



Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

Paquete de orientación en persona

¡Felicitaciones! Está en el paso final de su inscripción como proveedor de IHSS y ahora será elegible para vincularse con los clientes de IHSS. La sesión de hoy durará aproximadamente una hora. No es necesario completar ni entregar hoy los formularios adjuntos a este paquete y están destinados a que los conserve como información como nuevo proveedor. La información de este paquete también se puede encontrar en línea en RiversideIHSS.org. Si tiene preguntas futuras relacionadas con IHSS, llame a la línea IHSS HOME al 1-888-960-4477.

Tabla de contenido

Revise los siguientes recursos incluidos en este paquete:

4	Copia de SOC 846 Acuerdo de inscripción para proveedores
11	Registro del portal de servicios de IHSS & Preguntas Frecuentes
27	Depósito Directo (SOC 829)
32	Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) Verificación de Visita Electrónica (EVV) Servicios de Ubicación Preguntas Frecuentes
41	IHSS Información sobre beneficios y servicios para el proveedor individual de servicios (PUB 104)
45	W-4: Certificado Federal de Retenciones del Empleado
51	DE 4: Certificado de Retenciones Estatal del Empleado
56	Costo compartido de Medi-Cal - Preguntas y Respuestas
59	Infracciones
61	Información del Registro de Autoridad Pública del IHSS

- • • •
- • • •



4

Copia de SOC 846 Acuerdo de inscripción para proveedores

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL
HOGAR (IHSS) — ACUERDO DE INSCRIPCIÓN
PARA PROVEEDORES****Copia del Proveedor**
NÚMERO DE PROVEEDOR

NOMBRE DEL PROVEEDOR (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)

Copia del Proveedor

1. Asistí a la orientación que se requiere para proveedores de IHSS y entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:
 - Me dieron información sobre lo que significa ser un proveedor en el programa de IHSS.
 - Me informaron de mis responsabilidades como proveedor de IHSS.
 - Me informaron de las consecuencias de cometer fraude en el programa de IHSS.
 - Me dieron el número gratuito de la línea de información de Medi-Cal (1-800-822-6222) y la página web (<http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx>) (solo disponible en inglés) para reportar cualquier sospecha de fraude o abuso programático de IHSS.
2. Entiendo los siguientes requisitos relacionados con los reportes de horas:
 - El programa de IHSS solo puede pagarme las horas que trabajo dando servicios autorizados al beneficiario y que anoto en mi reporte de horas.
 - Al firmar mi reporte de horas, estoy diciendo que la información que proporcioné en él es verdadera y correcta.
 - Cada vez que tenga que presentar un reporte de horas, ya sea en papel o electrónicamente, debe ser completado y entregado dentro de las dos semanas a partir del final del período de pago. Si lo completo correctamente y si lo presento a tiempo, me pagarán dentro de los 10 días de la fecha en que lo reciba en centro de procesamiento. Si no presento mi reporte de horas dentro de las dos semanas después del fin del período de pago, es posible que mi pago se demore.
 - No puedo firmar mi reporte de horas de parte del beneficiario ni aprobar mi reporte de horas electrónicamente (aunque el beneficiario comparta conmigo su nombre de usuario y contraseña del Electronic Services Portal [Portal de Servicios Electrónicos] [ESP] o su contraseña del Telephone Timesheet System [Sistema Telefónico de los Reportes de Horas] [TTS]), a menos que yo sea su representante legal (el tutor/curador legal asignado por la corte o el padre de un beneficiario menor de edad) y que se haya presentando al condado el formulario SOC 839 («Designación de un representante autorizado») con la parte C completada.
 - No puedo firmar de parte del beneficiario el reporte de horas de otro proveedor ni aprobar el reporte de horas de otro proveedor electrónicamente (aunque el beneficiario comparta conmigo su nombre de usuario y contraseña del

Copia del Proveedor
NÚMERO DE PROVEEDOR

ESP o su contraseña del TTS), a menos que yo sea el representante legal del beneficiario (el tutor/curador legal asignado por la corte o el padre de un beneficiario menor de edad) O que yo haya sido designado para firmar los reportes de horas de parte del beneficiario mediante la presentación del formulario SOC 839 (con la parte C completada) al condado.

- El aprobar un reporte de horas, ya sea en papel o electrónicamente, de parte del beneficiario cuando no estoy autorizado para hacerlo (según se especifica arriba) se puede considerar un acto de fraude y, como consecuencia, es posible que presenten cargos criminales en mi contra. Es mi responsabilidad asegurarme de que la parte C del formulario SOC 839 haya sido correctamente completada y presentada al condado antes de firmar o aprobar cualquier reporte de horas en nombre del beneficiario.
 - Es un delito proporcionar información falsa en mi reporte de horas y esto podría resultar en un enjuiciamiento criminal.
 - Si me declaran culpable de poner información falsa en mi reporte de horas, además de las posibles sanciones programáticas o criminales, es posible que tenga que reembolsar cada pago excesivo que recibí y pagar sanciones civiles de al menos \$500, y no más de \$1000, para cada acto de fraude.
3. Entiendo que debo completar el formulario I-9 («Verificación de elegibilidad de empleo»), que el beneficiario guardará en sus archivos. El formulario dice que tengo el derecho legal a trabajar en los Estados Unidos.
4. Entiendo que tengo la opción de presentar el formulario W-4 («Certificación de retenciones del empleado») para solicitar que retengan los impuestos federales de mi salario y/o el formulario DE 4 («Employee's Withholding Allowance Certificate») (solo disponible en inglés) para solicitar la retención de los impuestos estatales. Entiendo que si no presento el formulario W-4 y/o DE 4, no se retendrán los impuestos federales/estatales de mi salario.
5. Entiendo que recibiré el formulario SOC 2271 («Notificación para el proveedor acerca de las horas y servicios autorizados del beneficiario y el máximo de horas por semana»), que nombrará a mi(s) beneficiario(s) y los servicios que estoy autorizado para proporcionar a cada uno.
6. Recibí información sobre los requisitos relacionados con los límites de horas trabajadas por semana y del tiempo de traslado, y entiendo lo siguiente:
- Me pagarán horas extras si trabajo más de 40 horas en una semana laboral. La semana laboral empieza el domingo (a la medianoche) y termina a las 11:59 p. m. del sábado siguiente.

