

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

INSTRUCCIONES para designar a un representante autorizado:

- Este formulario le permite al solicitante o beneficiario de IHSS o a su representante legal elegir un representante autorizado para el programa de IHSS, e identifica las funciones que el representante autorizado puede desempeñar a nombre suyo. Este formulario es **solamente** para el programa de IHSS.
- Para elegir a un representante autorizado para que represente al solicitante o beneficiario en una audiencia administrativa estatal, complete un formulario por separado, DPA 19 (Representante Autorizado). La persona autorizada en el formulario DPA 19, completado y entregado, puede representar al solicitante o beneficiario en una audiencia administrativa estatal.
- El representante autorizado debe tener 18 años de edad, o más.
- Conforme a la ley estatal, si la persona elegida como representante autorizado **no** es el representante legal del solicitante o beneficiario y **ha sido** encontrado culpable o encarcelado tras una condena por ciertos crímenes exclusivistas durante los últimos 10 años, él o ella **no** puede ser designado como el representante autorizado. Hay dos categorías de crímenes exclusivistas:
 - **Delitos de Nivel 1, como se describen en el Código de Bienestar e Instituciones (WIC), Sección 12305.81, incluyen lo siguiente:**
 1. Abuso especificado de un niño (Código Penal [PC], Sección 273a[a]);
 2. Abuso de un adulto anciano o dependiente (PC, Sección 368); y
 3. Fraude en contra de un programa de cuidado de salud o de servicios de apoyo del gobierno.
 - **Delitos de Nivel 2, como se describen en WIC, Sección 12305.87, incluyen los siguientes:**
 1. Un delito mayor violento o grave, como se especifica en el PC, Sección 667.5(c) y PC, Sección 1192.7(c);
 2. Un delito grave por el cual se le requiere a una persona que se registre como agresor sexual conforme al PC, Sección 290(c); y
 3. Un delito grave por fraude en contra de un programa de servicios sociales públicos, como se define en el WIC Secciones 10980(c)(2) y 10980(g)(2).

Una lista completa de delitos de Nivel 2 está disponible cuando la solicite en la oficina de IHSS del condado o la autoridad pública de IHSS.

- El solicitante o beneficiario o su representante legal puede elegir un nuevo representante autorizado de IHSS, o agregar a alguien más **en cualquier momento** al completar un nuevo formulario y entregándolo al trabajador social del condado.
- El representante autorizado debe actuar a favor de lo que más le convenga al solicitante o beneficiario y solamente puede desempeñar las funciones que se autorizan en este formulario. **El personal del programa de IHSS del condado aún necesita reunirse con el solicitante o beneficiario en persona para hacer preguntas relacionadas a su cuidado y servicios, aunque el representante autorizado también puede estar presente.**
- El representante autorizado puede desempeñar todas las funciones que se indican en la **PARTE B (FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL REPRESENTANTE AUTORIZADO)**; **sin embargo, el solicitante o beneficiario sigue siendo responsable de proveer toda la información necesaria sobre la elegibilidad para el programa.**

INSTRUCCIONES para completar este formulario:

- **Complete la sección** con el nombre del solicitante o beneficiario, el número de caso de IHSS y la fecha.
- **Complete la PARTE A (DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE AUTORIZADO)** y revise la **PARTE B (FUNCIONES DESEMPEÑADAS POR UN REPRESENTANTE AUTORIZADO)** de este formulario para entender qué actividades puede proveerle el representante autorizado al solicitante o beneficiario.
- **Si el esposo o esposa (o pareja doméstica) del solicitante o beneficiario es ambos su proveedor y representante autorizado**, el único documento relacionado al proveedor que esta persona puede firmar es el SOC 862 (Solicitud del beneficiario de *IHSS para un permiso especial para un proveedor*). Complete la **PARTE C (REPORTE DE HORAS Y OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS AL PROVEEDOR FIRMANTE)** para designar a una persona distinta para que sea el representante autorizado del solicitante o beneficiario para firmar los reportes de horas trabajadas y otros documentos relacionados al proveedor.
- Después de completar este formulario y de firmar la **PARTE D (RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO)**, **entregue este formulario al trabajador social del condado.**

Nombre del solicitante/beneficiario	Número del caso de IHSS	Fecha

Soy el representante legal del solicitante o beneficiario.

Soy lo siguiente del solicitante o beneficiario:

Custodio Tutor Padre/Persona legalmente autorizada para tomar decisiones (para el menor de edad).

Entiendo que no necesito completar este formulario para servir como el representante autorizado del solicitante o beneficiario, a menos que:

- Yo tendré la responsabilidad de firmar los reportes de horas de IHSS y otros documentos relacionados al proveedor, en cuyo caso necesitaré completar la **PARTE C (REPORTE DE HORAS Y OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS AL PROVEEDOR FIRMANTE)**.
- Yo designaré a otra persona para que sea el representante autorizado para lo que respecta al programa de IHSS.

