



Línea Principal de Servicios Para Adultos: (805) 781-1790

- Servicios de Protección para Adultos (APS)
- Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)
- IHSS Autoridad Pública (PA)

Para Hacer un Reporte de APS: Si es una EMERGENCIA, llame **9-1-1**

- No es de Emergencia (805) 781-1790 o 1-800-834-3002 (Lunes-Viernes 8-5)
- Después de Horas de Trabajo 1-844-729-8011 (Línea de 24 horas)

Para Solicitar IHSS: (805) 461-6110 o (805) 474-2103

PREGUNTAS SOBRE ORIENTACION DEL PROVEEDOR

IHSS Autoridad Pública (PA): (805) 474-2102

- Preguntas Generales, Proceso de Inscripción para Proveedores, Orientación de Proveedores, Huellas, Administran la Compensación de Trabajadores, y Verificación de Empleo y de Salario.

Línea de Reservación para Orientación de Proveedores: (805) 474-2055

LA NOMINA/PREGUNTAS SOBRE HOJAS DE TIEMPO

Portal de Servicios Electrónicos: www.etimesheets.ihss.ca.gov

Línea de asistencia para hojas de tiempo electrónicas: (866) 376-7066, Opción 4

Línea de asistencia para hojas de tiempo telefónicas: (844) 576-5445

Oficina de IHSS-ATASCADERO: (805) 461-6110

- Si el cliente vive en la ciudad de: Atascadero, Bradley, California Valley, Cambria, Cayucos, Creston, Los Osos, Morro Bay, Paso Robles, San Miguel, Santa Margarita, San Simeon, Shandon, Templeton

Oficina de IHSS-ARROYO GRANDE: (805) 474-2103

- Si el cliente vive en la ciudad de: Arroyo Grande, Avila Beach, Grover Beach, Nipomo, Oceano, Pismo Beach, San Luis Obispo, Shell Beach

Para Establecer Depósito Directo: 1-866-376-7066



EMPLEO DE PROVEEDOR

¿Quién es responsable de qué?

Recipiente de IHSS

- Selecciona, contrata, supervisa y despide al Proveedor de IHSS
- Es considerado el “supervisor/patrón” del Proveedor
- Si el recipiente tiene costo compartido de Medí-Cal, el recipiente es responsable para su parte al proveedor. El resto será pagado por el Estado de California

Estado de California IHSS

- Ofrece servicios de: Pago de IHSS, Seguro Social, Compensación de Trabajadores, Invalidez y desempleo

La Autoridad Publica

- Negociación colectiva con la unión
- Conducir orientaciones y verificación de antecedentes para proveedores
- Asiste los Proveedores con el proceso de Compensación de Trabajadores



Información de Correo Electrónico:

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Sensible a las mayúsculas

CONTRASEÑA: _____

Sensible a las mayúsculas

Para Registrarse: www.etimesheets.ihss.ca.gov

Su información **DEBE** coincidir con lo que IHSS tiene archivado. Necesitara:

(Revise su Notificación de Acción o las cartas que recibió del Condado para confirmar que la información coincide.)

Primer Nombre y Apellido

Fecha de Nacimiento

Numero de Proveedor o Caso

Últimos 4 dígitos de NSS

Inscripción de Portal de Servicios Electrónicos (ESP):

1. CORREO ELECTRÓNICO: _____

Sensible a las mayúsculas

2. USUARIO: _____

Sensible a las mayúsculas. Debe contener al menos 6 caracteres. No puede contener espacios o #, %, &, ', ", >, o ?

3. CONTRASEÑA: _____

Sensible a las mayúsculas. Debe contener al menos 8 caracteres y tener por lo menos 2 números

4. NUMERO DE PROVEEDOR/CASO: _____

5. RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE SEGURIDAD (ELIGE 3):

¿Cuál fue su apodo de infancia?

1. _____

¿En qué ciudad naciste?

2. _____

¿A qué escuela asististe para sexto grado?

3. _____

¿Cuál es tu color favorito?

4. _____

6. CONSULTE SU CORREO ELECTRÓNICO Y HAGA CLIC EN EL ENLACE DEL CORREO ELECTRÓNICO DE ESP PARA COMPLETAR LA REGISTRACIÓN.

(Debe clic en el enlace y iniciar una sesión en la cuenta dentro de 3 horas o comenzar la registración de nuevo)

Mantenga la Información Confidencial

Para Ayuda Llame: 1-866-376-7066

Revised: 02/19/2020

IHSS Beneficiarios

Sistema de Hojas de Tiempo Telefónicas (TTS)

NO NECESITA COMPUTADORA O CORREO ELECTRÓNICO

Llame al IHSS del Condado para Registrarse:

Atascadero: (805) 461-6110 **Arroyo Grande:** (805) 474-2103

Numero de Proveedor o Caso: _____ Código de Acceso: _____

Como aprobar hojas de tiempo en TTS:

1. TTS le llamará cuando tenga una hoja de tiempo para revisar.
Si tiene un identificador de llamada se mostrará (833)-342-5388.
2. Inicie sesión con su número de beneficiario de 7 dígitos y su código de acceso de 4 dígitos.
3. Una vez que inicie sesión, seleccione **1** para revisar las hojas de tiempo pendientes desde el menú de actividades.
4. TTS le dirá que proveedor y periodo de pago está revisando
5. Puede elegir para revisar las horas diarias, semanales, o total de horas.
6. Debe revisar la información ingresada en la hoja de tiempo, incluyendo las horas trabajadas para cada semana laboral.
7. Después de que haya completado la revisión de la hoja de tiempo usted puede aprobar la hoja de tiempo de su proveedor oprimiendo el **1**.
8. Si está seguro de que la información ingresada en la hoja de tiempo es verdadera y correcta, necesitará ingresar su código de acceso seguido por la tecla **#** para completar la aprobación de la hoja de tiempo.
9. Una vez que apruebe su hoja de tiempo, puede solicitar que se le envíe una copia en papel.

Nota: *Esta línea no apoya respuestas de voz. Debe usar el panel táctil de su teléfono. No necesita esperar que TTS le llame. Puede llamar a TTS llamando al (833)-342-5388*

Para Ayuda Llame: 1-866-376-7066 Revised: 02/19/2020

Designación previa del médico personal

En el caso que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede ser tratado por su lesión/enfermedad por su médico personal con grado de Doctor en Medicina (M.D.), Doctor en Osteopatía (D.O.) o grupo médico si: tiene seguro médico para lesiones/enfermedades que no están relacionadas al trabajo, el médico es su médico de cabecera, quien deberá ser un médico que ha limitado su práctica de medicina a la medicina general o que es un internista certificado por el consejo o internista, pediatra, gineco-obstetra, o médico de familia elegible por el consejo, y ha dirigido previamente su tratamiento médico, y conserva sus registros médicos; su "médico personal" puede ser un grupo médico si se trata de una corporación o asociación simple compuesta de médicos licenciados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico de múltiples especialidades integradas que presta servicios médicos integrales sobre todo para enfermedades y lesiones no ocupacionales; antes de la lesión su médico está de acuerdo en darle el tratamiento para lesiones o enfermedades ocupacionales; antes de la lesión usted proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que usted desea que su médico personal le trate por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y (2) el nombre y dirección comerciales de su médico personal.

Usted puede utilizar este formulario, proporcionado por su empleador o proporcionar toda la información por escrito para notificar a su empleador si desea que su médico personal con grado de Doctor en Medicina o Doctor en Osteopatía le trate por su lesión/enfermedad relacionada con el trabajo y se cumplen los requisitos mencionados anteriormente.

Aviso de Designación Previa de Médico

Personal Empleado(a): Complete esta sección

Empleador _____
Si tengo una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, elijo ser tratado(a) por:

(Nombre del médico) (M.D., D.O., o grupo médico)

(dirección calle, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

Nombre de empleado (por favor usar letra de imprenta): _____

Dirección del empleado: _____

Nombre de la Compañía de Seguros, Plan o Fondo que le proporciona cobertura de salud para lesiones o enfermedades no ocupacionales: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

Nota para el Empleado: A menos que usted esté de acuerdo por escrito, ni su empleador ni York pueden comunicarse con su médico personal para confirmar una designación previa. Si su médico no firma este formulario, será necesaria otra documentación que confirme la aceptación en ser designado antes de la lesión. Si usted está de acuerdo, su empleador o York pueden comunicarse con su médico personal para confirmar esta designación previa, firme y coloque la fecha a continuación:

Firma del empleado: _____

Fecha _____

Médico: Acepto esta designación previa:

Firma: _____ Fecha _____
(Médico o Empleado Designado del Médico)

No se exige que el médico firme este formulario; sin embargo, si el médico o empleado designado del médico o grupo médico no firma, se exigirá otro documento de la aceptación del médico de la designación previa en

conformidad con el Título 8, Código de Normas de California, sección 9780.1(a)(3).

Aviso del Quiropráctico o Acupunturista Personal

Si su empleador o aseguradora de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN por sus siglas en inglés), usted puede cambiar que su médico tratante sea su quiropráctico (D.C., por sus siglas en inglés) o acupunturista (L.AC., por sus siglas en inglés) personales luego de una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo. A fin de ser elegible para hacer este cambio, usted debe dar a su empleador el nombre y dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personales por escrito antes de la lesión/enfermedad. York generalmente tiene el derecho de seleccionar a su médico tratante en el periodo de los primeros 30 días luego que su empleador se entere de su lesión/enfermedad. Después que su empleador o York hayan iniciado su tratamiento con otro médico durante este período, usted podrá, previa solicitud, hacer que su tratamiento sea transferido a su quiropráctico o acupunturista personales. Usted puede usar este formulario para notificar a su empleador acerca de su quiropráctico o acupunturista personales, o su empleador puede tener su propio formulario. El D.C. o L.AC. deben ser su D.C. o L.AC. habituales que han dirigido su tratamiento y conservan sus registros e historia de quiropraxia. Si su empleador tiene una red de proveedores médicos (MPN, por sus siglas en inglés), usted sólo puede cambiar a un D.C. o L.AC. dentro de la MPN. Si un quiropráctico no puede ser su médico tratante después de 24 visitas. Si aún requiere de tratamiento médico de ahí en adelante, tendrá que elegir un médico que no sea quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a las visitas de medicina física posquirúrgicos prescritos por el cirujano o médico designado por el cirujano, en el marco del componente posquirúrgica de la División de Tratamiento Médico programa de Utilización de Compensación para Trabajadores.

Nombre del quiropráctico o acupunturista (D.C., L.AC.)

(dirección calle, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

Nombre de empleado (Por favor use letra de imprenta): _____

Dirección del empleado: _____

Firma del empleado: _____

Fecha: _____

(Formulario Opcional DWC 9.783,1 Fecha Efectiva 1 de julio 2014)

CUANDO OCURRE UNA LESIÓN EN EL TRABAJO ...

- Busque rápidamente primeros auxilios.
- Llame al 9-1-1 para solicitar ayuda inmediata, si es una emergencia, se requiere atención médica.
- Informe inmediatamente las lesiones a su supervisor o representante del empleador en _____

Oficina de Información y Asistencia: _____

El empleador DEBE completar esta información

© 01/JUL/2014 YORK. Todos los derechos reservados



YORK™

Información Acerca de Compensación del Trabajador

York Risk Services Group, Inc.
P.O. Box 619079 Roseville, CA
95661 Teléfono (866) 221-2402
Fax (866) 548-2637

Aprobado por la División de Compensación del Trabajador

¿Qué es la compensación del trabajador? Su propósito es asegurar que un empleado que sufre una lesión o enfermedad ocupacional reciba beneficios para curar o aliviar médicamente los efectos de la lesión/enfermedad, proporcionar compensación temporal, cuando el empleado sea médicamente incapaz de realizar cualquier función ocupacional, compensación por cualquier discapacidad residual y/o impedimento de la función corporal, beneficios para los dependientes si un empleado fallece como consecuencia de una lesión/enfermedad, protección contra la discriminación de su empleador debido a la lesión/enfermedad.

¿Tengo cobertura? Casi todas las personas empleadas en California están protegidas por la compensación del trabajador; sin embargo hay algunas excepciones. Las personas que trabajan de manera independiente o trabajadores voluntarios no pueden tener cobertura. Leyes similares cubren a los trabajadores federales y marítimos. Su empleador está lícitamente autoasegurado. York Risk Services Group (York) es el administrador de reclamaciones de su empleador. Su empleador o York pueden responder a cualquier pregunta que usted tenga acerca de la cobertura.

¿Qué cubre la Compensación del Trabajador? Si usted tiene una lesión/enfermedad debido a su trabajo, usted tiene cobertura. La causa puede ser un solo evento, como una caída, o puede ser debido a exposiciones repetidas, como la pérdida de audición debido al ruido fuerte y constante. Las lesiones que varían desde primeros auxilios a accidentes graves tienen cobertura. Incluso las lesiones relacionadas con un delito en el lugar de trabajo, tales como lesiones físicas o psicológicas, tienen cobertura de la compensación del trabajador. Algunas lesiones que resultan de actividades voluntarias, como actividades sociales o deportivas fuera del servicio, no pueden tener cobertura. Consulte con su empleador o York si usted tiene preguntas. La cobertura comienza en el momento de empezar su trabajo. No hay periodo de prueba o tarifa de salario.

Deber del Empleado. Notifique inmediatamente a su empleador o York de manera que usted pueda conseguir la ayuda médica que usted necesita sin demora. Si su lesión es mayor que una lesión de primeros auxilios, su supervisor le dará un Formulario de Reclamación (Formulario DWC-I) para que usted describa dónde, cuándo y cómo sucedió. Para presentar una reclamación, complete la sección "Empleado" del DWC-I. Guarde una copia de este formulario y entregue las páginas restantes a su supervisor. Su empleador deberá completar la sección "Empleador" y entregarle una copia firmada y fechada. Su empleador conservará una copia de este formulario y enviará otra a York. York está a cargo de manejar su reclamación e informarle a usted acerca de su elegibilidad para recibir beneficios.

Sus beneficios de reclamación no se inician hasta que su empleador se entere de su lesión, por ello informe y presente el DWC-I tan pronto como sea posible. Las leyes de California exigen que su empleador autorice el tratamiento médico en el plazo de un día hábil luego de haber recibido su Formulario de Reclamación. Los empleadores son responsables de un máximo de \$10,000 por el tratamiento en espera de una decisión de York sobre la aceptación o rechazo de una reclamación. Esperar el informe puede retrasar los beneficios de indemnización del trabajador. Usted no puede recibir beneficios si no presenta una reclamación en el periodo de un año luego de la fecha de la lesión, la fecha en que usted se entera que su lesión era ocupacional, o la fecha en que se proporcionaron por última vez los beneficios.