Copia del Proveedor
NÚMERO DE PROVEEDOR

- Si trabajo para un beneficiario solamente, cada semana laboral puedo trabajar la máxima cantidad de horas de mi beneficiario, a menos que modifiquemos mi horario para compensar las horas extras que trabajé en otra semana del mismo mes. Esto evita que sobrepase el límite de horas autorizado para mi beneficiario. Si esas horas adicionales resultarían en que trabaje más de 40 horas en la semana laboral o ese mes reciba más horas extras de lo que normalmente recibo, el beneficiario tiene que obtener la aprobación del condado antes de que yo pueda trabajar esas horas adicionales.
- Si presento un reporte de horas que excede el límite semanal de horas y resulta en que reclame más horas extras de lo que normalmente reclamo para una semana laboral, y si no tuve la autorización del condado para hacerlo, recibiré una infracción.
- Si trabajo para múltiples beneficiarios, cada semana laboral estoy autorizado para trabajar un total de 66 horas para todos mis beneficiarios. Si un beneficiario me pide que trabaje horas adicionales, y si ese trabajo sobrepasaría mis 66 horas autorizadas, debo negarme a hacerlo o reducir la cantidad de horas que trabajo para otro beneficio. Esto evita que trabaje más de las 66 horas autorizadas cada semana laboral.
- Si trabajo para múltiples beneficiarios en un solo día, el programa me puede pagar el tiempo que tomo para viajar directamente de un beneficiario a otro. Este tiempo de traslado no se considerará como parte de mis horas semanales máximas.
- Cada semana puedo reclamar un máximo de siete horas por tiempo de traslado.
- Si presento un reporte de horas en que reclamo más de siete horas de tiempo de traslado para una semana laboral, recibiré una infracción.
- Si reclamo más horas de traslado en mi reporte de horas de los que mencioné en el formulario SOC 2255 («Acuerdo del proveedor sobre la semana laboral y el tiempo de traslado»), es posible que el condado me pida comprobante de este tiempo adicional. Si no puedo dárselo, es posible que el tiempo adicional se considere un pago excesivo y/o que se inicie una investigación de fraude.
- Habrá consecuencias para cada infracción que reciba:

Copia del Proveedor
NÚMERO DE PROVEEDOR

Primera infracción	• Recibiré una advertencia por escrito del condado que incluirá información para solicitar que el condado revise mi caso.
Segunda infracción	• Recibiré un aviso que me notifica de la segunda infracción y que me dará información para solicitar que el condado revise mi caso. En este caso, me darán la opción de revisar material sobre los límites de la semana laboral y del tiempo de traslado, y firmar/entregar una certificación a la oficina de IHSS del condado. Si elijo revisar el material y entregar la certificación, esta vez no recibiré la segunda infracción. No obstante, si elijo no revisar el material y entregar la certificación dentro de los 14 días calendario de recibir el aviso, <u>recibiré</u> otro aviso que me confirma la segunda infracción.
Tercera infracción	• Recibiré un aviso sobre la tercera infracción que incluirá información para solicitar que el condado revise mi caso. • Si se me deniega la petición para la revisión de mi caso, recibiré información para solicitar una revisión administrativa estatal de la infracción. • Recibiré una <u>suspensión</u> programática y no podré actuar como proveedor bajo el programa de IHSS por <u>90 días</u>.
Cuarta infracción	• Recibiré un aviso sobre la cuarta infracción que incluirá información para solicitar que el condado revise mi caso. • Si se me deniega la petición para la revisión de mi caso, recibiré información para solicitar una revisión administrativa estatal de la infracción. • <u>No seré elegible</u> para participar como proveedor en el programa de IHSS por <u>un año</u>.

- Si se determina que no soy elegible para trabajar como proveedor de IHSS porque recibí la cuarta infracción, puedo volver a presentar una solicitud para ser proveedor de IHSS al final del período de inelegibilidad. Antes de ser readmitido al programa, tendré que cumplir de nuevo con todos los requisitos de inscripción, incluyendo la revisión de los antecedentes penales, la orientación para proveedores y la presentación de todos los formularios necesarios.

Copia del Proveedor
NÚMERO DE PROVEEDOR

7. Entiendo que, una vez que haya cumplido con los requisitos de elegibilidad, seré elegible para ganar y usar horas de ausencia pagada por enfermedad. Puedo usarlas cuando estoy enfermo o tengo cita médica, o cuando un miembro de mi familia está enfermo o tiene cita médica.
8. Entiendo que, si tiene que pagar parte del costo bajo los términos de Medi-Cal, mi beneficiario será responsable de pagar esa cantidad directamente a mí como parte de mi salario y que esa cantidad no se incluirá en mi cheque.
9. Entiendo que soy una «persona bajo mandato de reportar». Esto significa que estoy bajo mandato legal de reportar cualquier maltrato o descuido que observe mientras trabajo. Puede ser maltrato de:
 - Una persona mayor o un adulto dependiente, lo que tiene que reportarse a la oficina de Adult Protective Services (Servicios para la Protección de Adultos) del condado inmediatamente, o cuando antes posible, según se requiere bajo la sección 15630(b)(1) del Welfare and Institutions Code (Código de Bienestar Público e Instituciones), o
 - Un niño, lo que tiene que reportarse a la oficina de Child Protective Services (Servicios para la Protección de Niños) del condado dentro de las 36 horas de obtener esta información, según se requiere bajo la sección 11166(a) del Penal Code (Código Penal).

Es posible que el maltrato sea del beneficiario al que sirvo, de otra persona en el hogar del beneficiario o de cualquier otra persona.

10. Entiendo que la sección 6253.2 del Government Code (Código Gubernamental) requiere que mi nombre, mi dirección, los números de teléfono de mi casa y de mi teléfono celular y mi dirección electrónica personal se den a la organización laboral local para que me inviten a unirme a su sindicato.
11. Entiendo que no me pagarán por proporcionar servicios autorizados de IHSS cuando mi beneficiario no está en casa (en un hospital de cuidado de corto plazo, centro de cuidado médico continuo / cuidado intermedio, centro para el cuidado en la comunidad o establecimiento de hospedaje y cuidado). Si proporciono asistencia a mi beneficiario en cualquiera de estos establecimientos, no será como proveedor de IHSS. Si reclamo horas de IHSS en mi reporte de horas por ese tiempo, se considerará un acto de fraude.
12. Cooperaré con el personal del estado o del condado para proporcionar cualquier información que mi pida para la evaluación del caso de IHSS del beneficiario.

Copia del Proveedor NÚMERO DE PROVEEDOR

ENTIENDO LAS REGLAS DEL PROGRAMA DE IHSS QUE SE ME EXPLICARON DURANTE LA ORIENTACIÓN PARA PROVEEDORES (INCLUYENDO LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO). TAMBIÉN ENTIENDO LA INFORMACIÓN QUE ME DIO LA OFICINA DE IHSS DEL CONDADO. ACEPTO LA RESPONSABILIDAD DE SEGUIR LA INFORMACIÓN QUE EL CONDADO ME DIO. ENTIENDO QUE SI NO CUMPLO CON LOS REQUISITOS QUE SE ME HAN EXPLICADO, ES POSIBLE QUE CANCELEN MI PARTICIPACIÓN COMO PROVEEDOR DE IHSS.

FIRMA DEL PROVEEDOR DE IHSS

FECHA

Copia del Proveedor

NOMBRE DEL PROVEEDOR (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)**Copia del Proveedor**

- • • •
- • • •



11

Registro del portal de servicios de IHSS & Preguntas Frecuentes



Verificación de visita electrónica (EVV)

Portal de servicios electrónicos (ESP)

Registración de proveedores y beneficiarios

[El Portal de Servicios Electronicos](#)



Para más ayuda por favor comuníquese con el centro de ayuda del IHSS al (866) 376-7066 de lunes a viernes de 8am a 5pm y seleccione la opción del Portal de servicios electrónicos (ESP) para hablar con un representante.

