

SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) DESIGNACIÓN DE UN REPRESENTANTE AUTORIZADO

Estimado solicitante/beneficiario o representante legal de IHSS,

Este formulario le permite a usted, como solicitante/beneficiario de IHSS, o a su representante legal, elegir un representante autorizado para el programa IHSS. Un representante autorizado es el responsable de actuar en nombre del beneficiario de IHSS para los fines del programa IHSS. Este formulario es **sólo** para el programa IHSS.

Si va a elegir un representante autorizado, a continuación hay información importante sobre las reglas del programa IHSS:

- Si es un representante legal del solicitante/beneficiario, puede actuar como representante autorizado del solicitante/beneficiario sin necesidad de completar este formulario. Sin embargo, se debe presentar un SOC 839A para que un representante legal autorice y firme los horarios u otros documentos relacionados con el proveedor (TPRD). Para los fines del programa IHSS, un representante legal es el tutor de un adulto ordenado por un tribunal, o el padre/tutor o la persona legalmente autorizada para tomar decisiones por un menor.
- Si su representante autorizado será el responsable de firmar los TPRD, usted o su representante legal deben presentar un formulario SOC 839A: *Designación del signatario de los horarios y otros documentos relacionados con los proveedores* para designar al representante autorizado como signatario de los TPRD. Sin embargo, si su proveedor es su representante autorizado, no puede firmar sus propios TPRD a menos que también sea su representante legal.
- Usted o su representante legal pueden elegir un representante autorizado de IHSS nuevo o agregarlo en **cualquier momento** completando un nuevo SOC 839 y enviándolo a la oficina de IHSS del condado.
- Su representante autorizado debe tener 18 años o más.
- No puede designar a una persona que no sea un representante legal como representante autorizado si ha sido condenado o encarcelado tras una condena por determinados delitos en los últimos 10 años.

Hay dos categorías de delitos excluyentes:

- **Los delitos de nivel 1, según lo establecido en la sección 12305.81 del Código de Bienestar e Instituciones (WIC), incluyen los siguientes:**
 1. Abuso específico de un niño (sección 273a[a] del Código Penal [CP]);
 2. Abuso de una persona mayor o adulto dependiente (sección 368 del CP); y
 3. Fraude a un programa gubernamental de atención médica o servicios de apoyo.
- **Los delitos de nivel 2, según lo establecido en la sección 12305.87 del WIC, incluyen los siguientes:**
 1. Un delito mayor violento o grave, según lo especificado en la sección 667.5(c) del PC y la sección 1192.7(c) del CP;
 2. Un delito mayor por el cual una persona debe registrarse como delincuente sexual de conformidad con la sección 290(c) del CP; y
 3. Un delito mayor por fraude a un programa de servicios sociales públicos, según se define en las secciones 10980(c)(2) y 10980(g)(2) del WIC.

Una lista completa de los delitos de Nivel 2 está disponible previa solicitud en la Oficina de IHSS del Condado o en la Autoridad Pública de IHSS.

Este formulario no designa a un representante autorizado para propósitos de audiencias administrativas estatales. Para obtener más información sobre la elección de un representante autorizado para que lo represente en una audiencia administrativa estatal, llame a la división de audiencias estatales al 800-952-5253.

- Su representante autorizado puede realizar todas las tareas indicadas en este formulario. Sin embargo, usted sigue siendo responsable de proporcionar toda la información necesaria al condado para determinar la elegibilidad del programa.
- Elegir un representante autorizado no le excluye de participar activamente en su propio cuidado. **El personal del programa IHSS del condado deberá reunirse con usted en persona, como solicitante/beneficiario, para hacerle preguntas relacionadas con su cuidado y servicios, aunque el representante autorizado también puede estar presente.**

Responsabilidades de un representante autorizado

Al elegir un representante autorizado, usted o su representante legal aceptan que su representante autorizado pueda actuar en su nombre para el programa IHSS. El representante autorizado que figura en este formulario debe actuar en su mejor interés. Su representante autorizado no puede actuar en su nombre excepto para los fines del programa IHSS y no puede sustituir sus decisiones por las de usted. Elegir un representante autorizado no le excluye de participar en la gestión de su propio cuidado.

Al firmar este formulario, tanto usted como su representante legal y el representante autorizado aceptan que el representante autorizado realizará algunas o todas las siguientes funciones:

- Programar entrevistas y reuniones con el personal del programa IHSS del condado.
- Completar y enviar formularios de solicitud para el programa IHSS.
- Completar y enviar formularios adicionales y/o proporcionar cualquier registro o información necesaria para la elegibilidad del programa IHSS.
- Informar dentro de los 10 días al programa IHSS del condado cualquier cambio relacionado con su elegibilidad, como la composición del hogar, la dirección o el número de teléfono, o cualquier momento en que estará fuera del hogar.
- Obtener información del programa IHSS del condado sobre el estado de su solicitud y/o elegibilidad continua, incluidos los servicios y horarios autorizados.
- Contratar y despedir a proveedores de IHSS y reportar esta información a la oficina de IHSS del condado o a la autoridad pública.
- Informar a su(s) proveedor(es) cómo prestarle servicios para el programa IHSS.
- Revisando su expediente de caso IHSS.

Usted y/o su representante legal decidirán lo que el representante autorizado hará y no hará y son responsables de comunicar esas responsabilidades al representante autorizado.

Para designar un representante autorizado, complete este formulario y envíelo a la oficina del condado de IHSS. Tanto usted como el representante autorizado que figura en este formulario deben firmar la Parte B. El formulario no se puede procesar si falta información.

PARTE A. DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO
--

Nombre del solicitante/beneficiario	Número de caso IHSS	Fecha

Quién está completando este formulario:

- Soy el solicitante/beneficiario de IHSS mencionado anteriormente.
- Soy el representante legal del solicitante/beneficiario. Designe su relación como una de las siguientes:
- Custodio (de un adulto)
 - Padre/tutor/persona legalmente autorizada a tomar decisiones (para un niño menor)

Como solicitante/beneficiario de IHSS, o su representante legal, doy mi consentimiento para que la persona a continuación pueda actuar como representante autorizado en el programa IHSS.

Entiendo que la persona nombrada a continuación no puede ser un representante autorizado para el programa IHSS si ha sido condenado por un delito de exclusión en los últimos 10 años.

Proporcione la siguiente información sobre la persona designada como representante autorizado:

Nombre del representante autorizado		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono	
Idioma preferido		

PARTE B. RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO

Entiendo y acepto seguir todos los términos y condiciones de este formulario. Además reconozco que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Firma del solicitante/beneficiario o representante legal	Fecha
Nombre impreso del solicitante/beneficiario o representante legal	
Firma del representante autorizado designado	Fecha

Se necesita la firma de un testigo o notario público si el solicitante/beneficiario no puede firmar en persona el formulario y coloca una marca de identificación en la sección de la firma. *El representante autorizado designado no puede actuar como testigo.*

Nombre del testigo o notario público	
Firma del testigo o notario público	Fecha