Deber del Empleador: Entregue este formulario a todos los empleados en el momento de la contratación o al final de su primer período de pago.

En el periodo de un día hábil, al conocer o recibir aviso por parte de cualquier fuente de una lesión/enfermedad ocupacional mayor que primeros auxilios, entregue al empleado un formulario de reclamación (DWC-I) y autorice tratamiento médico e informe la reclamación a York Risk Services Group.

¿Cuáles son los beneficios? Usted puede tener derecho a diversos tipos de beneficios en virtud de la ley de compensación del trabajador de California, incluyendo:

Atención médica: El tratamiento médico que sea razonablemente necesario para curar o aliviar al trabajador lesionado de los efectos de la lesión/enfermedad. No hay deducible ni copago. Estos beneficios médicos pueden incluir análisis de laboratorio, terapia física, servicios de hospital, medicamentos y tratamiento por un médico. La ley estatal limita ciertos servicios médicos a partir del 1 de enero de 2004. Usted nunca debe recibir una factura médica. Si el tratamiento adicional es necesario, York coordinará la atención médica que cumpla con las normas

aplicables de tratamiento para la lesión. El médico puede ser un especialista para su tipo específico de lesión, deberá conocer los requisitos de compensación del trabajador e informará con prontitud a York de manera que se paguen sus beneficios.

El médico con la responsabilidad general del tratamiento de su lesión/enfermedad es el médico de atención primaria (PTP, por sus siglas en inglés). El PTP decide qué tipo de atención médica usted necesita y si usted tiene restricciones de trabajo. Si es necesario, el PTP revisará la descripción de su trabajo con usted y su empleador para definir cualquier limitación o restricción que usted pueda tener. Este médico también es responsable de coordinar la atención entre los demás proveedores de servicios médicos y, si es una lesión grave, escribirá los informes sobre cualquier discapacidad permanente de las funciones corporales o la necesidad de atención médica en el futuro. Generalmente, su empleador selecciona al PTP que usted verá durante los primeros 30 días, pero si usted desea cambiar de médico por cualquier motivo, pregunte a su empleador o York. A su empleador le interesa tanto como a usted su pronta recuperación y retorno al trabajo y seleccionará a un médico diferente para usted. Si su empleador tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés), usted será dirigido a tratarse con un médico dentro de la MPN y se aplican reglas diferentes sobre cómo cambiar a su médico.

Usted puede ser tratado por su médico personal o grupo médico de inmediato si tiene seguro médico para lesiones o enfermedades que no estén relacionadas al trabajo, y si su médico estuvo de acuerdo por adelantado en darle el tratamiento para las lesiones o enfermedades ocupacionales y ha dirigido previamente su tratamiento y conserva sus registros médicos y está de acuerdo, antes de su lesión/enfermedad, en atenderle por sus lesiones o enfermedades ocupacionales, y usted entregó a su empleador el nombre de su médico y la dirección por escrito antes de la lesión. Usted puede utilizar el formulario dentro de este folleto o su empleador puede tener un formulario para que usted lo utilice.

Si usted da el nombre de su quiropráctico o acupunturista personal, se aplican reglas diferentes, y usted puede necesitar ver primero a un médico seleccionado por el empleador.

Beneficios de discapacidad temporal: Si usted no es médicamente capaz de trabajar durante más de tres días debido a su lesión relacionada con el trabajo, contando los fines de semana, usted tiene el derecho a pagos de discapacidad temporal (TD, por sus siglas en inglés) para ayudarlo en la sustitución de sus salarios perdidos. Después de dos semanas a partir de la presentación del informe de la lesión, usted recibirá un cheque. Si su empleador tiene un plan de continuación de salario, sus beneficios pueden ser incluidos en su cheque de pago habitual. TD se paga cada 14 días hasta que el médico declare que usted puede retornar al trabajo (sin embargo los pagos no se hacen durante los primeros tres días, a menos que usted esté hospitalizado o no pueda trabajar más de 14 días). El monto de los pagos será dos tercios de su salario promedio sujetos a los mínimos y máximos establecidos por la legislatura estatal. Aunque el pago por discapacidad temporal no será el monto total de su cheque de pago habitual, no hay deducciones y los pagos están libres de impuestos. Para lesiones que ocurren a partir del 1 de enero de 2008, los pagos por discapacidad temporal se limitan a 104 semanas compensables en el periodo de cinco años luego de la fecha de la lesión. Para unas pocas lesiones a largo plazo, tales como enfermedad pulmonar crónica o quemaduras severas, los pagos por discapacidad temporal pueden durar hasta 240 semanas en el periodo de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Si usted alcanza el máximo pago por discapacidad temporal antes que usted pueda retornar al trabajo, su condición se convierte en permanente y estacionaria. Vea la sección "Otros Beneficios" de este folleto para más en la información. La presentación oportuna al Departamento de Desarrollo de Empleo puede dar lugar a beneficios Estatales de Discapacidad adicionales cuando los beneficios por discapacidad temporal se retrasan, deniegan o cancelan.

Discapacidad permanente: Si su médico dice que su lesión siempre le dejará con cierta discapacidad permanente de las funciones corporales, usted puede recibir pagos de discapacidad permanente (PD, por sus siglas en inglés). El monto depende del informe médico, la cantidad de discapacidad permanente que fue causada directamente por su trabajo, y factores como su edad, ocupación, tipo de lesión, y fecha de la lesión. La ley estatal determina los montos mínimos y máximos, y varían según la fecha de la lesión. Si usted tiene derecho a discapacidad permanente, York le enviará una carta explicando cómo se calculó el beneficio. Si la lesión causa discapacidad permanente, el primer pago vence en el periodo de 14 días a partir del pago final por discapacidad temporal, salvo que su empleador le

haya ofrecido a usted un puesto de trabajo que pague un mínimo del 85% del salario de su fecha de lesión o si regresó a un puesto de trabajo que paga el 100% del salario y, las prestaciones pagadas a usted en la fecha de la lesión, la discapacidad permanente se pagará después que se emita la adjudicación.

Beneficio complementario por desplazamiento laboral (SJDB, por sus siglas en inglés): Si usted tiene una discapacidad permanente, la elegibilidad para el beneficio complementario por desplazamiento laboral comienza cuando su empleador no tiene trabajo regular, permanente, modificado o alternativo en un periodo de 60 días a partir del recibo de un informe de Mejoría Máxima Médica (MMI por sus siglas en inglés). Esto es un vale no transferible para cuotas de reentrenamiento y/o desarrollo de habilidades relacionadas con la educación en escuelas autorizadas por el estado, herramientas, autorización de licencias y certificación así como otros recursos como beneficios posibles. Si usted califica para el beneficio complementario por desplazamiento laboral, York ofrecerá un vale por un monto máximo de \$6,000.

Beneficios por defunción: Si la lesión/enfermedad causa la muerte, los pagos se pueden efectuar a sus dependientes. Las leyes estatales establecen estos beneficios y el beneficio total depende del número de dependientes. Los pagos se hacen a la misma tarifa que los pagos por discapacidad temporal. Además, la compensación del trabajador ofrece un monto asignado por concepto de sepelio.

Discriminación: Es una infracción del Código Laboral, Sección 132(a) e ilegal que su empleador le castigue o despida por sufrir una lesión/enfermedad ocupacional, presentar una reclamación o atestiguar en el caso de compensación del trabajador de otra persona. Si su empleador es declarado culpable de discriminación, usted tendría derecho a un aumento de beneficios, restitución y reembolso de los salarios y beneficios perdidos.

Otros beneficios: A veces se confunde la compensación del trabajador con el Seguro Estatal de Discapacidad (SDI, por sus siglas en inglés). La compensación del trabajador las lesiones/enfermedades ocupacionales, y es pagada por su empleador o su aseguradora. Por otro lado, el SDI cubre las lesiones o enfermedades ocurridas fuera del trabajo, y es pagado mediante deducciones de su cheque de pagos. Si usted no está recibiendo beneficios de compensación del trabajador, puede ser capaz de obtener los beneficios de Discapacidad del Estado. Póngase en contacto con la oficina local del Departamento de Desarrollo de Empleo del Estado que aparece en las páginas gubernamentales de su directorio telefónico para obtener más información.

Puede ser elegible para acceder al fondo de regreso al trabajo, con el fin de hacer pagos complementarios a trabajadores lesionados cuyos beneficios de discapacidad permanente son desproporcionalmente bajos en comparación con su pérdida de ganancias. Si tiene alguna pregunta o cree que califica, póngase en contacto con la oficina de Información y asistencia indicada en este folleto o visite el sitio web de DIR en: www.dir.ca.gov.

Si usted todavía tiene preguntas... pregunte a su supervisor o representante del empleador. O póngase en contacto con York llamando al número que se indica en los afiches de compensación del trabajador colocados en el trabajo y en este folleto. También puede comunicarse con la División Estatal de Compensación del Trabajador (DWC, por sus siglas en inglés) y hablar con un Funcionario de Información y Asistencia. Estos funcionarios están disponibles para examinar los problemas, responder preguntas y proporcionar información adicional escrita sobre la compensación del trabajador de manera gratuita. La oficina local se muestra a continuación y se publicará en su lugar de trabajo. Usted también puede llamar al 800-736-7401 o visitar el sitio web de DWC: <http://www.dir.ca.gov/dwc>

EL FRAUDE DE COMPENSACION LABORAL ES UN DELITO GRAVE

Toda persona que haga o disponga que se haga una declaración materialmente deliberadamente falsa o fraudulenta con el fin de obtener o denegar los beneficios o pagos de la compensación laboral es culpable de un delito grave. Las multas pueden ser de hasta un máximo de \$150,000 y el encarcelamiento de hasta un máximo de cinco años.

Condado de San Luis Obispo



Departamento de Servicios Sociales

Servicios de Casa y Cuidado Personal

PO Box 8119

San Luis Obispo, CA 93403

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE PRECAUCIONES UNIVERSALES

El Departamento de Servicios Sociales, en el Hogar Programa de Servicios de Apoyo (IHSS) quiere informar y educar sobre los métodos apropiados que usted, como un proveedor de IHSS, debe utilizar diariamente para prevenir la exposición a los gérmenes, virus, bacterias y enfermedades transmisibles.

En el dorso es un importante documento que describe las precauciones universales, que usted debe utilizar para protegerse. Como un proveedor de IHSS, es posible trabajar con los beneficiarios de IHSS que tienen enfermedades contagiosas. Es importante protegerse contra la infección. Del mismo modo, si usted tiene una enfermedad contagiosa, es importante para proteger a los que usted rodea de la exposición a la infección.

Por favor, lea las precauciones volantes universal en el reverso con cuidado y tenerlo a mano para que pueda referirse a ella con frecuencia. Precauciones universales ayudan a proteger a los beneficiarios de IHSS, los proveedores de IHSS, familiares, amigos y otros de la infección. Gracias por su atención a este importante asunto.



El contenido de la información en este documento se revisa periódicamente y está sujeto a cambios cuando sale nueva información médica. La información está destinada a informar y ser educativo, y no pretende reemplazar la evaluación, consejo, diagnóstico o tratamiento por un profesional de la salud.



¿Cuáles son las precauciones universales?

Las precauciones universales son pautas que se deben seguir para evitar la propagación de la infección, incluyendo la influenza y otras enfermedades de transmisión aérea. Significa simplemente utilizando precauciones al manipular sangre y otros fluidos corporales de todas las personas independientemente del propio conocimiento de si la persona está infectada con una enfermedad transmisible específica. El uso de estas precauciones universales le protegerá de enfermedades transmisibles como la infección por VIH o la hepatitis B y C. Al ser conscientes de las directrices de las precauciones universales le protegerá y dar lugar a un menor número de enfermedades para si mismo y los consumidores de IHSS para quienes usted brinda atención.

¿Qué precauciones debo tomar en el cuidado de alguien?

1. Usted debe lavarse las manos con jabón y agua corriente a horas regulares durante su jornada de trabajo - y especialmente cuando:
 - a. Entrar en contacto con sangre y / o fluidos corporales de la persona.
 - b. Prepara comida
 - c. Realizar el cuidado personal
 - d. Realizar tareas de limpieza de la casa
 - e. Tener contacto físico con su cliente
2. Use guantes disponibles cuando existe la posibilidad de estar en contacto con sangre, semen, secreciones vaginales, mucosas u otros fluidos corporales.
3. Tómese el tiempo para quitar los guantes correctamente para evitar el riesgo de contaminación.
 - a. Con la mano derecha, una pizca de palma del guante en la mano izquierda y tire del guante izquierdo hacia abajo y fuera de los dedos.
 - b. Formar el guante izquierdo en una bola y mantenga en el puño de la mano derecha.
 - c. Coloque 2 dedos de la mano sin guante izquierdo debajo del borde interior del guante derecho en el lado de la palma.
 - d. Empuje guante de adentro hacia afuera y hacia abajo sobre los dedos y el guante izquierdo sobre de bola.
 - e. Agarrar los guantes, que ahora están juntos y de adentro hacia afuera, con la mano izquierda y retirar de la mano derecha.
 - f. Deseche los guantes en una bolsa de plástico con cualquier material de primeros auxilios utilizado y selle la bolsa.
 - g. ¡¡LAVA TUS MANOS!!
4. Evitar los pinchazos con objetos que contienen la sangre de los demás.
5. Eliminar cuidadosamente de basura que contiene fluidos corporales. Utilice recipientes especiales con revestimientos de plástico para la eliminación de residuos que contiene sangre o de cualquier derrame corporales que pueden contener sangre.
6. Lave la ropa en agua caliente y seco a fuego ALTO.
7. Eliminar cuidadosamente los objetos afilados como cuchillas de afeitar y agujas. Utilice recipientes que no se pueden romper o penetrados. No doble rotura ni vuelva a tapar las agujas. Manejar lancetas para diabetes con precaución para evitar pinchazos accidentales.
8. Limpiar las superficies que tienen sangre o fluidos corporales que contengan sangre con una solución 1:10 de lejía y agua mezclada fresca diariamente. Lavar los platos y utensilios con agua caliente y jabón. Enjuague con agua muy caliente y dejar secar al aire.

El Departamento de Servicios Sociales desea saber sobre los servicios proveídos a usted. Esta información se usará para mejorar nuestros servicios.