REGISTRACION COMO USUARIO POR PRIMERA VEZ

Si usted está usando este sitio web por primera vez, tendrá que registrarse para una cuenta.

Usted necesitará la siguiente información para registrarse, exactamente como lo muestran en sus archivos del IHSS:

- Su nombre completo
- Su número de proveedor de 9-dígitos (**si usted es un proveedor**), o su número de beneficiario de 7-dígitos (**si usted es un beneficiario**)
- Su fecha de nacimiento
- Los últimos cuatro dígitos de su seguro social
- Un correo electrónico válido

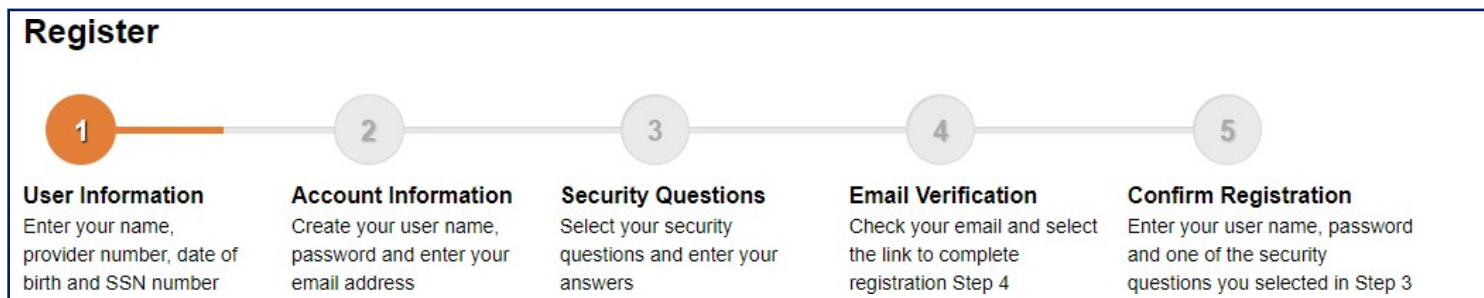
Tenga en cuenta: Aunque no es recomendable, usted puede utilizar el mismo correo electrónico para registrarse como proveedor y registrar a su beneficiario.

Para acceder el Portal de servicios electrónicos, visite este sitio web:

[El Portal de Servicios Electronicos](#)

Hay 5 pasos en el proceso de registración:

Se requiere completar estos pasos solamente una vez, después lo único necesario es iniciar sesión a su cuenta



Tenga en cuenta: Cada paso se marcará con color anaranjado para indicar el paso en el que está actualmente, y cambiara a verde para indicar el paso ya completado.

En la parte de abajo en esta pantalla, usted podrá ver una flecha indicando las opciones de idiomas disponibles. Aquí usted podrá elegir el idioma preferido haciendo clic en la flecha azul. El portal de servicios electrónicos (ESP) está disponible en inglés, español, chino, y armenio.

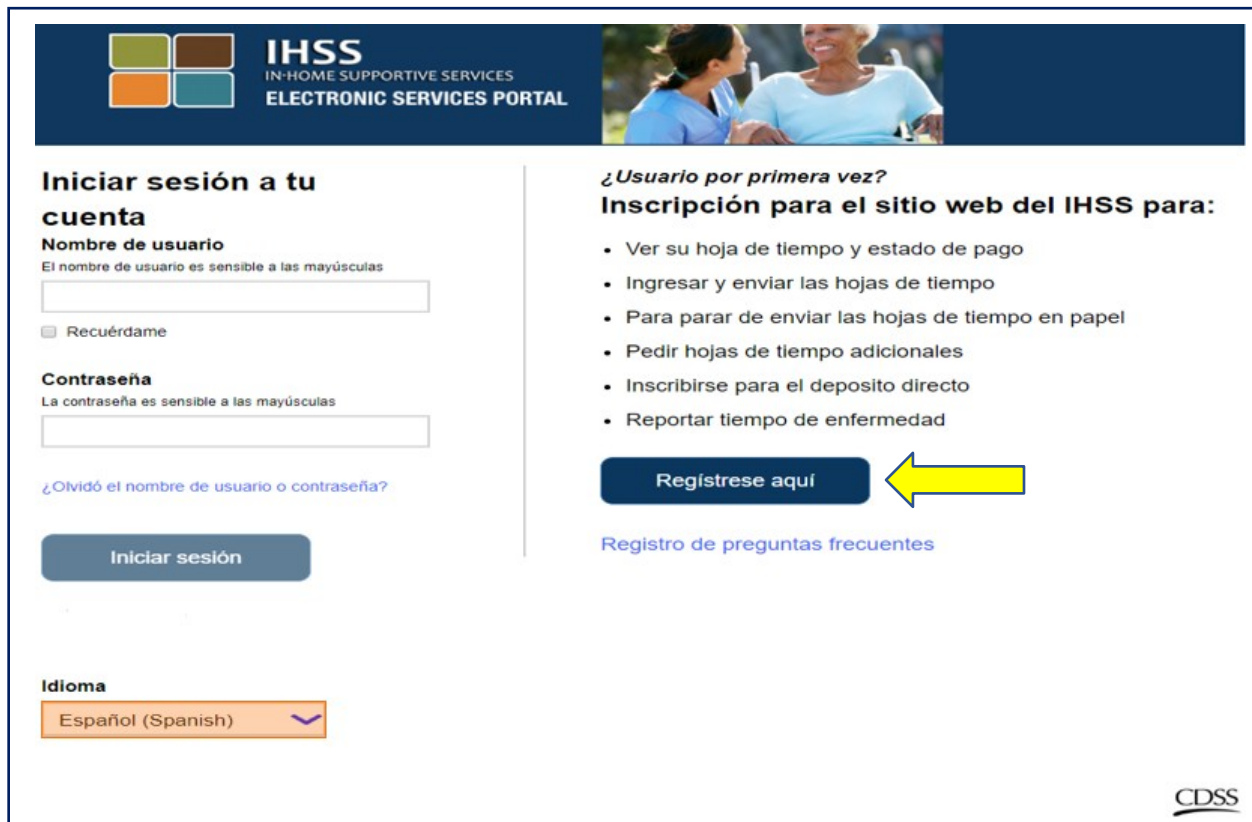


The screenshot shows the IHSS Electronic Services Portal. At the top, there is a header with the IHSS logo (four colored squares: green, brown, orange, and teal) and the text "IHSS IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES ELECTRONIC SERVICES PORTAL". To the right of the header is a photo of a caregiver assisting an elderly woman. Below the header, the page is divided into two main sections. The left section is for logging in, titled "Iniciar sesión a tu cuenta". It includes a "Nombre de usuario" field with a note "El nombre de usuario es sensible a las mayúsculas" and a "Recuérdame" checkbox. Below that is a "Contraseña" field with a note "La contraseña es sensible a las mayúsculas". A link "¿Olvidó el nombre de usuario o contraseña?" is provided. A blue button labeled "Iniciar sesión" is at the bottom of this section. The right section is for new users, titled "¿Usuario por primera vez? Inscripción para el sitio web del IHSS para:". It lists five bullet points: "Ver su hoja de tiempo y estado de pago", "Ingresar y enviar las hojas de tiempo", "Para parar de enviar las hojas de tiempo en papel", "Pedir hojas de tiempo adicionales", "Inscribirse para el deposito directo", and "Reportar tiempo de enfermedad". A blue button labeled "Regístrese aquí" is below the list. At the bottom of the right section is a link "Registro de preguntas frecuentes". At the bottom left of the page is an "Idioma" dropdown menu currently set to "Español (Spanish)". The CDSS logo is in the bottom right corner.

