

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) FORMULARIO DE SOLICITUD DEL PROVEEDOR PARA PAGO POR AUSENCIA POR ENFERMEDAD

REQUISITOS DEL PROVEEDOR:

- Solamente puede solicitar pago por enfermedad si ha acumulado pago por ausencia por enfermedad. Su saldo de estas horas se muestra en su talón de cheque.
- Puede usar ausencia por enfermedad pagada para usted o un miembro de familia que esté enfermo o que tenga una cita médica.
- Si va a usar ausencia por enfermedad pagada para una cita médica planeada, tiene que avisar a su(s) beneficiario(s) por lo menos **48 horas antes** de usarlo.
- Si necesita usar ausencia por enfermedad pagada para una necesidad médica no planeada, tiene que avisar a su beneficiario **inmediatamente o en el transcurso de dos (2.0) horas antes** de su hora de empezar.
- Usted debe determinar cuántas horas de ausencia por enfermedad pagada necesita para cada incidente; la cantidad mínima de ausencia por enfermedad pagada que puede usar es una (1.0) hora, con tiempo adicional en incrementos de 30 minutos.

INSTRUCCIONES:

- El proveedor debe completar, firmar y poner fecha a este formulario.
- Usted debe completar un formulario por separado del “Formulario de solicitud del proveedor para pago por ausencia por enfermedad” por cada beneficiario para quién usted trabaje durante las horas de ausencia por enfermedad que está solicitando.
- Usted debe presentar la segunda hoja completa del “Formulario de solicitud del proveedor para pago por ausencia por enfermedad” a la dirección indicada en el formulario, antes de o al mismo tiempo de que presente el registro de sus horas trabajadas para el periodo durante el cual está solicitando ausencia por enfermedad pagada.
- La falta de la firma y/o no presentar un “Formulario de solicitud del proveedor para pago por ausencia por enfermedad” a tiempo podría resultar en un retraso de su pago de ausencia por enfermedad.
- Use tinta negra solamente y escriba firmemente. Los números tendrán que ser legibles.

Información del proveedor:

Nombre del proveedor (letra de molde):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Número del proveedor (9 dígitos):

Información del beneficiario: Beneficiario para quién el proveedor trabaja durante la ausencia por enfermedad pagada.

<u>Nombre del beneficiario:</u>	<u>Número de caso del beneficiario (7 dígitos):</u>
	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

El número mínimo de ausencia por enfermedad pagada que se puede usar por cada incidente es una (1.0) hora, con incrementos adicionales de 30 minutos. Estoy solicitando ausencia por enfermedad pagada para el periodo de _____ en las siguientes(s) fecha(s):

Fecha de ausencia: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Total de horas solicitadas: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Fecha de ausencia: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Total de horas solicitadas: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Fecha de ausencia: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Total de horas solicitadas: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

Yo confirmo que

- **La información proporcionada es verdadera y correcta.**
- **He hablado con mis beneficiarios, y él/ella/ellos saben que estaré tomando ausencia por enfermedad pagada en esas fechas y por la cantidad de tiempo indicado.**

Firma del proveedor:	Fecha:

Por favor presente este formulario completo a la siguiente dirección para procesar:

**Sick Leave Processing Center
P.O. Box 989700
West Sacramento, CA 95798-9700**