Si usted está satisfecho con nuestros servicios, por favor complete la forma "Declaración de Servicios Satisfactorios" (DSS 340) adjunta a ésta carta, y envíela a:

Department of Social Services Attn:
DSS Satisfaction Coordinator P. O.
Box 8119
San Luis Obispo, CA 93403-8119

También puede entregar la forma a nuestra oficina de San Luis Obispo a:

3433 S. Higuera St., San Luis Obispo

Si usted no esta satisfecho con nuestros servicios:

- Discútalos con su trabajador asignado. Si no puede resolver el problema, complete la Encuesta de Servicios Satisfactorios y entregue a la oficina o al domicilio de arriba
- Discuta el problema con el supervisor del trabajador. Usted puede contactar al supervisor llamando al 781-1600 para temas del programa del bienestar de niños, o 781-1600 para todos otros programas
- Si usted no puede resolver el problema ya sea con su trabajador o el supervisor, póngase en contacto con el gerente de división al 781-1825 o hable con su abogado o el juez de su caso

Si su problema está relacionado con la negación de la aprobación del hogar de un **miembro de la familia/NREFM (alguien que no es pariente, pero que tiene un vínculo estrecho con el niño)** usted puede solicitar una Audiencia con el Estado al llenar la parte de atrás de la Notificación de Acción - Negación de Evaluación/ Aprobación del Hogar (NA 1271) y enviarla por correo a:

State Hearings Division
744 P Street, M.S. 9-17-81
Sacramento, CA 95814
FAX: 916-651-5210

También puede rellenar la Encuesta de Servicios Satisfactorios adjunta y devolver a:

Department of Social Services
Attn: DSS Service Satisfaction Coordinator
P. O. Box 8119
San Luis Obispo, CA 93403-8119

Las revisiones de quejas tienen diferentes periodos para ser presentadas. Empezando con la fecha de la acción que provocó la queja, su petición debe ser presentada dentro del número de días de la siguiente manera:

- Queja general 90 días
- Queja de NREFM 10 días

Este folleto está disponible en la página web del Departamento de Servicios Sociales del Condado de San Luis Obispo:

<http://www.slocounty.ca.gov/dss.htm>



Departamento de Servicios Sociales del Condado de San Luis Obispo



Encuesta de Servicios Satisfactorios

*Una Comunidad Responsable y Dedicada:
Segura, Fuerte, y Saludable*

DECLARACIÓN DE SERVICIOS SATISFATORIOS

Por favor escriba legiblemente. Dé detalles.

Su Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección (Ciudad/Estado/Código Postal) _____

Nombre del niño/adulto que la queja implica: _____

Su relación al niño/adulto: _____

Nombre de Trabajador: _____ Programa: _____

Si está descontento, por favor apunte el nombre del empleado(a) con quien ha hablado sobre este asunto: _____

Describa su satisfacción/descontento con los servicios que recibió.

En general, utilizando una escala de 1-10, ¿como clasificaría su experiencia con el Departamento de Servicios Sociales?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pobre		Justo		Bien		Muy bien		Excelente	

Díganos los cambios que le gustaría ver.

Fecha: _____

Su firma: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA POSIBLES PROVEEDORES ACERCA DEL PROCESO DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES PARA EL PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)

Un proveedor de IHSS es alguien que recibe un pago por proporcionar servicios a una persona que recibe servicios de apoyo en el hogar bajo el Programa de IHSS. Si quiere convertirse en un proveedor de IHSS, tiene que completar todos los siguientes pasos antes de que pasen 90 días de la fecha en que usted empezó el proceso para que se pueda inscribir como un proveedor y recibir pago del Programa de IHSS por proporcionar servicios. Estos pasos no se tienen que completar en un orden específico. Si cree que tiene un arresto y/o una condena criminal dentro de los diez años anteriores, no importa que tan menor sea, usted debe empezar el proceso con el Paso #2 porque solamente tiene 90 días para completar todos los pasos y es posible que el Departamento de Justicia de California se tarde más en revisar sus antecedentes penales y proporcionarle al Condado su "Información de expediente penal de delincuente".

PASO # 1. Complete y firme el "Programa de Servicios de Apoyo en el Hogar, Formulario de inscripción para proveedores" (SOC 426), y devuélvalo en persona a la Oficina de IHSS del Condado o a la Autoridad Pública de IHSS.

- Obtenga un formulario SOC 426 en blanco de la Oficina de IHSS del Condado o de la Autoridad Pública de IHSS. *Lea cuidadosamente la información antes de completar el formulario.*
- Complete el formulario SOC 426 y conteste todas las preguntas en una forma completa y veraz. **Tiene que reportar** si ha sido declarado culpable de alguno de los delitos que no le permitirían a usted proporcionar servicios.
- Lleve una identificación válida con fotografía que haya sido emitida por el gobierno de los Estados Unidos o una organización tribal de indígenas americanos o de Alaska reconocida federalmente **Y** una tarjeta original o una tarjeta de reemplazo emitida por la Administración del Seguro Social.
- La información que usted proporcione en el formulario SOC 426 se verificará por una revisión de antecedentes penales en el Departamento de Justicia (DOJ).

PASO # 2. Que le tomen sus huellas digitales y se someta a la revisión de antecedentes penales en el Departamento de Justicia de California.

- La Oficina de IHSS del Condado o la Autoridad Pública de IHSS le dará las instrucciones sobre cómo le tomen sus huellas digitales. *No trate de tomarse las huellas digitales hasta que haya recibido instrucciones del Condado.*
- Usted se puede tomar las huellas digitales en algunas oficinas locales encargadas del cumplimiento de la ley (departamento de policía o del alguacil) o en lugares que ofrecen servicios de tomar las huellas digitales en imagen computarizada (Live Scan). La Oficina de IHSS del Condado o la Autoridad Pública de IHSS le puede dar una lista de lugares que se encuentren cerca.

- La ley estatal requiere que usted pague el costo relacionado a las huellas digitales y la revisión de antecedentes penales. Las cuotas varían dependiendo del lugar donde usted escoja que le tomen las huellas digitales; los costos pueden ser de \$40 a \$90.
- Si la revisión de antecedentes verifica que usted **ha sido condenado** de algún Delito de Nivel 1 o Nivel 2, por favor lea las secciones a continuación y en la siguiente página.

Si en los últimos diez años, ha sido declarado culpable o encarcelado después de una condena por un Delito de Nivel 1 o Nivel 2, usted NO es elegible para inscribirse como un proveedor de IHSS ni puede recibir un pago del Programa de IHSS por proporcionar servicios de apoyo.

<p>Los Delitos de Nivel 1 incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abuso especificado de un niño (Sección 273a(a) del Código Penal [PC]); • Abuso de una persona mayor o de un adulto dependiente (Sección 368 del PC); o • Fraude en contra de un programa del gobierno para el cuidado de la salud o de servicios de apoyo. 	<p>Si en los últimos 10 años, tiene una condena por algún Delito de Nivel 1, usted NO es elegible para ser un proveedor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted NO es elegible aun si el Delito de Nivel 1 fue cancelado (<i>expunged</i>) de su expediente.
<p>Los Delitos de Nivel 2 incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un delito mayor (<i>felony</i>) violento o serio, como está especificado en la Sección 667.5(c) del PC y la Sección 1192.7(c) del PC; • Una ofensa de delito mayor por la cual se requiere que la persona se registre como un delincuente sexual de acuerdo a lo estipulado en la Sección 290(c) del PC; y • Una ofensa de delito mayor por fraude en contra de un programa de servicios sociales públicos, como está definido en las Secciones 10980(c)(2) y 10980(g)(2) del Código de Bienestar e Instituciones. <p><i>Usted puede pedirle a la Oficina de IHSS del Condado, o a la Autoridad Pública de IHSS, una lista de los Delitos de Nivel 2.</i></p>	<p>Si en los últimos 10 años, tiene una condena por algún Delito de Nivel 2, es posible que usted sea elegible para ser un proveedor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el Delito de Nivel 2 fue cancelado (<i>expunged</i>), o se puede cancelar, de su expediente. • Si un beneficiario presenta una exención individual para contratarlo a usted. • Si usted es aprobado para una excepción general. <p><i>Para más información, lea las siguientes secciones.</i></p>

Cancelación (*expungement*) de un Delito de Nivel 2:

- Si tiene un Certificado de Rehabilitación o una cancelación de un Delito de Nivel 2, es posible que usted sea elegible para ser un proveedor de IHSS. Proporcione una copia de su Certificado de Rehabilitación o los documentos relacionados a la cancelación junto con su formulario SOC 426 completado.
- Si está en el proceso de cancelación de un delito, usted debe completar el proceso de cancelación antes de continuar con la revisión de antecedentes penales.

Exención individual de exclusión por un Delito de Nivel 2:

Una exención individual permite que proporcione servicios **solamente** a un beneficiario específico que elige contratarlo a usted a pesar de sus antecedentes penales.

- Para permitirle a usted proporcionar servicios, un beneficiario tiene que pedir y presentar a la Oficina de IHSS del Condado o la Autoridad Pública de IHSS el formulario "Petición del beneficiario para una exención de proveedor" (SOC 862).
- Se le tiene que informar acerca de su condena al beneficiario de IHSS que quiere contratarlo a usted; pero se le indicará al beneficiario que tiene que guardar la información confidencialmente.
- Si usted, como el proveedor, también es el representante autorizado del beneficiario, **no** está permitido que usted firme el formulario de exención en nombre del beneficiario para exentar delitos de los cuales ha sido declarado culpable usted mismo. En este caso, el formulario de exención tiene que ser firmado directamente por el beneficiario o, si esto no es posible, otra persona tiene que ser designada representante autorizado sólo para el propósito de firmar esta exención.

Si su beneficiario firma un formulario de exención individual el cual le permite a usted trabajar solamente para él/ella y ya sea que él/ella se mude a otro Condado o que usted decida trabajar para otro beneficiario que vive en otro Condado, usted tendrá que hacer otra revisión de sus antecedentes penales en el nuevo Condado y el beneficiario para quien trabaje tendrá que completar y presentar otra solicitud para una exención individual en el nuevo Condado.

Excepción general para un Delito de Nivel 2:

Una persona que ha sido determinada que no es elegible para inscribirse como un proveedor, en base a un Delito de Nivel 2, pero quiere estar en la lista del registro de proveedores, puede solicitar una excepción general de la exclusión.

- Solicite una excepción general completando el formulario "Petición para una excepción general de un solicitante para ser proveedor" (SOC 863).
- Se requerirá que usted proporcione documentos de apoyo (por ejemplo, historial de empleo, referencias personales, etc.), para que respalden su petición para una excepción general.

Si ha sido descalificado en base a una condena por un Delito de Nivel 1 o Nivel 2, usted puede solicitar al Condado una copia de su "Información de expediente penal de delincuente" (*Criminal Offender Record Information - CORI*). Por favor tenga en cuenta que el CORI solamente se puede usar para este proceso de inscripción.

Si cree que la información de sus antecedentes penales no está correcta, usted puede cuestionar la información por medio del proceso de revisión de expedientes (*record review process*) del DOJ.

El proceso de revisión de expedientes del DOJ incluye presentar las huellas digitales, pagar una cuota de procesamiento, y seguir las instrucciones que se encuentran en el sitio web del DOJ en <http://ag.ca.gov/fingerprints/security.php>. Si hay información criminal en su expediente, junto con la respuesta se incluirá el formulario para reclamación de presunta inexactitud o que no está completo (conocido en inglés como *Claim of Alleged Inaccuracy or Incompleteness* - FORM BCII 8706).

PASO #3. Vaya a una orientación para proveedores de IHSS que da el Condado.

- La Oficina de IHSS del Condado o la Autoridad Pública de IHSS le dirá dónde y cuándo usted puede asistir a una sesión de orientación.
- La orientación le dará información importante acerca del Programa de IHSS y las reglas y requisitos que usted debe seguir como proveedor.

PASO #4. Al final de la sesión de orientación para proveedores, firme un “Acuerdo de inscripción para proveedor del Programa de IHSS” (SOC 846).

- Al firmar el formulario SOC 846, usted está declarando que entiende y está de acuerdo con las reglas y requisitos para ser un proveedor del Programa de IHSS.

En sus expedientes, debe mantener copias de todos los documentos que entregue y los que reciba del Condado.

Una vez que haya completado con éxito estos cuatro (4) pasos y haya sido aprobado por el Condado o la Autoridad Pública para ser un proveedor de IHSS, siempre y cuando usted sea un proveedor activo y se mantengan limpios sus antecedentes penales, continuará siendo elegible para proporcionar servicios para cualquier beneficiario de IHSS.

Si no completa estos cuatro (4) pasos antes de que pasen 90 días después de que empezó el proceso de inscripción para proveedores, se determinará que usted no es elegible para trabajar y recibir pago como proveedor de IHSS y tendrá que empezar el proceso otra vez para ser inscrito como proveedor de IHSS.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de los requisitos de inscripción para proveedores, comuníquese con la Oficina de IHSS del Condado o con la Autoridad Pública de IHSS.

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) SECCIONES DEL CÓDIGO DE CALIFORNIA

[ESTA TRADUCCIÓN SE PROPORCIONA PARA LA COMODIDAD DEL LECTOR. EN CASO DE UNA DISCREPANCIA ENTRE EL TEXTO EN INGLÉS Y ESTA TRADUCCIÓN, EL SIGNIFICADO QUE SE EXPRESA EN LA VERSIÓN EN INGLÉS TOMARÁ PRECEDENCIA.]

CÓDIGO PENAL DE CALIFORNIA, SECCIÓN 273a, SUBDIVISIÓN (a)

- (a) Se castigará con encarcelamiento en una cárcel del condado hasta por un año, o en una prisión del Estado por dos, cuatro, o seis años, a cualquier persona que, bajo circunstancias o condiciones que probablemente causen un gran daño corporal o la muerte, intencionalmente ocasiona o permite que algún niño sufra, o al respecto, causa dolor físico o sufrimiento mental injustificables, o si tiene bajo su cuidado, o tiene la custodia, de algún niño, intencionalmente causa o permite que se lastime la persona o salud de ese niño, o intencionalmente causa o permite que se coloque a ese niño en una situación en la cual su persona o su salud están en peligro.