Idioma
Español (Spanish) ▼

Si tiene preguntas antes de comenzar, ay un enlace bajo el botón Regístrese aquí para un “Registro de preguntas frecuentes”. Aquí encontrará un documento que le provee más información sobre qué tipo de información necesitará para completar su registración.

Haga clic el botón **Regístrese aquí** para comenzar el proceso de registración.



The screenshot shows the IHSS Electronic Services Portal. The header includes the IHSS logo and a photo of two people. The main content is divided into two sections. The left section is for logging in, with fields for 'Nombre de usuario' and 'Contraseña', a 'Recuérdame' checkbox, a '¿Olvidó el nombre de usuario o contraseña?' link, an 'Iniciar sesión' button, and a language dropdown set to 'Español (Spanish)'. The right section is for new users, titled '¿Usuario por primera vez? Inscripción para el sitio web del IHSS para:', followed by a bulleted list of services and a 'Regístrese aquí' button. A yellow arrow points to the 'Regístrese aquí' button. A 'Registro de preguntas frecuentes' link is also present.

IHSS
IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES
ELECTRONIC SERVICES PORTAL

Iniciar sesión a tu cuenta

Nombre de usuario
El nombre de usuario es sensible a las mayúsculas

☐ Recuérdame

Contraseña
La contraseña es sensible a las mayúsculas

[¿Olvidó el nombre de usuario o contraseña?](#)

Iniciar sesión

Idioma
Español (Spanish) ▼

¿Usuario por primera vez?
Inscripción para el sitio web del IHSS para:

- Ver su hoja de tiempo y estado de pago
- Ingresar y enviar las hojas de tiempo
- Para parar de enviar las hojas de tiempo en papel
- Pedir hojas de tiempo adicionales
- Inscribirse para el deposito directo
- Reportar tiempo de enfermedad

Regístrese aquí

[Registro de preguntas frecuentes](#)

CDSS

Después de seleccionar el botón **Regístrese aquí**, usted llegará a la pantalla de bienvenida.

Bienvenido

Para inscribirse en ésta página web, usted debe ser proveedor de servicios de apoyo en el hogar para los programas de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) y/o Programa Opcional de Servicios para el Cuidado Personal (WPCS), o ser beneficiario de cualquiera de estos programas. La información que se puede ver en ésta página web está relacionada a los casos de IHSS y/o WPCS solamente. La información recopilada por este sitio web será utilizada para manejar los procesos de los programas de IHSS y WPCS. Su correo electrónico será recopilado durante el proceso de inscripción y será utilizado para enviarle recordatorios y avisos.

Para comenzar, díganos, ¿es usted un beneficiario o un proveedor?

- ☐ Soy un beneficiario
- ☐ Soy un proveedor



Iniciar el proceso de inscripción

Cancelar inscripción

En la parte de arriba de la pantalla, usted vera más información sobre quien puede participar en este sitio web.

- Para comenzar, usted deberá seleccionar si es un “beneficiario” o si es un “proveedor”. Después de hacer su selección, haga clic el botón **Empezar con el proceso de registración.**

Usted llegará a la pantalla de “Registro”. En la parte de arriba usted podrá ver la barra del progreso de su registración.

Aquí podrá ver en que paso esta para completar los 5 pasos fáciles de registración para su cuenta. Usted sabrá en que paso está actualmente porque el paso estará en color anaranjado en la barra de progreso.


IHSS ELECTRONIC SERVICES PORTAL

Registro

1
Información del usuario
Ingrese su nombre, número de proveedor, fecha de nacimiento y número de seguro social

2
Información de la cuenta
Crea tu nombre de usuario, contraseña e ingrese su correo electrónico

3
Preguntas de seguridad
Elija sus preguntas de seguridad e ingrese sus respuestas

4
Verificación de correo electrónico
Revise su correo electrónico y haga clic el enlace para completar el Paso 4 del registro

5
Confirme el registro
Ingrese su nombre de usuario, contraseña y una de las preguntas de seguridad que eligió en el Paso 3

Ingrese su nombre y apellido y su número de proveedor como aparece en sus hojas de tiempo del IHSS/WPCS

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)

Número de caso
Usted tiene que ingresar todos los 7 dígitos de su Número del caso incluyendo los ceros iniciales.

SSN (Últimos 4 números)
Pedimos los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social para que podamos verificar quién es usted.

Siguiente

Atrás

Su primer paso, el **Paso 1** usted tendrá que ingresar su Información del usuario.

Ingrese su información personal para que el Sistema lo revise con los datos en el programa del IHSS o WPCS.

Usted tendrá que ingresar la siguiente información, su:

- Nombre
- Apellido
- Fecha de nacimiento
- Si usted es un proveedor, tendrá que ingresar su número de proveedor. Este número debe ser de 9 dígitos y lo puede encontrar en cualquier documento del programa como un talón de cheque.
- O, si usted es un beneficiario, tendrá que ingresar su número de beneficiario. Este número es de 7 dígitos y lo puede encontrar en cualquier documento del programa como una notificación de acción.
- Últimos cuatro dígitos de su número de seguro social

Si usted ingresa su información y recibe un mensaje diciendo que su información no concuerda con los archivos del programa, por favor comuníquese con su oficina local del IHSS o IHO.

Tenga en cuenta: Su información personal no será grabada en este sitio web, solamente es utilizada para la verificación inicial contra los archivos del programa del IHSS o el sistema del WPCS.

Ya que complete el Paso 1, por favor haga clic el botón **Siguiente**.

IHSS ELECTRONIC SERVICES PORTAL

Registro

1 **Información del usuario**
Ingrese su nombre, número de proveedor, fecha de nacimiento y número de seguro social

2 **Información de la cuenta**
Crea tu nombre de usuario, contraseña e ingrese su correo electrónico

3 **Preguntas de seguridad**
Elija sus preguntas de seguridad e ingrese sus respuestas

4 **Verificación de correo electrónico**
Revise su correo electrónico y haga clic el enlace para completar el Paso 4 del registro

5 **Confirme el registro**
Ingrese su nombre de usuario, contraseña y una de las preguntas de seguridad que eligió en el Paso 3

Ingrese su nombre y apellido y su número de proveedor como aparece en sus hojas de tiempo del IHSS/WPCS

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)

Número de caso
Usted tiene que ingresar todos los 7 dígitos de su Número del caso incluyendo los ceros iniciales.