PART A. DESIGNACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Complete esta parte del formulario para asignar a la persona que elija el solicitante o beneficiario o su representante legal para que sea su representante autorizado de IHSS.

Si el solicitante o beneficiario o su representante legal desean designar múltiples representantes autorizados de IHSS para desempeñar las funciones anotadas en la **PARTE B**, entonces complete un formulario por separado para cada representante autorizado designado.

El solicitante o beneficiario de IHSS nombra a la siguiente persona como su representante autorizado para el programa de IHSS:

Nombre del representante autorizado	Número de teléfono del representante autorizado	
Dirección del representante autorizado	Ciudad	Código postal

DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, ¿LA PERSONA DESIGNADA EN LA PARTE A. HA SIDO:

- a. Condenada o encarcelada después de una condena por un delito de Nivel 1*?
 Sí No
- b. Condenada o encarcelada después de una condena por un delito de Nivel 2*?
 Sí No

**Ver la página 1 de las instrucciones para la definición de delitos de Nivel 1 y Nivel 2.*

PARTE B. FUNCIONES QUE DESEMPEÑA EL REPRESENTANTE AUTORIZADO

El solicitante o beneficiario de IHSS da su consentimiento al representante autorizado para que lo represente en el programa de IHSS, y pueda desempeñar las siguientes funciones:

- Programar entrevistas y juntas con el personal del programa de IHSS del condado.
- Completar y presentar formularios de solicitud para el programa de IHSS.
- Completar y presentar cualquier formulario adicional y proveer expedientes o información para la elegibilidad del programa de IHSS.
- Reportarle al programa de IHSS del condado dentro de 10 días de cualquier cambio relacionado a la elegibilidad del solicitante o beneficiario, como la composición de los miembros del hogar, la dirección o el número de teléfono, o cualquier periodo de tiempo en el que el solicitante o beneficiario estará fuera del hogar.
- Obtener información del programa de IHSS del condado acerca del estado de su solicitud, y de su elegibilidad continua, incluyendo los servicios y horas autorizados.
- Contratar y despedir a proveedores de IHSS.
- Indicarle al proveedor(es) del solicitante o beneficiario sobre cómo proveerle servicios para el programa de IHSS.
- Revisar el expediente del caso de IHSS del solicitante o beneficiario.
- Firmar los reportes de horas del proveedor de IHSS y otros documentos relacionados al proveedor. **(Complete la PARTE C. REPORTE DE HORAS Y OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS AL PROVEEDOR FIRMANTE).**

PARTE C. REPORTES DE HORAS Y OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS AL PROVEEDOR FIRMANTE

El completar esta parte del formulario le permite al representante autorizado firmar los reportes de horas del proveedor de IHSS, y otros documentos relacionados al proveedor, a nombre del solicitante o beneficiario.

Si el representante autorizado también tiene la función de proveedor del solicitante o beneficiario y no es un representante legal como se describe en la página 1 de este formulario, el solicitante o beneficiario tiene que elegir a un representante autorizado diferente para que firme, a nombre suyo, los reportes de horas del proveedor de IHSS y otros documentos relacionados al proveedor.

Si el solicitante o beneficiario o su representante legal quisieran designar a un representante autorizado para firmar los reportes de horas del proveedor de IHSS y un representante autorizado diferente para firmar otros documentos relacionados al proveedor de IHSS, complete un formulario por cada representante autorizado.

El solicitante o beneficiario de IHSS o su representante legal nombra a la siguiente persona para desempeñar las funciones del programa de IHSS que se designan enseguida:

(Seleccione cualquier función enseguida que el solicitante o beneficiario quiere que desempeñe la persona nombrada abajo marcando la casilla a la izquierda de cada función).

- Firmar los reportes de horas del proveedor de IHSS.
- Firmar otros documentos relacionados al proveedor de IHSS.

Nombre del representante autorizado para firmar los reportes de horas del proveedor y otros documentos relacionados al proveedor	Número de teléfono
---	---------------------------

Dirección	Ciudad	Código postal
------------------	---------------	----------------------

PARTE D. RECONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE O BENEFICIARIO

Entiendo y estoy de acuerdo en seguir todos los términos y condiciones en este formulario. Reconozco además que la información provista en este formulario es cierta y correcta.

Firma del solicitante o beneficiario, o representante legal	Fecha
Nombre impreso del solicitante o beneficiario, o del representante legal	
Firma del representante autorizado designado en la PARTE A	Fecha
Firma del representante autorizado designado en la PARTE C	Fecha

Es necesaria la firma de un testigo o de un Notario Público si el solicitante o beneficiario físicamente no puede firmar el formulario y coloca una marca identificadora en la sección de la firma. *El representante autorizado no puede servir como el testigo.*

Nombre del testigo o Notario Público	
Firma del testigo o Notario Público	Fecha

FOR COUNTY USE ONLY (PARA USO DEL CONDADO SOLAMENTE)

County Social Worker Name	
County Social Worker Signature	Date