CÓDIGO PENAL DE CALIFORNIA, SECCIÓN 368

- (a) La Legislatura determina y declara que los delitos en contra de personas mayores y adultos dependientes merecen una consideración especial y protección, no diferente a las protecciones especiales para los niños menores, porque es posible que las personas mayores y adultos dependientes estén confundidas, estén tomando diferentes medicamentos, tengan un deterioro mental o físico, o sean incompetentes, y por lo tanto tengan menos posibilidad de protegerse a sí mismos, entender o reportar conductas criminales, o testificar a favor de ellos mismos en procedimientos de la corte.
- (b) (1) Se castiga con encarcelamiento en una cárcel del condado hasta por un año, o con una multa de hasta seis mil dólares (\$6,000), o ambas cosas, encarcelamiento y multa, o encarcelamiento en una prisión del Estado por dos, cuatro, o seis años, a cualquier persona que sabe, o razonablemente debe saber, que una persona es una persona mayor o un adulto dependiente y que, bajo circunstancias o condiciones que probablemente causen un gran daño corporal o la muerte, intencionalmente ocasiona o permite que alguna persona mayor o un adulto dependiente sufra, o al respecto, causa dolor físico o sufrimiento mental injustificables, o si tiene bajo su cuidado o tiene la custodia de alguna persona mayor o adulto dependiente, intencionalmente causa o permite que se lastime la persona o salud de una persona mayor o un adulto dependiente, o intencionalmente causa o permite que se coloque a esa persona mayor o adulto dependiente en una situación en la cual su persona o su salud están en peligro.
- (2) Si en la comisión de una ofensa descrita en el párrafo (1), la víctima sufre un gran daño corporal, como está definido en la Sección 12022.7, el demandado recibirá un término adicional en la prisión del Estado de la siguiente manera:
- (A) Tres años, si la víctima tiene menos de 70 años de edad.
- (B) Cinco años, si la víctima tiene 70 años de edad o más.
- (3) Si en la comisión de una ofensa descrita en el párrafo (1), el demandado próximamente causa la muerte de la víctima, el demandado recibirá un término adicional en la prisión del Estado de la siguiente manera:
- (A) Cinco años, si la víctima tiene menos de 70 años de edad.
- (B) Siete años, si la víctima tiene 70 años de edad o más.
- (c) Se le considera culpable de un delito menor (*misdemeanor*) a cualquier persona que sabe, o razonablemente debe saber, que una persona es una persona mayor o un adulto dependiente y que, bajo circunstancias o condiciones que probablemente causen un gran daño corporal o la muerte, intencionalmente ocasiona o permite que alguna persona mayor o un adulto dependiente sufra, o al respecto, causa dolor físico o sufrimiento mental injustificables, o si tiene bajo su cuidado o tiene la custodia de alguna persona mayor o adulto dependiente, intencionalmente causa o permite que se lastime la persona o salud de una persona mayor o un adulto dependiente, o intencionalmente causa o permite que se coloque a esa persona mayor o adulto dependiente en una situación en la cual su persona o su salud están en peligro. Una segunda violación, o una violación posterior, de esta subdivisión se castiga con una multa de hasta dos mil dólares (\$2,000), o encarcelamiento en una cárcel del condado hasta por un año, o ambas cosas, multa y encarcelamiento.
- (d) Se castiga con encarcelamiento en una cárcel del condado hasta por un año, o encarcelamiento en una prisión del Estado por dos, tres, o cuatro años, a cualquier persona que es una persona encargada del cuidado continuo de alguien y viola alguna provisión de la ley que prohíbe el robo, fraude, falsificación, o

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) SECCIONES DEL CÓDIGO DE CALIFORNIA

quien viola la Sección 530.5 que prohíbe el robo de identidad, con respecto a la propiedad o información que conduce a la identificación personal de una persona mayor o un adulto dependiente, y quien sabe, o razonablemente debe saber, que la víctima es un persona mayor o un adulto dependiente, cuando el dinero, trabajo, artículos, servicios, bienes raíces o bienes personales que se tomaron u obtuvieron tenían un valor de cuatrocientos dólares (\$400) o más; y una multa de hasta mil dólares (\$1,000), encarcelamiento en una cárcel del condado hasta por un año, o ambas cosas, esa multa y el encarcelamiento, cuando el dinero, trabajo, artículos, servicios, bienes raíces o bienes personales que se tomaron u obtuvieron tenían un valor de más de cuatrocientos dólares (\$400).

- (e) Se castiga con encarcelamiento en una cárcel del condado hasta por un año, o encarcelamiento en una prisión del Estado por dos, tres, o cuatro años, a cualquier persona que no es una persona encargada del cuidado continuo de alguien y viola alguna provisión de la ley que prohíbe el robo, fraude, falsificación, o quien viola la Sección 530.5 que prohíbe el robo de identidad, con respecto a la propiedad o información que conduce a la identificación personal de una persona mayor o un adulto dependiente, y quien sabe, o razonablemente debe saber, que la víctima es un persona mayor o un adulto dependiente, cuando el dinero, trabajo, artículos, servicios, bienes raíces o bienes personales que se tomaron u obtuvieron tenían un valor de cuatrocientos dólares (\$400) o más; y una multa de hasta mil dólares (\$1,000), encarcelamiento en una cárcel del condado hasta por un año, o ambas cosas, esa multa y el encarcelamiento, cuando el dinero, trabajo, artículos, servicios, bienes raíces o bienes personales que se tomaron u obtuvieron tenían un valor de más de cuatrocientos dólares (\$400).
- (f) Se castiga con encarcelamiento en una prisión del Estado por dos, tres, o cuatro años, a cualquier persona que comete la detención falsa de una persona mayor o un adulto dependiente usando violencia, amenazas, fraude, o engaño.
- (g) Como se usa en esta sección, "persona mayor" significa cualquier persona que tiene 65 años de edad o más.
- (h) Como se usa en esta sección, "adulto dependiente" significa cualquier persona entre los 18 y 64 años de edad, que tiene limitaciones físicas o mentales las cuales restringen su habilidad para desempeñar actividades normales o proteger sus derechos, incluyendo pero no limitándose a personas que tienen discapacidades físicas o de desarrollo o cuyas habilidades físicas o mentales se han disminuido debido a su edad. "Adulto dependiente" incluye a cualquier persona entre los 18 y 64 años de edad que es admitida como paciente en un establecimiento de salud que opera las 24 horas, como está definido en las Secciones 1250, 1250.2, y 1250.3 del Código de Salud y Seguridad.
- (i) Como se usa en esta sección, "persona encargada del cuidado continuo de alguien" (*caretaker*) significa cualquier persona que tiene el cuidado, custodia o control, o quien se encuentra en un puesto de confianza con la persona mayor o el adulto dependiente.
- (j) Nada en esta sección impide el enjuiciamiento bajo esta sección y la Sección 187 o 12022.7, o cualquier otra provisión de la ley. Sin embargo, una persona no recibirá un término adicional de encarcelamiento de acuerdo a los párrafos (2) y (3) de la Subdivisión (b) por una sola ofensa, tampoco una persona recibirá un término adicional de encarcelamiento de acuerdo a la Sección 12022.7 y los Párrafos (2) y (3) de la Subdivisión (b) por una sola ofensa.
- (k) En cualquier caso en el que una persona sea condenada por violar estas provisiones, es posible que la corte requiera que esta persona reciba un asesoramiento apropiado como una condición para la libertad condicional (*probation*). Cualquier demandado que haya sido ordenado a participar en un programa de asesoramiento apropiado será responsable de pagar los gastos de su participación en el programa de asesoramiento como sea determinado por la corte. La corte tomará en consideración la habilidad del demandado para pagar, y a ningún demandado se le negará la libertad condicional debido a su inhabilidad para pagar.

CÓDIGO PENAL DE CALIFORNIA, SECCIÓN 290, SUBDIVISIÓN (c)

(c) Se requerirá que las siguientes personas se registren:

Cualquier persona que, desde el 1º de julio, 1944, haya sido o en el futuro sea condenada en cualquier corte de este Estado o en cualquier corte federal o militar, de una violación de la Sección 187 cometida en la perpetración, o en un intento de perpetrar, una violación o algún acto que es castigado bajo las Secciones 286, 288, 288a, ó 289, Secciones 207 ó 209 cometidas con la intención de violar las Secciones 261, 286, 288, 288a, ó 289, Sección 220, excepto asalto para cometer mutilación criminal (*mayhem*), Sección 243.4, Párrafos (1), (2), (3), (4), ó (6) de la Subdivisión (a) de la Sección 261, párrafo (1) de la Subdivisión (a) de la Sección 262 incluyendo el uso de fuerza o violencia, motivo por el cual la persona es sentenciada a la prisión del Estado, Secciones 264.1, 266, ó 266c, Subdivisión (b) de la Sección 266h, Subdivisión (b) de la Sección 266i, Secciones 266j, 267, 269, 285, 286, 288, 288a, 288.3, 288.4, 288.5, 288.7, 289, ó 311.1, Subdivisiones (b),

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) SECCIONES DEL CÓDIGO DE CALIFORNIA

(c), ó (d) de la Sección 311.2, Secciones 311.3, 311.4, 311.10, 311.11, ó 647.6, anteriormente Sección 647a, Subdivisión (c) de la Sección 653f, Subdivisión 1 ó 2 de la Sección 314, cualquier ofensa que incluya actos indecentes o actos de lascivia bajo la Sección 272, o cualquier delito mayor (*felony*) en violación de la Sección 288.2; cualquier predecesor estatutario que incluye todos los elementos de una de las ofensas mencionadas anteriormente; o cualquier persona que a partir de esa fecha haya sido, o en el futuro sea, condenada del intento o la conspiración de cometer alguna de las ofensas mencionadas anteriormente.

CÓDIGO PENAL DE CALIFORNIA, SECCIÓN 667.5, SUBDIVISIÓN (c)

(c) Para los propósitos de esta sección, "delito mayor violento" (*violent felony*) significará cualquiera de los siguientes:

- (1) Homicidio u homicidio no intencional voluntario (*voluntary manslaughter*).
- (2) Mutilación criminal (*mayhem*).
- (3) Violación (*rape*) como está definido en el párrafo (2) ó (6) de la Subdivisión (a) de la Sección 261 o el Párrafo (1) ó (4) de la Subdivisión (a) de la Sección 262.
- (4) Sodomía (*sodomy*) como está definida en la Subdivisión (c) ó (d) de la Sección 286.
- (5) Copulación oral (*oral copulation*) como está definido en la Subdivisión (c) ó (d) de la Sección 288a.
- (6) Acto indecente o de lascivia (*lewd or lascivious act*) como está definido en la Subdivisión (a) ó (b) de la Sección 288.
- (7) Cualquier delito mayor (*felony*) que se castiga con la muerte o encarcelamiento de por vida en una prisión del Estado.
- (8) Cualquier delito mayor (*felony*) en el cual el demandado causa un gran daño corporal a alguna persona, que no sea un cómplice, el cual haya sido acusado y probado como está estipulado en la Sección 12022.7, 12022.8, ó 12022.9 el 1º de julio de 1977, o después de esa fecha, o como está especificado para antes del 1º de julio de 1977, en las Secciones 213, 264, y 461, o cualquier delito mayor en el cual el demandado use un arma de fuego haya sido acusado y probado como está estipulado en la Subdivisión (a) de la Sección 12022.3, o Sección 12022.5 ó 12022.55.
- (9) Cualquier robo (*robbery*).
- (10) Incendio provocado (*arson*), en violación de la Subdivisión (a) ó (b) de la Sección 451.
- (11) Penetración sexual (*sexual penetration*) como está definido en la Subdivisión (a) ó (j) de la Sección 289.
- (12) Intento de asesinato (*attempted murder*).
- (13) Una violación de la Sección 12308, 12309, ó 12310.
- (14) Secuestro (*kidnapping*).
- (15) Asalto con la intención de cometer un delito mayor (*felony*) específico, en violación de la Sección 220.
- (16) Continuo abuso sexual de un niño, en violación de la Sección 288.5.
- (17) Robo de auto (*carjacking*), como está definido en la Subdivisión (a) de la Sección 215.
- (18) Violación, violación de un esposo(a), o penetración sexual, juntamente, en violación de la Sección 264.1.
- (19) Extorción (*extortion*), como está definido en la Sección 518, lo cual constituiría una violación de la Sección 186.22 del Código Penal.
- (20) Amenazas a víctimas o testigos, como está definido en la Sección 136.1, lo cual constituiría una violación de la Sección 186.22 del Código Penal.
- (21) Cualquier robo con hallanamiento de morada (*burglary*) de primer grado, como está definido en la Subdivisión (a) de la Sección 460, en donde se haya acusado y probado que otra persona, aparte de un cómplice, estuvo presente en la residencia durante la comisión del robo con hallanamiento de morada.
- (22) Cualquier violación de la Sección 12022.53.
- (23) Una violación de la Subdivisión (b) ó (c) de la Sección 11418. La Legislatura determina y declara que estos delitos específicos ameritan consideración especial cuando se impone una sentencia para mostrar que la sociedad condena estos delitos extraordinarios de violencia en contra de la persona.