SSN (Últimos 4 números)
Pedimos los últimos 4 dígitos de su Número de Seguro Social para que podamos verificar quién es usted.

Siguiente **Atrás**

Usted sabrá que ha completado cada paso porque este paso se cambiará a color verde en la barra de progreso.

Para el **Paso 2**, usted tendrá que ingresar la siguiente información para crear su cuenta nueva:

- Crea su Nombre de usuario:
 - Su nombre de usuario es sensible a las mayúsculas y puede ser lo que usted guste, debe ser de 6 caracteres, que pueden ser números, letras o símbolos.
 - Asegúrese que su nombre de usuario sea algo que sea fácil de recordar, usted lo necesitara para completar su registración e ingresarse a su cuenta.

- Después, crea su contraseña:
 - Su contraseña es sensible a las mayúsculas y debe ser por lo menos 8 caracteres de largo, debe ser una combinación de letras y por lo menos dos números sin caracteres especiales.
 - Asegúrese que sea algo que sea fácil de recordar, usted lo necesitara para completar su registración e ingresarse a su cuenta.
- Confirme su contraseña
 - Ingrese la misma contraseña de nuevo
- Después ingrese su correo electrónico.
 - Ingrese un correo electrónico valido, este se utilizará para enviarle notificaciones acerca de su cuenta.
- Es recomendable que el proveedor solo utilice el mismo correo electrónico para registrar a su beneficiario solo si es la persona autorizada para firmar sus hojas de tiempo del beneficiario o si tienen autoridad legal, por ejemplo, los padres de un beneficiario menor de edad.
- Confirmé su correo electrónico
 - Ingrese el mismo correo electrónico una vez mas


IHSS ELECTRONIC SERVICES PORTAL

Registro

1

Información del usuario
 Ingrese su nombre, número de proveedor, fecha de nacimiento y número de seguro social

2

Información de la cuenta
 Crea tu nombre de usuario, contraseña e ingrese su correo electrónico

3

Preguntas de seguridad
 Elija sus preguntas de seguridad e ingrese sus respuestas

4

Verificación de correo electrónico
 Revise su correo electrónico y haga clic el enlace para completar el Paso 4 del registro

5

Confirme el registro
 Ingrese su nombre de usuario, contraseña y una de las preguntas de seguridad que eligió en el Paso 3

Crear el nombre de usuario
 El nombre de usuario es sensible a las mayúsculas y debe tener por lo menos 6 caracteres de largo. No puede tener espacios en blanco y no puede tener los caracteres # o % o & o ' o " o > o ?.

Crear la contraseña
 La contraseña es sensible a las mayúsculas y debe de ser por lo menos 8 caracteres de largo y contener una combinación de letras y por lo menos 2 números.

Confirme la contraseña

Correo electrónico
 Es recomendable que los proveedores y beneficiarios tengan su propia cuenta de correo electrónico. El correo electrónico será utilizado para obtener correos electrónicos del sitio web del IHSS, recuperación del nombre de usuario y restablecimiento de la contraseña.

Confirme el correo electrónico



Después de completar el Paso 2, haga clic el botón **Siguiente**

En el **Paso 3**, usted tendrá que ingresar algunas **Preguntas de seguridad**.

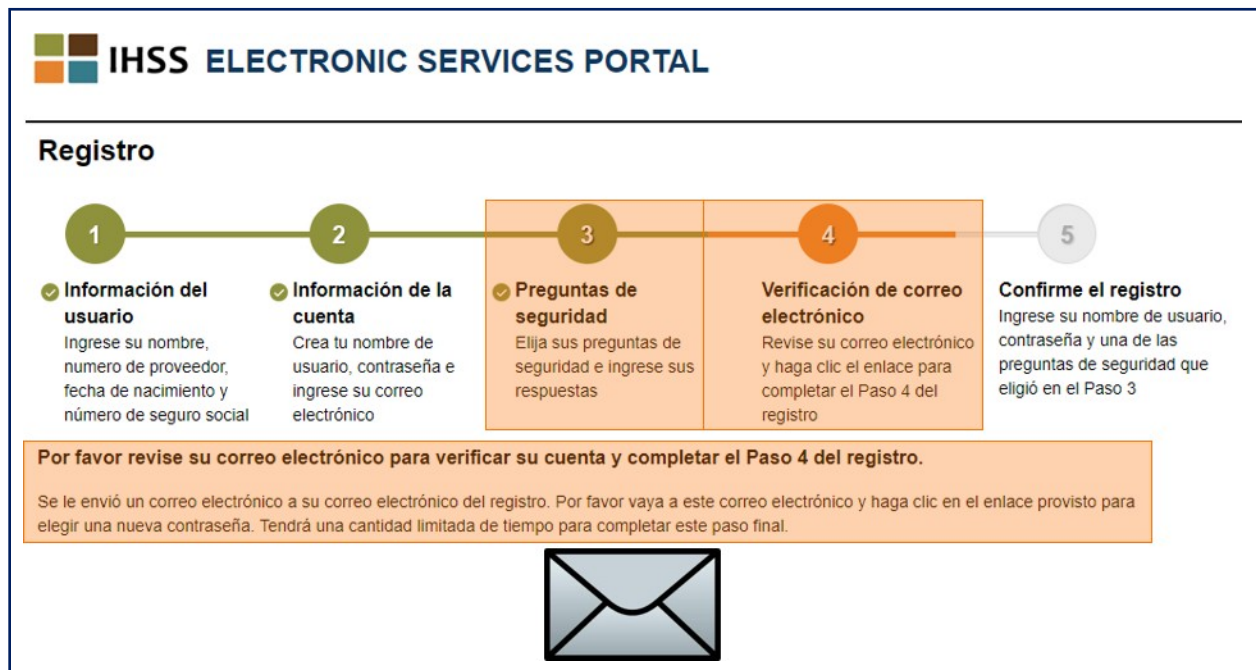
Usted elegirá tres preguntas de seguridad de la lista disponible. Haga clic en la flecha a la derecha y se abrirá la lista de preguntas disponibles para elegir.

- Asegúrese que sus respuestas a las preguntas de seguridad sean difíciles para que otros adivinen, pero fácil para que usted recuerde. Usted utilizará estas preguntas para completar su registración, al igual serán necesarias para reestablecer su contraseña si es necesario.
- Una vez ya haya elegido sus respuestas a sus tres preguntas de seguridad, haga clic el botón **Siguiente** para completar el Paso 3.

Usted notará en la Barra de progreso que ahora está en el **Paso 4**

- Una notificación se le enviara al correo electrónico que usted ingreso durante el Paso 2. Usted tendrá que verificar su correo electrónico.
- Revise su correo electrónico y busque una notificación del sitio web del IHSS.

Tenga en cuenta: Si usted no ve una notificación en su buzón principal de su correo electrónico, revise el folder spam y busque la notificación ahí.



Aquí está un ejemplo de la notificación que se le enviara a su correo electrónico:

IHSS

Gracias por registrarse en el sitio web del IHSS Electronic Services Portal (ESP) con el nombre de usuario PINETREE 01. Para terminar de crear su cuenta, haga clic en el enlace a continuación e inicie sesión en la aplicación.

