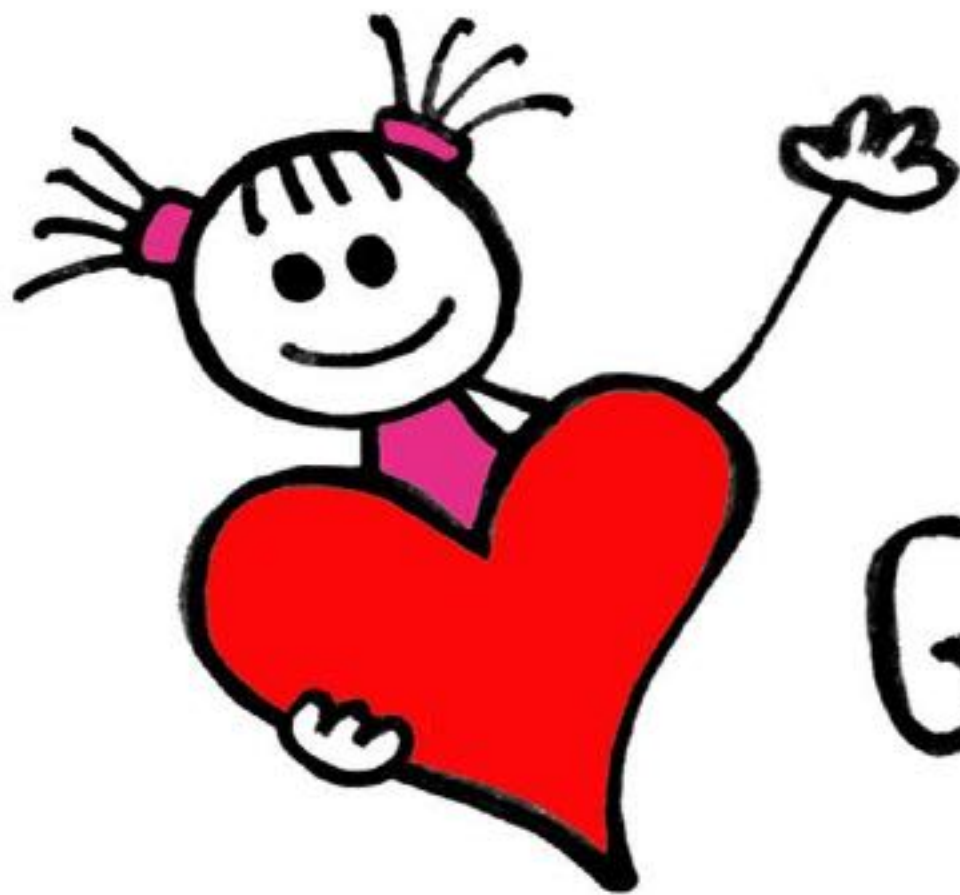
PREGUNTAS Y RESPUESTAS





JENNY ZEGARRA
510-688-3073

jennyadvocate4u@gmail.com



2/3

GRACIAS

JENNY ZEGARRA