CÓDIGO PENAL DE CALIFORNIA, SECCIÓN 1192.7, SUBDIVISIÓN (c)

(c) Como se usa en esta sección, un "delito mayor serio" (*serious felony*), significa cualquiera de los siguientes:

- (1) Homicidio u homicidio no intencional voluntario; (2) mutilación criminal; (3) violación; (4) sodomía por la fuerza, violencia, encierro, amenaza, amenaza de gran daño corporal, o miedo de daño inmediato e ilegal al cuerpo de la víctima u otra persona; (5) copulación oral por la fuerza, violencia, encierro, amenaza, amenaza de gran daño corporal, o miedo de daño corporal inmediato e ilegal de la víctima u otra persona; (6) acto

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) SECCIONES DEL CÓDIGO DE CALIFORNIA

indecente o de lascivia en contra de un niño de menos de 14 años de edad; (7) cualquier delito mayor que se castiga con la muerte o encarcelamiento de por vida en una prisión del Estado; (8) cualquier delito mayor en el cual el demandado causa un gran daño corporal en alguna persona que no sea un cómplice o cualquier delito mayor en el cual el demandado usa un arma de fuego; (9) intento de asesinato; (10) asalto con el intento de cometer una violación o robo; (11) asalto con un arma o instrumento mortal en contra de un oficial encargado del orden público; (12) asalto por un prisionero condenado a cadena perpetua en contra de una persona que no es prisionero; (13) asalto con un arma mortal por un prisionero; (14) incendio provocado; (15) explotar un dispositivo destructivo o algún explosivo con el intento de lesionar; (16) explotar un dispositivo destructivo o algún explosivo causando lesiones corporales, gran daño corporal, o mutilación criminal; (17) explotar un dispositivo destructivo o algún explosivo con el intento de asesinato; (18) cualquier robo con hallanamiento de morada de primer grado; (19) robo o robo de un banco; (20) secuestro; (21) tener a un rehen por una persona encarcelada en una prisión del Estado; (22) intento de cometer un delito mayor que se castiga con la muerte o con encarcelamiento de por vida en una prisión del Estado; (23) cualquier delito mayor en el cual el demandado usó un arma mortal; (24) vender, proporcionar, administrar, o darle a un menor alguna heroína, cocaína, fenciclidinina (PCP), o cualquier otra droga relacionada a la metanfetamina como está descrito en el Párrafo (2) de la Subdivisión (d) de la Sección 11055 del Código de Salud y Seguridad, o cualquier precursor de la metanfetamina, como está descrito en el Subpárrafo (A) del Párrafo (1) de la Subdivisión (f) de la Sección 11055 o la Subdivisión (a) de la Sección 11100 del Código de Salud y Seguridad; (25) cualquier violación de la Subdivisión (a) de la Sección 289 en donde el acto se lleva a cabo en contra de la víctima por medio de la fuerza, violencia, encierro, amenaza o miedo de una lesión corporal inmediata e ilegal, la cual también constituiría un delito mayor en violación de la Sección 186.22; (29) asalto con el intento de cometer mutilación criminal, violación, sodomía, o copulación oral, en violación de la Sección 220; (30) arrojar ácido o sustancias combustibles, en violación de la Sección 244; (31) asalto con un arma mortal, arma de fuego, ametralladora, arma de asalto, o arma de fuego semiautomática o asalto a un oficial encargado del orden público o un bombero, en violación de la Sección 245; (32) asalto con un arma mortal en contra de un empleado de tránsito público, un oficial que custodia, o un empleado de una escuela, en violación de las Secciones 245.2, 245.3, o 245.5; (33) disparar un arma de fuego en un lugar habitado, vehículo, o aeronave, en violación de la Sección 246; (34) comisión de una violación o penetración sexual a la vez con otra persona, en violación de la Sección 264.1; (35) abuso sexual continuo de un niño, en violación de la Sección 288.5; (36) disparar desde un vehículo, en violación de la Subdivisión (c) ó (d) de la Sección 12034; (37) intimidación de víctimas o testigos, en violación de la Sección 136.1; (38) amenazas criminales, en violación de la Sección 422; (39) cualquier intento de cometer un delito que aparece en la lista de esta subdivisión que no sea un asalto; (40) cualquier violación de la Sección 12022.53; (41) una violación de la Subdivisión (b) ó (c) de la Sección 11418; y (42) cualquier conspiración para cometer una ofensa descrita en esta subdivisión.

CÓDIGO DE BIENESTAR E INSTITUCIONES DE CALIFORNIA, SECCIÓN 10980, PÁRRAFO (2), SUBDIVISIONES (c) Y (g)

(c) Cuando cualquier persona que intencionalmente y a sabiendas, con el intento de engañar, por medio de una falsa declaración o representación, o por no divulgar un hecho material, o por impersonar, o por otro método fraudulento, ha obtenido o retenido para él o ella, o para un niño, asistencia bajo las provisiones de esta división que de hecho no tiene derecho a recibir, la persona que obtiene esta asistencia será castigada de la siguiente manera:

(2) Si la cantidad total de la asistencia que se obtuvo o se retuvo es más de novecientos cincuenta dólares (\$950), encarcelamiento en la prisión del Estado por un periodo de 16 meses, dos años, o tres años, una multa de hasta cinco mil dólares (\$5,000), o con ambas cosas, encarcelamiento y multa; o encarcelamiento en la cárcel del condado por hasta un año, una multa de hasta mil dólares (\$1,000), o ambas cosas, encarcelamiento y multa,

(g) Cualquier persona que a sabiendas usa, transfiere, vende, compra, o tiene en su posesión estampillas para comida, beneficios de transferencia electrónica, o autorizaciones para participar en el Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (*Supplemental Nutrition Assistance Program*) en una manera que no está autorizada por el Capítulo 10 (empezando con la Sección 18900), de la Parte 6, o por el Decreto de Alimentos y Nutrición del 2008 (*Food and Nutrition Act of 2008*) (Sección 2011, y siguientes, del Código 7 de los Estados Unidos [7 U.S.C.]

(2) Es culpable de un delito mayor (*felony*), si el valor de las estampillas para comida o las autorizaciones para participar es más de novecientos cincuenta dólares (\$950), y se le castigará con encarcelamiento en la prisión del Estado por un periodo de 16 meses, dos años, o tres años, una multa de hasta cinco mil dólares (\$5,000), o con ambas cosas, encarcelamiento y multa, o con encarcelamiento en la cárcel del condado por un periodo de hasta un año, una multa de hasta mil dólares (\$1,000), o con ambas cosas, encarcelamiento y multa.

Servicios cubierto por IHSS

Como usar esta lista:

1. Revise su **Programa De Servicios de Apoyo en El Hogar (IHSS) Notificación Para El Proveedor Acerca de Las Horas y Servicios Autorizados del Beneficiario y El Máximo De Horas Por Semana (SOC 2271)** que lista los servicios que están autorizados para su beneficiario del programa IHSS. Pregúntele a su beneficiario/empleador cuantas horas le gustaría que trabaje cada mes. Si no pueden decirle, contacte al condado y pregunte de los servicios y horas autorizadas para su beneficiario.
2. Una vez que se entere de los servicios y horas autorizadas para su beneficiario mire la lista a continuación para determinar tareas que se incluyen.

Recuerde, la mayoría de los beneficiarios no serán autorizados todos estos servicios y solo se le puede pagar por los servicios y tareas que están autorizada para su beneficiario. También tome en cuenta la cantidad de tiempo autorizado para cada servicio. No se le puede pagar por el programa de IHSS por cualquier tiempo sobre la cantidad que está autorizada.

Servicio de IHSS	Tarea
Acompañamiento a Recursos Alternativos	Ayudar al beneficiario llegar a y desde recursos alternativos donde el IHSS beneficiario recibe servicios en lugar de IHSS.
Acompañamiento a Citas Médicas	Ayudar al beneficiario llegar a y desde el doctor, dentista, u otro, citas relacionadas con la salud. Tiempo de espera está incluido si el beneficiario necesita asistencia con tareas específicas de IHSS durante transportación y/o llegar a y desde la destinación. Tiempo de espera También está incluido cuando el beneficiario puede transportarse por sí mismo a citas, pero necesita asistencia en la destinación. “Tiempo de espera en el servicio” sólo se autoriza como parte del acompañamiento para citas médicas cuando el proveedor no está realizando tareas de trabajo mientras espera, pero no puede

Servicio de IHSS	Tarea
	<p>utilizar el tiempo de manera efectiva para sus propios propósitos. Generalmente, “Tiempo de espera en el servicio” es impredecible y corta duración. “Tiempo de espera en el servicio” es compensable. “Tiempo de espera en el servicio” es cuando el proveedor es completamente aliviado de las tareas de trabajo y tiene suficiente tiempo de espera para usarlo eficazmente para sus propios propósitos. Algunos ejemplos son tomar un descanso para comer, hacer un mandado personal o leer un libro. Se debe informar al proveedor con tiempo avanzado de que no tendrá que reanudar el trabajo hasta un momento especificado. "Tiempo de espera-tiempo de servicio" no es compensable.</p>
Ambulación	<p>Ayudar al beneficiario con caminar o moverse de lugar a lugar dentro de la casa, incluido: hacia y desde el baño; subir y bajar escalones; mover y recuperar dispositivos de asistencia como un bastón, andador, o silla de ruedas, etc.; y lavarse/secarse las manos antes y después de realizar estas tareas. La ambulación también incluye asistencia desde y hacia la puerta principal hasta el coche, incluyendo (entrar y salir del coche) para el acompañamiento médico y/o recursos alternativos de viaje.</p>
Baño, Higiene Oral/Grooming	<p>Ayudar al beneficiario a tomar un baño; llevar una toalla, jabón, y toalla al beneficiario y guardarlos; abrir y apagar las llaves del agua y ajustar la temperatura del agua; ayudar al beneficiario a entrar y salir de la bañera; lavar, enjuagar y secar las partes del cuerpo del beneficiario que no puede hacer; y la aplicación de loción, polvo y desodorante. Cepillarse los dientes, enjuagar la boca, el cuidado de dentaduras y usar hilo dental. Peinado/cepillado del cabello; recorte de pelo cuando el beneficiario no puede llegar al peluquero/salón; champú, aplicar</p>

Servicio de IHSS	Tarea
	<p> acondicionador y secar el cabello; afeitarse; y lavarse y secarse las manos.</p>
<p>Cuidado intestinal y/o vesical</p>	<p>Ayudar al beneficiario a subir y bajar del escusado o de la habitación; y limpiar el beneficiario; ayudar al beneficiario a usar, vaciar y limpiar el sartén de la cama/bacinica junto a la cama, los urinarias, la ostomía, el enema y/o los receptáculos del catéter; aplicación de pañales; posicionamiento para cambios de pañales; gestión de la ropa; cambiar guantes desechables; y lavar/secar las manos del beneficiario y del proveedor. Este servicio no incluye la inserción de enemas, catéteres, supositorios, estimulación digital como parte de un programa intestinal para una persona con parálisis o riego por colostomía. Todas esas tareas están autorizadas como "Servicios paramédicos."</p>
<p>Cuidado y asistencia con la prótesis</p>	<p>Asistencia para despegar o ponerse, mantener o limpiar prótesis como una extremidad artificial y vasos/audífonos, así como el lavado y secarse las manos antes y después realizar estas tareas. Esta área de servicio también incluye ayudar al beneficiario con autoadministración de medicamentos, es decir, recordar al beneficiario para tomar prescrito y/o sobre el mostrador medicamentos en tiempo apropiado y/o la configuración de los medicamentos.</p>
<p>Doméstico (Tareas domésticas)</p>	<p>Limitado a barrido, aspirado y lavado de los pisos, encimeras de cocina y lavamanos; limpiar el baño; guardar alimentos y suministros; sacando basura; desempolvar y recoger; cambiar sábanas de cama; limpiar la estufa y horno; descongelación y limpieza del refrigerador; trayendo madera para cocinar para aquellos que sólo tienen una estufa de leña; cambiar focos; y limpieza de sillas de ruedas o recarga de baterías para sillas de ruedas.</p>
<p>Vestir</p>	<p>Lavar/secar las manos; ayudando a la beneficiario para poner y quitar la ropa,</p>

Servicio de IHSS	Tarea
	corsés, medias elásticas y aparatos ortopédicos y/o fijación/desabrochar, abotonado/desabotonar, subir y bajar el zíper, y atar/desatando de prendas de vestir y ropa interior; Cambiar ropa sucia; y llevar herramientas al beneficiario para ayudar con vestirse independiente como herramienta para ayudar a subir el calcetín.
Alimentación	Ayudar al beneficiario a comer y beber líquidos; ayudar al beneficiario a buscar, recoger, y agarrar utensilios y tazas; y lavarse y secarse las manos antes y después de la alimentación. Esto no incluyen la alimentación por sonda, que es parte de "Servicios paramédicos." También hace no incluyen cortar los alimentos en el tamaño de una mordida o puré de alimentos, que es parte de "Preparar comidas."
Limpieza pesada	Limpieza profunda de la casa para eliminar residuos peligrosos o suciedad. Este es un servicio de una sola vez que generalmente implica tirar grandes cantidades de desorden en un contenedor de basura. Rara vez se necesita o se aprueba. Se espera que mantenga el hogar limpio con servicios domésticos (si se aprueba) después de que se realice la limpieza pesada.
Limpieza de comidas	Lavar, enjuagar, secar platos, ollas, sartenes, utensilios y electrodomésticos, y guardarlos; carga y descarga del lavaplatos; almacenar/guardar las sobras; limpiando los derrames de la mesa, el mostrador, la estufa y el lavamanos; y lavarse y secarse las manos.
Preparación de comidas	Planificación de comidas; eliminar los alimentos del refrigerador o la despensa; lavar/secar las manos antes de preparar la comida; lavar, pelar y cortar las verduras; abrir paquetes, latas y bolsas; medir y mezclar ingredientes; levantar ollas y

Servicio de IHSS	Tarea
	sartenes; recortar la carne; recalentar los alimentos; cocinar y operar de forma segura la estufa; configurar la mesa; servir las comidas; puré de alimentos; y cortar la comida en trozos del tamaño de un bocado. Cuando la comida está cocinando y no necesita su atención, se espera que esté haciendo otros servicios.
Cuidado Menstrual	Limitado a la aplicación externa y cambio de servilletas sanitarias y limpieza externa; y lavar y secar las manos antes y después de realizar estas tareas. No debe insertar un tampón, incluso si esa es la preferencia del beneficiario. Si el beneficiario usa un pañal, el tiempo para el cuidado menstrual no debería ser necesario, ya que el tiempo se evaluaría como parte de "Cuidado intestinal y/o vesical."
Transferencia	Ayudar al beneficiario de una posición de pie, sentado o acostado a otra posición y/o de un equipo o mueble a otro. Esto incluye el traslado desde una cama, silla, sofá, silla de ruedas, andador o dispositivo de asistencia que generalmente ocurre dentro de la misma habitación. Esto puede incluir el uso de un elevador Hoyer o un dispositivo similar o una correa de transferencia. Este servicio no incluye voltear a un beneficiario que esté en la cama para evitar la descomposición de la piel o las llagas por presión. Eso es parte de "Frotar la Piel y Reposicionamiento."
Otras Compras y Mandados	Recoger recetas y comprar artículos no alimentarios que el beneficiario necesita. Esto incluye hacer una lista de compras, viajar hacia/desde la tienda, comprar, cargar, descargar, almacenar los suministros comprados y realizar mandados como la entrega de un pago delincente para evitar corte de servicios públicos o la recogida de una receta. Esto no incluye tiempo para pagar facturas mensuales.