Verifica mi correo electrónico e iniciar sesión Este enlace expirará después de **05/08/2019 11:19**. Si el enlace se ha caducado, tendrá que comenzar el proceso de registración de nuevo.

Por favor de no responder a este correo electrónico. Si tiene preguntas acerca de este correo electrónico o el sistema de hojas de tiempo electrónicas del programa IHSS/WPCS, por favor de llamar a la línea de servicios de las hojas de tiempo electrónicas durante las horas de oficina al 1-866-376-7066 (seleccione la opción 4 para ayuda acerca de las hojas de tiempo electrónicas).

Respetamos tu privacidad. Revise nuestra [política de privacidad](#) aquí.

Ya que reciba la notificación por correo electrónico, usted tendrá que verificar su correo electrónico. Para poder hacer esto, siga los pasos en la notificación haciendo clic el enlace **Verifica mi correo electrónico e iniciar sesión**.

Tenga en cuenta: Es muy importante que verifique su correo electrónico inmediatamente porque el enlace solo estará accesible por un tiempo limitado. Si el enlace en esta notificación por correo electrónico se vence, usted tendrá que comenzar la registración de nuevo.

¡Felicidades! Ahora que ya ha completado todos los cinco pasos de la registración, usted está registrado y tiene acceso a su cuenta al Portal de servicios electrónicos.

Por favor recuerde proteger su nombre de usuario y su contraseña, manténgala segura y no la comparta con nadie.

 **IHSS ELECTRONIC SERVICES PORTAL**

Registro

1

✓ **Información del usuario**
Ingrese su nombre, número de proveedor, fecha de nacimiento y número de seguro social

2

✓ **Información de la cuenta**
Crea tu nombre de usuario, contraseña e ingrese su correo electrónico

3

✓ **Preguntas de seguridad**
Elija sus preguntas de seguridad e ingrese sus respuestas

4

✓ **Verificación de correo electrónico**
Revise su correo electrónico y haga clic el enlace para completar el Paso 4 del registro

5

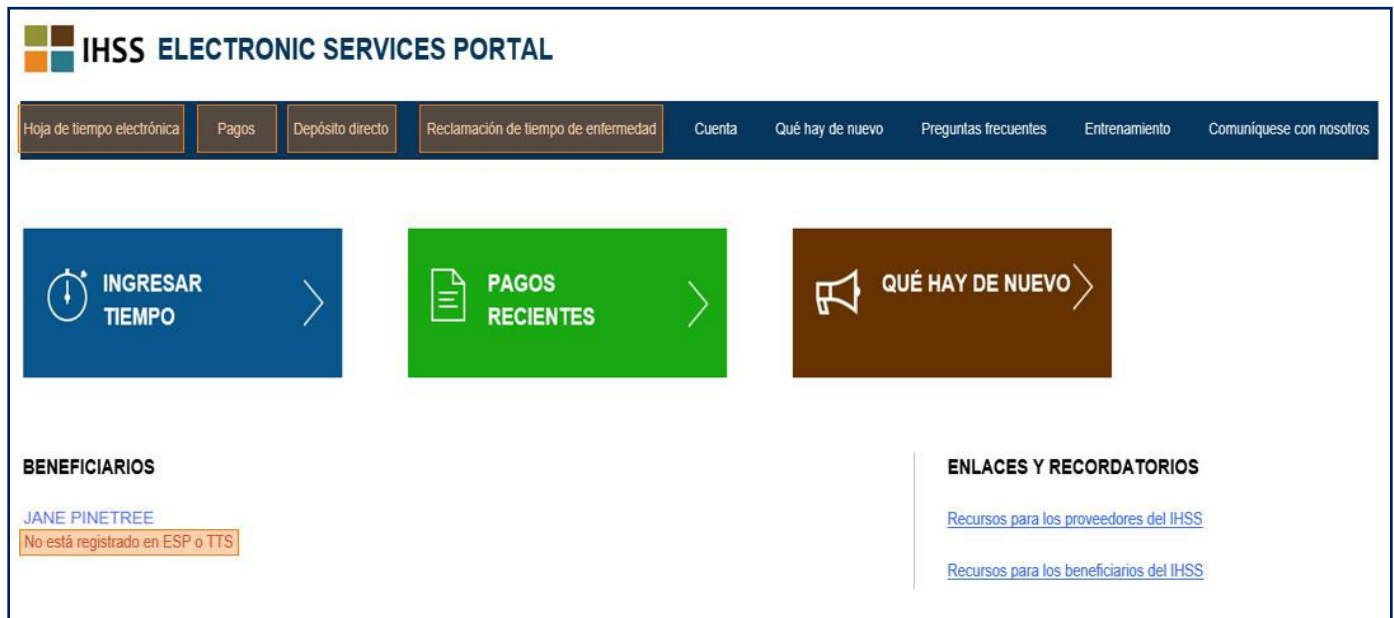
Confirme el registro
Ingrese su nombre de usuario, contraseña y una de las preguntas de seguridad que eligió en el Paso 3

Nombre de usuario
El nombre de usuario es sensible a las mayúsculas

Contraseña
La contraseña es sensible a las mayúsculas

¿Cuál era su apodo de niño?

Ya que haya completado su registraci3n, llegara a la p1gina principal.



Para los proveedores, ahora podr1 hacer lo siguiente en su cuenta:

- Enviar sus hojas de tiempo v1a el Sistema de hojas de tiempo electr3nicas
- Ver el historial de pagos
- Inscribirse para el Dep3sito directo en l1nea
- Y enviar reclamos de Tiempo de enfermedad (Sick Leave) en l1nea

Tenga en cuenta: Cuando est1 en la p1gina principal, usted podr1 ver una lista de todos los beneficiarios para quienes trabaja. Si su beneficiario todav1a no se ha registrado para el ESP o el Sistema de hojas de tiempo telef3nicas (TTS), usted podr1 ver una nota bajo el nombre de cada beneficiario inform1ndole que su beneficiario todav1a tiene que registrarse.

Para los beneficiarios, ahora podr1 hacer lo siguiente en su cuenta:

- Revisar las hojas de tiempo electr3nicas de su proveedor.
- Aprobar o rechazar la hoja de tiempo de su proveedor electr3nicamente.
- Ver el historial de las hojas de tiempo de su proveedor.

Preguntas frecuentes para el registro del portal de servicios electrónicos

Q: Soy usuario por primera vez. ¿Cómo puedo inscribir para el sitio web del IHSS?

A: Valla al sitio web Portal de servicios electrónicos (ESP) www.etimesheets.ihss.ca.gov y seleccione el enlace “Regístrese aquí”. En la página de Bienvenido, seleccione “soy un beneficiario” si usted es un beneficiario o seleccione “soy un proveedor” si usted es un proveedor, después seleccione el enlace “Iniciar el proceso de inscripción” y siga los 5 pasos para completar su inscripción.

Q: ¿Que información es necesaria para completar la inscripción?

A: La siguiente información personal es necesaria para completar la inscripción:

- ✓ Su Nombre
- ✓ Apellido
- ✓ Fecha de nacimiento
- ✓ Número de proveedor de 9-dígitos (si usted es un proveedor) or
- ✓ Número de caso de 7-dígitos (si usted es un beneficiario)
- ✓ Correo electrónico activo
- ✓ Los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social

*Tome en cuenta que la información personal ingresada en este sitio web no será guardada, solo es utilizada para la verificación inicial según la información que está en el sistema de pagos.

Q: ¿Quién puede ayudarme con el proceso de registro?

A: Si necesita ayuda, por favor llame a la línea de asistencia de hojas de tiempo telefónicas al (866) 376-7066 y seleccione la opción 4. Los seminarios web de proceso de registro paso a paso están disponibles en <http://www.cdss.ca.gov/inforesources/IHSS-Providers/Resources/Electronic-Services>.

Q: ¿Quién necesita registrarse primero, el proveedor o el beneficiario?

A: La orden no importa; sin embargo, ambos deben estar registrados para poder utilizar ESP.

Q: Como proveedor, quiero enviar mis hojas de tiempo en línea; sin embargo, mi beneficiario no tiene un dispositivo electrónico (teléfono inteligente, computadora, tableta o computadora portátil) para revisar o aprobar las hojas de tiempo. ¿Que otras opciones están disponibles para mí?

A: Su beneficiario tendrá que estar de acuerdo con usted para enviar sus hojas de tiempo en línea. Si su beneficiario está de acuerdo con usted, usted puede enviar sus hojas de tiempo en línea y su beneficiario podrá revisarlas y aprobarlas usando el Sistema de hojas de tiempo telefónicas (TTS). El beneficiario no tiene que inscribirse para el ESP si desean utilizar TTS. Si su beneficiario no tiene un dispositivo

electrónico para revisar y aprobar sus hojas de tiempo en línea, el beneficiario tendrá que inscribirse para utilizar el servicio TTS antes que usted envíe una hoja de tiempo electrónicamente. Para inscribirse para el TTS su beneficiario tendrá que comunicarse con su oficina local IHSS y pedir un número de acceso seguro conocido como el Numero de Autenticación del Beneficiario o RAN.

Q: ¿Es necesario que yo (beneficiario) me registre en línea para poder utilizar TTS?

A: No, usted no necesita ser registrado en línea para poder utilizar TTS.

Q: Si mi beneficiario no está registrado para utilizar el portal de servicios electrónicos, ¿yo (proveedor) todavía puedo registrarme y utilizar el sistema en línea?

A: Sí, puede inscribirse en el portal de servicios electrónicos. Sin embargo, no podrá enviar hojas de tiempo en línea. Como proveedor, todavía podrá comprobar el estado/historial de las hojas de tiempo y el estado de pago.

Q: Si mi proveedor no está registrado para usar el portal de servicios electrónicos, ¿yo (beneficiario) todavía puedo registrarme y utilizar el sistema en línea?

A: Como beneficiario, puede inscribirse en el portal de servicios electrónicos. Sin embargo, no puede utilizar/hacer ninguna acción de aprobación de las hojas de tiempo hasta que su proveedor se inscribe.

Q: ¿Es necesario que yo (beneficiario) tenga que registrarme en línea para poder utilizar el sistema de horas de teléfono (TTS)?

A: No, no es necesario registrarse para ESP si elige usar TTS. Para usar TTS, como beneficiario, necesita un número de seguridad llamado número de autenticación de beneficiario (RAN). Para configurar RAN usted necesita ponerse en contacto con su oficina local del Condado del IHSS.

Q: ¿Puedo usar hojas de tiempo en papel y hojas de tiempo electrónicas al mismo tiempo?

A: No, no puedes usar los dos al mismo tiempo. Si usted se inscribió para enviar su hoja de tiempo electrónicamente, usted debe parar/cancelar las hojas de tiempo electrónicas para comenzar a recibir hojas de tiempo de papel para el período de pago siguiente.

Q: ¿Cuál es el criterio de contraseña?

A: La contraseña debe ser por lo menos 8 caracteres (máximo de caracteres es 32) de largo y contener una combinación de letras y por lo menos 2 números.

Q: ¿Con qué frecuencia caducan las contraseñas?

A: Las contraseñas se deben restablecer cada 180 días. Usted verá la cuenta regresiva que comienza 14 días antes de la expiración de la contraseña. Aparecerá en la pantalla de inicio de sesión.

Q: ¿Cómo puedo informar el cambio de correo electrónico/dirección de correo?

A: Usted necesitará comunicarse con su condado para actualizar o cambiar su correo electrónico o dirección de correo.

Q: ¿Son las preguntas de seguridad sensible a mayúsculas?

A: No.

Q: El sistema no está reconociendo mi nombre de usuario y contraseña; No puedo terminar el proceso de registro.

A: Intente acceder al proceso de registro de nuevo ya que el enlace puede ser caducado y por favor recuerde escribir su nombre de usuario y contraseña y mantenerlo en un lugar seguro.

Q: Estoy recibiendo los siguientes mensajes: no se encuentra el consumidor IHSS coincidente. El usuario no es elegible para registrarse en el sitio web del IHSS en este momento. ¿Qué necesito hacer en ese caso?

A: Por favor, asegúrese de que su nombre y apellido no esté escrito incorrecto, si tiene dos apellidos ingrese el nombre completo, no olvide incluir el guión entre los apellidos si hay alguno. Toda su información personal debe coincidir con la información proporcionada a su trabajador del condado. Puede verificar la información que ha ingresado con sus talones de pago del IHSS y si descubre que algo es incorrecto, debe comunicarse con su condado para asegurarse de que la información se actualice en los registros de su condado.

Q: No recibí un correo electrónico para completar el proceso de registro. ¿Qué debo hacer en ese caso?

A: Para completar el registro paso 4 necesita recibir un correo electrónico, seleccione el enlace y complete el paso 4 de registro. Revise su buzón, su buzón de spam y basura para buscar el correo electrónico del IHSS.

Q: He ingresado el correo electrónico incorrecto durante el registro. ¿Cómo puedo cambiar mi correo electrónico?

A: Puede llamar a la línea de asistencia de hojas de tiempo telefónicas y pueden cancelar su registro pendiente, para que pueda volver a registrarse de nuevo.

Q: ¿Existen otros idiomas aparte de los 3 idiomas disponibles (Español, Chino, Armenio)?

A: No.

Q: ¿Puedo (proveedor/beneficiario) hablar a la línea de asistencia de hojas de tiempo telefónicas con la ayuda de mi traductor?

A: Sí, se puede.

- • • •
- • • •



27

Depósito Directo (SOC 829)

Proveedores del programa IHSS/WPCS: **El Depósito Directo está disponible para usted**

¿Que es el Depósito Directo?

El Depósito Directo es una opción para recibir sus pagos del IHSS/WPCS.

- ✓ Con el Depósito Directo, su pago del IHSS será depositado directamente a su cuenta de cheques o ahorros, en vez de esperar a que se envíe su pago por correo.