Servicio de IHSS	Tarea
Servicios Paramédicos	Los servicios paramédicos son tareas especializadas que el médico o un enfermero del beneficiario le ha enseñado a hacer, como la administración de medicamentos, la punción de la piel para darle una inyección al beneficiario, la inserción de un dispositivo médico en un orificio como la alimentación por sonda, insertar un catéter o irrigar una colostomía, actividades que requieran procedimientos estériles como el cuidado de una llaga de cama abierta o actividades que requieran juicio basado en entrenamiento dado por un profesional de la salud con licencia, como poner a una persona que tiene parálisis en un marco de pie.
Supervisión de protección	Observar el comportamiento del beneficiario que está confundido, mentalmente deteriorado o enfermo con el fin de protegerlo contra lesiones, peligro o accidente.
Eliminación de hielo y nieve	Eliminación de hielo y nieve de las entradas y pasarelas esenciales cuando el acceso a la casa es peligroso.
Frotar la piel y reposicionamiento	Frotar la piel para promover la circulación; cambiar de posición en la cama y otros tipos de reposicionamiento; y el ejercicio de movimiento. Esto no incluye el cuidado de las úlceras de presión si se han desarrollado. Esa atención estaría autorizada como "Servicios Paramédicos."
Asistencia para la respiración	Limitado a servicios no médicos, como asistencia con la autoadministración de oxígeno, asistencia con la configuración de la máquina CPAP y limpieza de máquinas IPPB y CPAP.
Baños de cama de rutina	Llevar jabón, toallita y toalla al beneficiario; llenando una tina con agua y llevándola al beneficiario; lavar, enjuagar y secar el cuerpo; aplicando loción, polvo y desodorante; limpiar la tina u otros materiales utilizados para los baños de

Servicio de IHSS	Tarea
	esponja de cama y guardarlos; y lavarse y secarse las manos antes y después del baño.
Lavandería de rutina	Lavar y secar la ropa, reparar, planchar, doblar y guardar la ropa en armarios, en la repisa o en cajones. Se espera que usted haga otros servicios de IHSS mientras que la ropa está en la lavadora y secadora.
Compras de alimentos	Compras de mandado en la tienda más cercana. No se permite tiempo adicional para que el beneficiario vaya a la tienda con usted. Comprar comida incluye hacer una lista, viajar a/desde la tienda, ir de compras, cargar, descargar y almacenar el mandado.
Enseñanza y Demostración	Enseñar al beneficiario a realizar ciertas tareas cuando podría aprender a independizarse si se les enseña. La enseñanza y la demostración solo están permitidas por un corto período de tiempo.
Reducción de peligros de patio	Eliminación de césped, hierbas, basura u otros artículos peligrosos cuando son un peligro de incendio. Esto no es jardinería

Fraude y Abuso Medi-Cal

IHSS Línea Directa: 1-800-822-6222
Correo Electrónico: Fraud@dhcs.ca.gov
Sitio Web: www.dhcs.ca.gov

El fraude de Medi-Cal es un intento intencional de algunos proveedores, y en algunos casos de consumidores, de recibir pagos o beneficios no autorizados de cualquier programa de Medi-Cal, incluido el programa de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS). Este fraude puede tomar muchas formas, pero la más común en el programa IHSS implica que los proveedores facturan por servicios innecesarios o que no se realizan.

El Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS), pide que cualquier persona que observe o tenga conocimiento de actividades sospechosas de atención médica llame al número de teléfono de la línea directa de fraude de IHSS Medi-Cal al 1-800-822-6222 para reportarlo.

El mensaje grabado puede ser escuchado en inglés y otros diez idiomas: español, vietnamita, cantonés, camboyano, armenio, hmong, lao, farsi, coreano y ruso. La llamada es gratuita y la persona que llama puede permanecer en el anonimato. También puede enviar por correo a: Fraud@dhcs.ca.gov o acceder al formulario de quejas en línea en <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>.



Consejos para evitar el fraude

Como proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar, o (In-Home Supportive Services, o IHSS), hay algunas cosas que puede hacer para evitar cometer fraude. Estos incluyen los siguientes ejemplos:

Sólo ponga las horas que ha trabajado en su hoja de tiempo. Las horas en su hoja de tiempo no deben incluir tiempo para tomar un descanso para comer.

Solo ponga horas en su hoja de tiempo para los servicios cubiertos por IHSS. Algunos ejemplos de algunos servicios que no están cubiertos por IHSS incluyen jardinería, cuidado de mascotas, mudanza de muebles o llevar al destinatario a salidas sociales. Consulte siempre el folleto "Servicios Cubiertos Por IHSS" si tiene dudas.

Solo ponga horas en su hoja de tiempo para las tareas autorizadas para su beneficiario.

Solo pídale a su beneficiario que firme la hoja de tiempo completada. Solo firme su nombre en su hoja de tiempo. Si su beneficiario no puede firmar su parte de horas, debe consultar con el condado sobre quién más puede estar autorizado a firmar para el beneficiario.

Solo ponga tiempo en su hoja de tiempo para los días que su beneficiario está viviendo en su propia casa. Las horas no están autorizadas cuando su beneficiario está en el hospital, un asilo de ancianos, una habitación de centro de atención, en la cárcel, fuera del país o de vacaciones sin usted.

Mantenga registros escritos de las horas trabajadas y lo que hizo cada día que trabaja. Solicite que el beneficiario también realice un diario de las horas en las que trabaja.

Si tiene diferencias con el beneficiario acerca de las horas trabajadas, muéstrele al beneficiario sus registros y explicar el trabajo que hizo en la(s) fecha(s) en cuestión.

Incluya únicamente el tiempo que usted, el proveedor, está proporcionando servicios y desea ser pagado por IHSS en su hoja de tiempo. Si otra persona está ayudando al beneficiario y desea ser pagada por IHSS, debe estar inscrita como proveedor.

Diga la verdad en todas sus interacciones con el condado.

Ubicaciones de Oficinas del Departamento de Servicios Sociales

San Luis Obispo

3433 S. Higuera St.
(805) 781-1600
1(800) 834-3002

Arroyo Grande

1086 E. Grand Ave.
(805) 474-2000

Nipomo

681 W. Teft St., Ste, 1
(805) 931-1800

Atascadero

9415 El Camino Real
(805) 461-6000

Paso Robles

406 Spring St.
(805) 237-3110

Morro Bay

600 Quintana Rd.
(805) 772-6405

Reportar Abuso de Niños

1(800) 834-5437

Reportar Abuso de Adultos

1(800) 838-1381

Otros Recursos

North S.A.F.E.

Family Resource Center

Paso Robles
1802 Chestnut
(805) 237-3196

South S.A.F.E.

Family Resource Center

Arroyo Grande
1086 Grand Ave.
(805) 474-2105

America's Job Center of California

San Luis Obispo

880 Industrial Way
(805) 903-1421

Programas y Servicios del Departamento de Servicios Sociales del Condado de San Luis Obispo



*Adentro encontrará
descripciones breves de
nuestros programas y servicios
junto con una lista de otros
recursos útiles en el condado.*

PROGRAMAS DE ASISTENCIA MONETARIA

CalWORKs

Asistencia monetaria temporal, y limitada, para familias con niños privados de apoyo o cuidado debido a la muerte, incapacidad, desempleo o ausencia permanente de uno o ambos padres.

Mantenimiento de Hijos de CalWORKs Un programa administrado por la Oficina del Fiscal del Distrito para aumentar la autosuficiencia de familias de CalWORKs al obtener apoyo financiero de los padres ausentes.

Programa de Servicios Alternativos

Asistencia monetaria o servicios de apoyo de una sola ocasión, cuando tales servicios prevengan la necesidad de solicitar asistencia continua.

Cuidado de Crianza Temporal

Asistencia monetaria a los cuidadores de niños en cuidado de crianza temporal.

Después de 18

Proporcionamos servicios y beneficios de asistencia financiera para jóvenes en hogares de Cuidado de Crianza Temporal después de 18 años. Anteriormente conocido como AB12.

Asistencia General

Asistencia temporal para personas necesitadas que no son elegibles para beneficios de programas de ayuda federales y estatales. También ofrece servicios funerarios para personas indigentes, cuando sea necesario.

ASISTENCIA MÉDICA

Medi-Cal

Beneficios médicos completos a todos los recipientes de asistencia pública y para algunas otras personas elegibles que no tienen fondos suficientes para cubrir los costos de su atención médica.

ASISTENCIA ALIMENTARIA

CalFresh

Beneficios para familias de bajos ingresos para mejorar su dieta y el poder adquisitivo de alimentos.

PROGRAMAS DE SERVICIOS

Adopciones

Buscamos familias seguras, estables y permanentes para niños que no pueden reunirse con sus padres biológicos.

Licencia de Hogares de Crianza Temporal

Buscamos y concedemos licencias a buenos hogares para los niños de cuidado de crianza temporal.

Bienestar Infantil (Respuesta Diferencial)

Respondemos a acusaciones de abuso o negligencia de una manera oportuna y apropiada, con el fin de proporcionar seguridad y estabilidad a los niños de nuestro condado.

Bienestar Infantil (Mantenimiento Familiar)

Proporcionamos servicios de bienestar infantil a las familias, mientras que los niños permanecen en el hogar bajo la supervisión de un trabajador social.

Bienestar Infantil (Reunificación Familiar)

Proporcionamos servicios de bienestar infantil después de que un niño ha sido separado de sus padres debido al abuso o negligencia, con el fin de estabilizar la familia y la esperanza de regresar al niño al hogar.

Bienestar Infantil (Planificación Permanente)

Proporcionamos servicios de bienestar infantil para niños que no pueden regresar al hogar de sus padres biológicos. Esto puede incluir adopción, tutela, o el establecimiento de un arreglo de vivienda permanente para el niño.

Protección para Adultos Respondemos a acusaciones de abuso o negligencia de una manera oportuna y apropiada, con el fin de proporcionar seguridad y estabilidad a los adultos de la 3ra. edad y a los adultos dependientes en el condado.

Apoyo a Domicilio

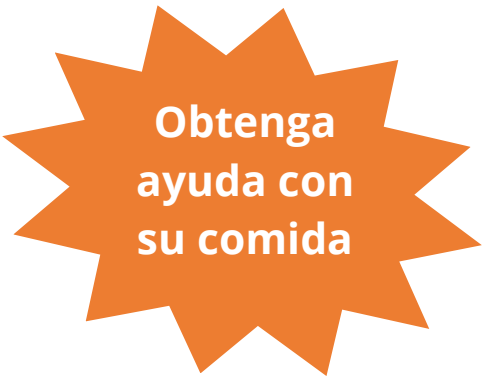
Proporcionamos servicios domésticos y de cuidado personal a personas elegibles de edad avanzada o con discapacidades, para que les permita seguir viviendo en sus propios hogares.

Programa de Empleo y Entrenamiento de Bienestar-al-Trabajo

Entrenamiento y actividades educativas para asistir a los adultos que están recibiendo CalWORKs para encontrar empleo y llegar a ser autosuficientes. Este programa es obligatorio para los adultos no exentos bajo el programa CalWORKs.



El Programa de CalFresh ayuda mejorar la salud y el bienestar de los hogares y personas calificadas, proporcionándoles un medio para satisfacer sus necesidades nutricionales



MITO:

Sólo aquellos que están desempleados pueden obtener CalFresh.

HECHO:

Cualquier persona que cumpla con los límites de ingresos puede ser elegible para CalFresh, a pesar de que trabaje o no (ejemplos a continuación).

Un proveedor de IHSS que trabaja 40 horas a la semana @ \$14.00 por hora = \$2,240.00 Mes en bruto (Potencialmente elegible para recibir beneficios de CalFresh - Beneficios mínimos de \$16.00)

Un proveedor IHSS trabaja 12 horas a la semana @ \$14.00 por hora = \$672.00 Mes en bruto (Potencialmente elegible para recibir beneficios de CalFresh)

Si el número de personas en su hogar combinado con el ingreso mensual en bruto de todos los miembros del hogar (antes de impuestos) es abajo del límite de ingreso mensual bruto, puede ser elegible para CalFresh.

Límites de Ingresos Mensuales En Bruto Efectivo 10/01/2019

Tamaño del hogar	Límite de ingreso mensual en bruto	Beneficio máximo CalFresh
1	\$2,082	hasta \$194.00
2	\$2,820	hasta \$355.00
3	\$3,556	hasta \$509.00
4	\$4,292	hasta \$646.00
5	\$5,030	hasta \$768.00
6	\$5,766	hasta \$921.00
Cada persona adicional	+738	+\$146.00

Solicite ahora en la oficina más cercana o solicite en la página de internet www.mybenefitscalwin.org/

Busque la aplicación móvil de CalWIN en la tienda de aplicaciones de Apple y en la tienda de Google Play

Reportero Obligatorio

Como proveedor de servicios de apoyo en el hogar, usted es un ‘Reportero Obligatorio’. Ser un reportero obligatorio significa que por ley usted debe reportar cualquier sospecha de abuso inmediatamente a los servicios de protección para adultos (APS) o a los servicios de protección de los niños (CPS). El abuso podría estar sucediendo al consumidor al que sirve, a otra persona en la casa del consumidor, o a cualquier otra persona, tanto si está trabajando como si no.

Abuso de Adulto

El abuso de adultos ocurre cuando un adulto mayor o dependiente:

- Es abofeteado, golpeado, asfixiado, pellizcado pateado, empujado o dado demasiado o muy poco medicamento.
- Es constantemente gritado, amenazado con daño físico o amenazado con quedarse solo.
- Es abandonado por un cuidador cuando no puede obtener los alimentos, agua, ropa, refugio o atención médica.
- Se evita obtener correo, llamadas telefónicas o visitantes, o que se le impida salir o ir a lugares públicos.
- Pierde dinero, propiedad u objetos de valor por la fuerza o sin su conocimiento o aprobación.
- Es descuidado por alguien que debe estar proporcionando cuidado, comida, agua pagar el alquiler o servicios públicos u otras facturas.
- Se saca del estado cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.
- Es violada o abusada.

La auto negligencia de un adulto mayor o dependiente es también abuso. Un anciano es cualquiera envejecido 65 o más viejo. Un adulto dependiente es cualquiera entre las edades de 18 y 64 que tiene limitaciones físicas o mentales que les impide realizar actividades diarias normales o proteger sus propios derechos.

Abuso Infantil

El abuso infantil ocurre cuando un niño:

- Tiene una lesión física por otros medios que no sean accidentales.
- Es sometido a crueldad intencional o castigo injustificable.
- Es abusado o explotado sexualmente.

- Es descuidado por un padre o cuidador que no proporciona alimentos, ropa, refugio, atención médica o supervisión adecuados.

Si ve o sospecha de abuso, debe denunciarlo lo antes posible. El condado es responsable de investigar sospechas de abuso, ese no es su trabajo. Su informe es confidencial - ni la persona abusada ni el abusador se les dirá quién hizo el informe. Puede denunciar el abuso en cualquier momento, cualquier día. La línea telefónica se contesta las 24 horas del día, los 365 días del año.

BIENVENIDO A SU EMPLEO COMO PROVEEDOR INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL (IHSS)

Este folleto describe brevemente los beneficios que pudieran estar a su disposición y su responsabilidad de pagar impuestos en relación a sus ingresos. Por favor, lea este folleto cuidadosamente. También recuerde que la persona que le emplea a usted es la persona que recibe los beneficios de IHSS; su empleador no es el Estado de California ni el departamento de bienestar público del condado (CWD). El Estado de California publica este folleto y expide sus cheques de pago a nombre de su empleador, y el CWD se encarga de todo el papeleo.

Por favor, comuníquese con el CWD cada vez que tenga una pregunta sobre su cheque de pago o su reporte de horas trabajadas. Siempre firme y ponga la fecha en su reporte de horas trabajadas después de que se termine el período de pago (no antes). También asegúrese de que su empleador firme y ponga la fecha en el reporte de sus horas trabajadas. Luego envíelo a la dirección del CWD que aparece en la esquina inferior derecha del reporte de horas trabajadas. De esta manera, se evitarán retrasos en la entrega de su cheque de pago. Recuerde: siempre avísele al CWD de cualquier cambio en su dirección y/o número de teléfono.

Mi trabajador de servicios del
condado es:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____
Condado de: _____

Para obtener información sobre IHSS,
llame al departamento de bienestar
público del condado en su localidad



STATE OF CALIFORNIA
(ESTADO DE CALIFORNIA)

HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
(SECRETARÍA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS)

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
(DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES)

SERVICIOS DE CASA Y CUIDADO PERSONAL

INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS Y SERVICIOS PARA EL PROVEEDOR INDIVIDUAL DE SERVICIOS



CDSS

CALIFORNIA
DEPARTMENT OF
SOCIAL SERVICES

SEGURO SOCIAL

Los beneficios del Seguro Social están a la disposición de los proveedores individuales que tienen 18 años de edad o más y que no son los padres del empleador/beneficiario. Los beneficios están a su disposición si usted resulta totalmente incapacitado o se jubila y si también reúne ciertos requisitos de elegibilidad. Se hace una deducción de su cheque de pago para el Seguro Social (FICA). Los beneficios incluyen pagos mensuales de jubilación o incapacidad para usted o las personas que dependen de usted. Para obtener información y/o para solicitar Seguro Social, debe comunicarse con la oficina de la Administración del Seguro Social. La dirección y el número de teléfono de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *"United States Government, Social Security Administration."*

IMPUESTOS DE MEDICARE

Los beneficios de Medicare son los beneficios médicos y los de la salud que se reciben como parte del paquete total de beneficios del Seguro Social. En el pasado, la deducción de Medicare era parte de la deducción de Seguro Social (FICA). Ahora las leyes federales requieren que se reporten separadamente los impuestos y la cantidad que se deduce. Las preguntas relativas a los impuestos de Medicare deben hacerse directamente a la Administración del Seguro Social.

SEGURO DEL ESTADO CONTRA INCAPACIDAD (SDI)

Los beneficios del Seguro del Estado contra Incapacidad (SDI) están a la disposición si usted resulta incapacitado y no puede hacer su trabajo normal y si reúne ciertos requisitos de elegibilidad. Se hace una deducción de su cheque de pago para SDI. Los beneficios del Seguro del Estado contra Incapacidad están a la disposición por un máximo de 52 semanas. Para obtener información y/o solicitar beneficios del Seguro del Estado contra Incapacidad, debe comunicarse con la oficina local del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD). La dirección y el número de teléfono de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *"California, State of, Employment Development Department."*

Si usted es el padre/madre, esposo/esposa, o hijo/hija de la persona para la cual usted está proporcionando servicios, es posible que quiera

participar en el programa de SDI solicitando Seguro Opcional del Estado contra Incapacidad. Su trabajador de servicios sociales del condado tiene a la disposición los formularios necesarios para solicitar esta cobertura. Si usted quiere esta cobertura opcional, se deducirá el costo de su cheque de pago. Se cubren automáticamente para SDI a todos los otros proveedores individuales si reciben salarios trimestrales de IHSS en exceso de \$750 dólares.

SEGURO CONTRA DESEMPLEO (UI)

Es posible que los beneficios del Seguro contra Desempleo (UI) estén a la disposición si usted no es el padre/madre, esposo/esposa, o hijo/hija del empleador/beneficiario y si se queda sin empleo, puede y está dispuesto a trabajar, y reúne ciertos requisitos de elegibilidad. No se hace ninguna deducción de su cheque de pago para UI. Los beneficios del Seguro contra Desempleo están a la disposición por un máximo de 26 semanas. Para obtener información y/o para solicitar beneficios del Seguro contra Desempleo, debe comunicarse con la oficina local del Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD). El número de teléfono y la dirección de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *"California, State of, Employment Development Department."*

COMPENSACIÓN POR LESIONES DE TRABAJO

Los beneficios de Compensación por Lesiones de Trabajo están a la disposición si usted resulta lesionado mientras está trabajando o se enferma debido a su trabajo y si reúne ciertos requisitos de elegibilidad. No se hace ninguna deducción de su cheque de pago para Compensación por Lesiones de Trabajo. Si usted resulta lesionado en su trabajo, debe obtener atención médica inmediatamente y luego notificar al trabajador de servicios sociales del condado de su empleador/beneficiario. El trabajador de servicios sociales del condado tiene a la disposición formularios para solicitar beneficios de Compensación por Lesiones de Trabajo. Cuando hayan sido completados, estos formularios se deben enviar al departamento de bienestar público del condado. Para obtener más información sobre los beneficios de Compensación por Lesiones de Trabajo, usted puede llamar a un oficial de información y asistencia al 1 (800) 736-7401.

RETENCIÓN DE IMPUESTOS SOBRE LOS INGRESOS

Es posible que se retengan los impuestos federales y estatales sobre los ingresos ganados de su cheque de pago si usted lo solicita y si reúne ciertos requisitos de elegibilidad. La retención de impuestos sobre los ingresos ganados es estrictamente voluntaria para los proveedores individuales. Si desea que se retengan de su cheque de pago los impuestos federales y estatales, por favor complete el formulario para la retención de impuestos sobre los ingresos (W-4) y envíelo al departamento de bienestar público del condado. Si no se deducen los impuestos federales y estatales de su cheque de pago, usted todavía tiene la obligación de presentar una declaración de impuestos al fin del año y posiblemente pagar impuestos sobre sus ingresos ganados. Debe comunicarse con el trabajador de servicios sociales del condado de su empleador/beneficiario, si necesita formularios adicionales, si necesita cambiar su retención, o para verificar el estado de su retención.

Para obtener información sobre la retención de los impuestos estatales, debe comunicarse con la oficina local del Departamento de Impuestos del Estado (*California Franchise Tax Board - FTB*). El número de teléfono y la dirección de esta oficina aparecen en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *"California, State of, Franchise Tax Board."* Para información sobre la retención de los impuestos federales, debe comunicarse con la oficina local del Departamento de Impuestos Federales (*Internal Revenue Service - IRS*) en las páginas blancas de la guía telefónica bajo *"United States Government, Internal Revenue Service."*

CRÉDITO POR INGRESOS GANADOS (EIC)

Es posible que usted reúna los requisitos para recibir un Crédito (en los impuestos) por Ingresos Ganados (EIC). Para informarse sobre el EIC y para ver si usted reúne los requisitos, lea cuidadosamente las instrucciones para completar el formulario W-5 (*Earned Income Credit Advance Payment Certificate*). Si reúne los requisitos para recibir un EIC, usted puede elegir recibir el crédito por adelantado con su pago en vez de esperar hasta que presente su declaración de impuestos. Para informarse sobre el EIC, debe comunicarse con la oficina local del Departamento de Impuestos Federales (*Internal Revenue Service*) o su consultante de impuestos.

Cómo comunicarse con su beneficiario

Como proveedor, es importante comunicarse con los beneficiarios sobre la programación de la semana laboral. Hay algunas consideraciones importantes si trabaja para más de un beneficiario o si su beneficiario tiene más de un proveedor.

Responsabilidades del proveedor:

- *Si trabaja sólo para un beneficiario*, puede trabajar todas sus horas autorizadas a menos que haya varios proveedores trabajando para el destinatario.
- Si trabaja para más de un beneficiario, asegúrese de que el total de horas que trabaja en una semana laboral para **todos** los beneficiarios no sea más de 66 horas semanales.
- Dígame a su beneficiario cuándo y cuántas horas está disponible. Esto ayuda al beneficiario a decidir si tendrá que contratar proveedores adicionales para cubrir sus horas autorizadas.
- No trabaje ni reclame más horas de las que le asignan su beneficiario.
- Lea la [Notificación del Proveedor de Horas y Servicio Autorizados del Beneficiario y el Máximo de Horas Semanales \(SOC 2271\)](#) que le informa de las horas autorizadas mensuales de su beneficiario, el máximo de horas semanales y los servicios que se le permite realizar.

Responsabilidades del beneficiario:

- Establezca una programación para cada proveedor para que el total de horas trabajadas por todos los proveedores no sea más que sus horas autorizadas mensuales o a las horas semanales máximas.
- Lea el [Aviso del Beneficiario de horas semanales máximas \(SOC 2271A\)](#) que le indicará al destinatario cuántas horas semanales máximas pueden hacer que su proveedor trabaje para ellos.
- Tenga en cuenta si el proveedor trabaja para otros beneficiarios. Es posible que tenga que contratar a otro proveedor si no puede trabajar todas las horas de IHSS autorizadas del beneficiario.
- Entienda cómo ajustar sus horas de una semana a otra si hay una necesidad y cuándo obtener la aprobación del condado o no.

EXENCIÓN 2 – Circunstancias Extraordinarias

EXENCIÓN 2 – Circunstancias Extraordinarias

La Exención 2, la Exención Circunstancias Extraordinarias, puede aplicarse si usted proporciona servicios a dos o más beneficiarios cuyas circunstancias los ponen en grave riesgo de ser puestos en cuidado fuera del hogar. Si se concede una Exención 2, puede trabajar hasta 360 horas en total para sus destinatarios combinados, sin exceder las horas autorizadas mensuales de cada destinatario de IHSS.

Para calificar para la Exención 2 Circunstancias Extraordinarias, todos los beneficiarios para los que trabaja deben cumplir al menos una de las siguientes condiciones:

- A. Tener necesidades médicas y/o conductuales complejas que deben ser cubiertas por un proveedor que vive en el mismo hogar que el receptor.
- B. Vivir en una zona rural o remota donde los proveedores disponibles son limitados y, como resultado, el beneficiario no puede contratar a otro proveedor.
- C. Ser incapaz de contratar a un proveedor que hable su mismo idioma con el fin de dirigir su propio cuidado.

Un requisito adicional es que los beneficiarios, con la ayuda del condado según sea necesario, deben haber hecho intentos razonables para localizar y contratar a un proveedor(s) adicional(es). Los intentos previos documentados de utilizar otros proveedores que han resultado en efectos perjudiciales para la salud y/o seguridad del beneficiario pueden ser considerados al cumplir con este requisito.

El impacto financiero que la contratación de otro proveedor podría tener en el proveedor actual no se considera al determinar si existe una circunstancia extraordinaria que califique para la exención 2.

Aun si una Exención 2 es concedida, si dos o más beneficiarios tienen un exceso de 360 horas autorizadas IHSS entre ellos, se requerirá que contraten a otro proveedor para trabajar las horas restantes más allá de las 360 horas permitidas por la exención.

Criterio para el Ajuste de Horas Autorizadas Semanales y Aprobadas Por El Condado

- ¿Es una necesidad inesperada?
- ¿Es la necesidad inmediata?
- ¿Puede la necesidad esperar un proveedor sustituto?
- ¿Está en peligro la salud o seguridad del beneficiario?

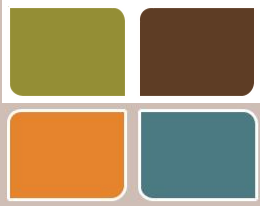
Para Evitar Violaciones...

HACER

- Trabajar solamente el total de horas máximas asignadas para su beneficiario.
- Conocer y entender cuando su(s) beneficiario(s) debe(n) solicitar la aprobación del condado por el ajuste de horas.

NO HACER

- Trabajar no más de 66 horas por semana laboral si trabaja para más de un beneficiario.
- Viajar más de 7 horas por semana laboral cuando vaya directamente de un beneficiario a otro en el mismo día de trabajo.



IHSS

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES
TRAINING ACADEMY

A PROJECT OF THE SAN DIEGO STATE UNIVERSITY SCHOOL OF SOCIAL WORK

Infracciones

Una infracción es la consecuencia de no seguir las limitaciones de tiempo de viaje y de tiempo extra y puede ocasionar su suspensión del programa o su terminación como proveedor de IHSS. Es importante que siga las limitaciones de tiempo extra y de tiempo de viaje para evitar recibir una infracción.

Algunas de las acciones que ocasionarán una infracción son:

1. Trabajar más de 40 horas en una semana laboral sin que su beneficiario obtenga aprobación del condado y tiene autorizadas menos de 40 horas en la semana laboral.
2. Trabajar más horas que las horas semanales máximas del beneficiario, lo que le hace trabajar más horas extras en un mes de las que normalmente haría sin haber recibido la aprobación del condado.
3. Trabajar más de 66 horas en una semana laboral cuando se trabaja para más de un beneficiario.
4. Reclamar más de 7 horas de tiempo de viaje en una semana laboral.

Si el condado determina que usted infringió las limitaciones de tiempo extra y/o tiempo de viaje semanales, se le pagará el tiempo extra y/o el tiempo de viaje que excedió las limitaciones de tiempo de trabajo y/o viaje, pero también recibirá una notificación de infracción del condado. Además del aviso de infracción, recibirá un Aviso del Programa IHSS para el Proveedor de derecho a disputar la infracción por exceder del tiempo de la semana laboral y/o de viaje, SOC 2272, con información sobre cómo solicitar una revisión de la infracción por parte del condado. También se enviará un aviso a todos sus beneficiarios informándoles de su infracción y explicando la razón para la misma.

También se pueden emitir infracciones debido a errores administrativos o de proceso, por ejemplo si se leyeron mal los registros de tiempo al momento de escanearlos o si se procesaron

fuera de orden. Si este es el caso, el condado puede anularla durante el proceso de revisión de la disputa.

Las consecuencias por las infracciones varían en función de si es su primera, segunda, tercera o cuarta infracción:

NOTA: Si sus acciones resultan en más de una infracción durante un mes natural, solo contará como una violación. Por ejemplo, si un formulario de registro de tiempo o de reclamos de viaje genera un error durante el primer periodo de pago y otro durante el segundo periodo de mayo, el primer error resultará en una infracción y el segundo será rastreado por el sistema. No se emitirá una segunda infracción dentro del mismo mes natural.

1RA INFRACCIÓN	2DA INFRACCIÓN	3RA INFRACCIÓN	4TA INFRACCIÓN
Para la primera infracción, usted y todos sus beneficiarios recibirán un aviso de la infracción con información sobre cómo solicitar la revisión por parte del condado.	Si ocurre una segunda infracción, usted tendrá oportunidad de completar una capacitación única para evitar recibir una segunda infracción. Si no completa la capacitación en 14 días naturales a partir de la fecha del aviso, recibirá una segunda infracción.	Si ocurre una tercera infracción, se le suspenderá como proveedor de IHSS por 90 días.	Si ocurre una cuarta violación, ya no tendrá derecho a trabajar como proveedor de IHSS durante 365 días.

Si recibe una infracción, esta permanecerá en su expediente de IHSS, excepto en el caso de la primera vez que reciba una segunda infracción. (La segunda infracción puede eliminarse si completa una capacitación única, pero esto solo puede hacerse una vez).



CALIFORNIA
DEPARTMENT OF
SOCIAL SERVICES



SAN DIEGO STATE
UNIVERSITY

Sin embargo, después de un año, si no recibe otra infracción, el número de infracciones que haya recibido se reducirá a una. Mientras no reciba alguna infracción adicional, cada año después de eliminada la última infracción, el número de infracciones se reducirá por una.

Si recibe una cuarta infracción y no tiene derecho a ser un proveedor de IHSS por un año, cuando el año termine, debe volver a inscribirse si desea trabajar en el programa IHSS. Esto significa que debe:

- Volver a presentar la solicitud; y
- Completar todos los requisitos de inscripción como proveedor, incluida la revisión de antecedentes penales, la orientación para proveedores y todos los formularios requeridos.
- También, su conteo de infracciones se restablecerá a cero.

Proceso de revisión por parte del condado

Si recibe una infracción, tiene diez días *calendario* a partir de la fecha de la notificación de infracción para solicitar una revisión por parte del condado mediante la presentación de la **Notificación al Proveedor del derecho de disputar una infracción por exceder la semana laboral y/o los límites de tiempo de viaje (formulario SOC 2272)**. Una vez que el condado reciba la solicitud de revisión, tiene diez días hábiles para revisar e investigar la infracción y enviarle un aviso indicando si esta permanecerá o si se eliminará. Si no presenta un formulario SOC 2272 en diez días naturales, la infracción permanece en efecto.

Para las infracciones tercera y cuarta, si el condado no elimina la infracción, puede solicitar una revisión por CDSS, en un plazo de diez días hábiles a partir de la fecha del aviso por parte del condado. El aviso del condado explicará cómo puede solicitar una revisión de CDSS.

STATE OF CALIFORNIA - HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY		CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES	
PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR			
NOTIFICACIÓN PARA EL PROVEEDOR ACERCA DEL DERECHO A DISPUTAR LA INFRACCIÓN POR SOBREPASAR LOS LÍMITES DE LA SEMANA LABORAL Y/O TIEMPO DE TRASLADO			
(ADDRESSEE)	CONDADO DE: _____		
	Fecha de la notificación: _____		
	Nombre del beneficiario: _____		
	Núm. del caso del beneficiario: _____		
	Dirección de la Oficina de IHSS: _____		
	Núm. de teléfono de la Oficina de IHSS: _____		
Para: El Proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)			
Usted recibió una infracción porque sobrepasó sus límites de la semana laboral y/o tiempo de traslado. Si usted cree que no debió haber recibido una infracción debido a que las horas adicionales que trabajó cumplieron con todos los 3 criterios anotados a continuación, por favor revise y conteste las preguntas en las siguientes páginas.			
Si usted proporciona servicios a solamente 1 beneficiario, tiene que contestar las preguntas del 1 al 5 y del 9 al 11. Si proporciona servicios a 2 o más beneficiarios, usted tiene que contestar las preguntas del 6 al 11.			
Tiene 10 días consecutivos de la fecha indicada en la notificación de infracción para presentar este formulario al Condado solicitando una revisión oficial del Condado de las circunstancias en torno a las horas adicionales que usted trabajó las cuales ocasionaron la infracción.			
Criterios:			
1. La necesidad de las horas adicionales fue necesaria para satisfacer una necesidad no anticipada;			
2. Las horas adicionales estaban relacionadas a una necesidad inmediata que no se podía posponer hasta que llegara un proveedor de reserva como está designado en el formulario de IHSS "Plan individual de reserva en caso de emergencia" (SOC 827); y			
3. Las horas adicionales estaban relacionadas a una necesidad que hubiera tenido un impacto directo en el beneficiario de IHSS y se necesitaban para asegurar la salud y/o seguridad de él/ella.			
SOC 2272 (SP) (7/16)		PAGE 1 OF 4	

Información de Autocertificación del proveedor Live-In

Bajo la notificación del Servicio de Impuestos Internos (IRS) 2014-7, los salarios recibidos por los proveedores de Servicios de Cuidado personal de Exención (WPCS) que viven con el beneficiario de esos servicios no son considerados parte del ingreso bruto para propósitos del impuesto sobre ingresos (FIT). El 1 de Marzo de 2016, el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) recibió una decisión del IRS de que los salarios de los Servicios de Apoyo En el Hogar (IHSS) recibidos por los proveedores de IHSS que viven en el mismo hogar con el beneficiario de esos servicios también están excluidos de los ingresos brutos para propósitos de FIT. CDSS recibió confirmación de la Junta de Impuestos de Franquicia de California (FTB) de que los salarios recibidos por IHSS y/o proveedores de WPCS que viven con el beneficiario no son considerados parte del ingreso bruto para propósitos del impuesto sobre ingresos del estado de California (PIT).

¿Cómo excluyo mis salarios de FIT and PIT?

Usted tiene la opción de autocertificar sus arreglos de vida para excluir los salarios de IHSS/WPCS de FIT y PIT completando y presentando un [Formulario de Autocertificación Interno para la Exclusión de Salarios Federales y Estatales \(SOC 2298\)](#). Toda la información solicitada en el formulario debe ser proporcionada y el formulario debe incluir su firma y la fecha en que firmó el formulario.

Devuelva los formularios de SOC 2298 completados a:

IHSS – IRS Live-In Self-Certification

P.O. Box 1677

West Sacramento, CA 95691-6677

¿Qué hago por los salarios pagados antes de recibir mi Formulario de Autocertificación?

Su formulario W-2 para los salarios pagados en el año anterior al recibo y procesamiento de su formulario de Auto-Certificación no será modificado. Se recomienda a los proveedores que consulten con un asesor fiscal o que se pongan en contacto directamente con el IRS o la FTB con preguntas.

¿Necesito presentar un Formulario de Autocertificación Live-In cada año?

La exclusión de sus salarios de IHSS de FIT and PIT continuará cada año en que continúe trabajando y viva con su beneficiario y no necesitará volver a certificar cada año.

¿Qué sucede si dejo de vivir con el destinatario?

Si sus arreglos de vida cambian y su beneficiario ya no vive con usted, pero continúa brindando atención al beneficiario, debe presentar un [Formulario de Cancelación de Autocertificación Live-In para la Exclusión de Salarios Federales y Estatales \(SOC 2299\)](#) en la dirección anterior. Además, debe presentar el [Proveedor o Destinatario Cambio de Dirección y/o Teléfono \(SOC 840\)](#) (cambio de dirección) en la Oficina del Condado de IHSS.

¿Qué hago si vivo con más de un beneficiario?

Si trabaja y reside con más de un beneficiario, debe completar y enviar un Formulario de Autocertificación Live-In para la Exclusión de Salarios Federales y Estatales (SOC 2298) para cada destinatario.

¿Cuándo puedo esperar que se procese mi Formulario de Autocertificación Live-In?

Sus salarios actuales del año fiscal continuarán siendo incluidos como salarios imponibles federales y estatales hasta que se procese un Formulario de Autocertificación Live-In correcto y completo para la exclusión de salarios Federales y estatales (SOC 2298). Puede tomar hasta 30 días desde el momento en que envíe su Formulario de Autocertificación Live-In completado para la Exclusión de Salarios Federales y Estatales (SOC 2298) para ser procesado antes de que sus salarios de IHSS comiencen a ser excluidos de FIT y PIT.

Nota importante: El personal de CDSS y del condado no son consultores de impuestos y no pueden ayudarlo con las exclusiones del IRS o FTB o cómo presentar declaraciones de impuestos modificadas. Comuníquese con el IRS, FTB o su Preparador de Impuestos para preguntas o cómo presentar una declaración enmendada para años pasados. Para obtener más información, visite el sitio web del IRS (www.irs.gov) o el sitio web del FTB (www.ftb.ca.gov).



EL DERECHO DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) A PRESENTAR UNA QUEJA DE ACOSO SEXUAL

Usted tiene derecho a estar libre del acoso sexual en el lugar de trabajo. Como su empleador, el beneficiario de IHSS tiene la responsabilidad de mantener el lugar de trabajo libre del acoso sexual.

¿QUÉ ES EL ACOSO SEXUAL?

Hay dos tipos de acoso sexual:

El acoso sexual tipo *quid pro quo* (una locución latina que significa «una cosa por otra») ocurre cuando alguien lo hace tolerar o aceptar proposiciones u otras conductas sexuales para que usted pueda ganar o mantener su trabajo o ganar otro beneficio laboral.

El acoso sexual tipo «ambiente laboral hostil» ocurre cuando comentarios o conductas no deseadas y basadas en el sexo afectan su trabajo o crean un entorno laboral incómodo, adverso o molesto. Puede ser víctima del acoso sexual aunque el comportamiento grosero e indeseado no se dirija directamente a usted.

Las conductas de acoso sexual incluyen pero no se limitan a:

- La atención sexual no deseada;
- Ofrecer beneficios a cambio de favores sexuales;
- Amenazar con vengarse de alguien si rechaza sus avances sexuales;
- Mirar fijamente a una persona de manera que la hace incómoda; hacer gestos sexuales; o mostrar objetos, imágenes, dibujos o carteles que hacen que una persona piense en el sexo;
- Comentarios sobre el sexo que son ofensivos o groseros;
- Abuso verbal, insultos o chistes relacionados con el sexo;
- Palabras, comentarios, mensajes o invitaciones sexuales que molestan a otra persona;
- Contacto físico no deseado o agresión; o
- Bloquear o impedir los movimientos de una persona.

El acoso no tiene que ser de índole sexual y puede incluir comentarios groseros e hirientes sobre el sexo o el género de una persona. Por ejemplo, es ilegal acosar a una mujer haciendo comentarios groseros sobre las mujeres en general.

Tanto las mujeres como los hombres pueden ser víctimas o acosadores, y la víctima y el acosador pueden ser del mismo sexo/género.

¿CÓMO PUEDO EVITAR EL ACOSO SEXUAL EN EL LUGAR DE TRABAJO?

Observe

- Sea consciente de las conductas y los ejemplos del acoso sexual y no los haga;
- Sea sensible a las personas que podrían molestarse ante el comportamiento verbal y no verbal de los demás;
- Sea consciente de los tipos de acoso sexual que no se notan fácilmente, como las miradas fijas o el contacto físico innecesario; y
- Observe cómo las otras personas en el hogar se comportan y no haga nada que podría afectar negativamente la forma en que usted se comunica con los demás.

Examine

- Preste atención a las reacciones de los demás para no molestarlos involuntariamente;
- No piense que otra persona disfrutará o querrá escuchar chistes o comentarios sexuales sobre su apariencia;
- No suponga que otra persona disfrutará o querrá que la toque, que la mire fijamente, que coquetea con ella, que la invite a salir o que le pida favores sexuales;
- Pregúntese si lo que dice o lo que hace podría herir los sentimientos de los demás;
- Examine su comportamiento, su lenguaje corporal y sus comentarios. Pregúntese si es posible que, en su forma de comunicarse, esté promoviendo sentimientos o conversaciones sexuales;
- No tome el acoso sexual a la ligera. Si piensa que una persona o un grupo lo está acosando sexualmente, no lo acepte como broma. No anime al acosador sonriéndole, riéndose con sus chistes o coqueteando con él/ella. Deje claro que no disfruta ni desea este tipo de atención.

¿QUÉ HAGO SI SOY OBJETO DEL ACOSO SEXUAL?

Enfréntelo

- Escriba qué le pasó cada vez que sea objeto del acoso sexual. Anote todos los detalles que pueda recordar. Sepa en qué fecha ocurrió y la hora, el sitio y la(s) persona(s) involucrada(s).
- Si es posible, dígame al acosador inmediatamente que lo está molestando. Usando sus apuntes, dígame que ese tipo de atención es inquietante.
- Si es posible, dígame que su comportamiento lo molesta y que lo hace sentirse incómodo.
- Si es posible, dígame qué conductas (gestos físicos o verbales) le resultan inquietantes;
- Considere escribirle una carta al acosador y guarde una copia;
- Si cree que el comportamiento de acoso sexual lo pone en peligro, deje el lugar de trabajo y llame al 911 o a la oficina local del orden público inmediatamente.

Resuélvalo

- Si no puede resolver el problema con su empleador/beneficiario, puede notificar al condado que ya no desea ser proveedor para ese beneficiario.
- También puede buscar otro empleo inscribiéndose en el registro de la autoridad pública de IHSS en su condado. Es posible que el registro pueda conectarlo con otros beneficiarios que necesitan a un proveedor.
- Además, puede presentar una queja al Department of Fair Employment and Housing (Departamento para la Igualdad en el Empleo y la Vivienda) (DFEH) llamando al centro de comunicaciones del DFEH al 800-884-1684 (voz) o 800-700-2320 (TTY) o entregando el formulario inicial en línea en www.dfeh.ca.gov/complaint-process/file-a-complaint/ (página solo disponible en inglés).
- Por favor, visite la [página web del DFEH \(página solo disponible en inglés\) para más información sobre la prevención del acoso sexual](http://www.dfeh.ca.gov/resources/frequently-asked-questions/employment-faqs/sexual-harassment-faqs/) (www.dfeh.ca.gov/resources/frequently-asked-questions/employment-faqs/sexual-harassment-faqs/).