¿Cuáles son algunas de las ventajas de utilizar el Depósito Directo?

- ✓ Usted podrá recibir su pago más rápido
- ✓ Usted no tendrá que preocuparse por que se le pierda o le roben su cheque de pago
- ✓ Usted no tendrá que esperar para que su cheque de pago se le envíe por correo, su pago del IHSS/WPCS será depositado directamente a su cuenta bancariaY

Hay dos maneras de inscribirse para el Depósito Directo:

1. Llene y envíe por correo la forma SOC 829

Para obtener la forma SOC 829

Descarge en www.cdss.ca.gov, o

Llame (866) 376-7066 para solicitar la forma SOC 829 se le enviará por correo

Llene la forma y envíe al:

PROVIDER FORMS PROCESSING CENTER
P.O. BOX 1697
WEST SACRAMENTO, CA 95691-6697

2. Inscripción en línea

www.etimesheets.ihss.ca.gov

Usted debe estar registrado en el sitio web del IHSS

Inicie sesión en su cuenta en el sitio web del IHSS, seleccione la opción de Depósito Directo en el Menú en la parte superior de la pantalla y siga los pasos fáciles.

Para más información sobre el Depósito Directo:

- ✓ Acceda a nuestro sitio web en <http://www.cdss.ca.gov> para descargar la forma SOC 831, o
- ✓ Póngase en contacto con el Proveedor de Asistencia de Depósito Directo al (866) 376-7066.

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) / WAIVER PERSONAL CARE SERVICES (WPCS) PROVIDER DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT/CHANGE/CANCELLATION FORM

PROVIDER NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)

STREET

CITY

STATE

ZIP CODE

Check Appropriate Box:

- ☐ **NEW** By checking this box, I hereby authorize the State controller's Office to directly deposit my pay warrants to my personal bank account.
- ☐ **CHANGE** By checking this box, I hereby authorize the State controller's Office to change my Direct Deposit to my new personal bank account.
- ☐ **CANCEL** By checking this box, I hereby cancel my Direct Deposit authorization.

CASE NUMBER:

PROVIDER NUMBER:

TYPE OF ACCOUNT: ☐ CHECKING ☐ SAVINGS (*CHECK ONLY ONE TYPE*)ROUTING NUMBER: (*MUST BE 9 NUMBERS*)

ACCOUNT #:

BANK NAME:

By signing you acknowledge that you will not send 100% of funds deposited to your bank to another bank outside the US.

SIGNATURE OF PAYEE (*PROVIDER*)

DATE

Please send your COMPLETED Enrollment/Change/Cancellation Form to:

PROVIDER FORMS PROCESSING CENTER
P.O. BOX 1697
West Sacramento, CA 95691-6697

It takes 30 days for you to start receiving Direct Deposit after you submit your request. Your request for Direct Deposit does not change the way you submit your timesheets, so make sure you continue to submit your timesheets as you wait for your Direct Deposit to begin.

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES PROVIDER DIRECT DEPOSIT ENROLLMENT INSTRUCTIONS

You are not eligible for Direct Deposit if you are planning to send 100% of funds deposited to your bank to another bank outside the US.

You will need the following information to complete the Direct Deposit Enrollment Form:

1. The name of your Bank.
2. The Bank Routing Number
3. Your Checking or Savings Account Number. **If you need help identifying this information please ask your Bank for assistance.**

CHECK APPROPRIATE BOX

Please check the box to tell us what you want to do. Check the Box: NEW to enroll in direct deposit; CHANGE to change your bank account; and CANCEL to cancel direct deposit.

Check the box to tell us whether you want your paycheck deposited in your checking or savings account.

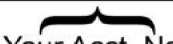
IDENTIFICATION INFORMATION

Provide your Case and Provider number. You will find the case and provider numbers on your IHSS statement of earnings (pay stub).

BANKING INFORMATION

Provide the information requested on the form. You may find the bank information you will need to complete the enrollment form on your personal checks or your bank may assist you. Below is an example of a check and where to find the necessary information.

Check Example:

Your Name		Check NO. 4444
Pay to the Order of _____		
1121456781:	5765432109812	4444
 Routing No.	 Your Acct. No.	 Ck. No.

If you prefer to have your money deposited into your savings account, please contact your bank for assistance.

PROVIDE ALL REQUESTED INFORMATION

All information requested on the form must be provided. Incomplete forms will be returned. To enroll in Direct Deposit you must complete all fields on an Enrollment/change/Cancellation form. Your signature authorizing direct deposit must be an ORIGINAL SIGNATURE, photocopies will not be accepted.

IF YOU WORK FOR MULTIPLE RECIPIENTS

You must complete a separate Provider Enrollment/Change/Cancellation form for EACH Recipient with whom you are employed. When you begin work for a new recipient you will need to complete a new form.

CHANGING OR CANCELING YOUR DIRECT DEPOSIT

Your Direct Deposit will continue to be deposited into the bank account you have chosen until you request a change. If you wish to change or cancel your Direct Deposit authorization for any recipient for whom you work, you must submit an Enrollment/Change/Cancellation form with a check next to the box for Change or Cancel. You may access our website at www.cdss.ca.gov/inforesources/Forms-Brochures to download additional forms or contact the Direct Deposit Help desk toll free at (866) 376-7066.

Please send your COMPLETED Enrollment/Change/Cancellation Form to:

PROVIDER FORMS PROCESSING CENTER

P.O. BOX 1697

West Sacramento, CA 95691-6697

- • • •
- • • •



32

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

Verificación de Visita Electrónica (EVV)

Servicios de Ubicación Preguntas Frecuentes

Servicios de Apoyo En El Hogar (IHSS) Verificación de Visita Electrónica (EVV) Servicios de Ubicación

Preguntas Frecuentes

Cambios en el Sistema de Verificación de Visita Electrónica (EVV)

El Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) recibió orientación del gobierno federal informando a CDSS que, a partir del 1 de julio de 2023, todos los proveedores de IHSS/WPCS que no residan con el beneficiario deberán verificar entra y salida cada día laboral e identificar si los servicios están comenzando o terminando en el hogar o la comunidad.

Qué Significa Esto

Para cumplir con la ley federal y evitar sanciones federales, a partir del 1 de julio de 2023, los sistemas EVV se han actualizado para capturar la ubicación de los proveedores que no residen con el beneficiario de IHSS/WPCS cuando verifiquen entrada y salida cada día que trabajan al seleccionar “hogar”.

Puntos Clave Para Recordar

- A partir del 1 de julio de 2023, los proveedores de IHSS/WPCS que no viven con su beneficiario deberán verificar entrada y salida al comienzo y al final de cada día laboral.
- NO hay cambios para los beneficiarios. Los beneficiarios seguirán revisando y aprobarán o rechazarán las hojas de tiempo electrónicas de su proveedor utilizando el Portal de Servicios Electrónicos (ESP) o el Sistema de Hojas de Tiempo Telefónicas (TTS), tal como lo hacen hoy. No hay impactos en cómo se autorizan los servicios de los beneficiarios o cómo reciben estos servicios.
- NO hay cambios para los proveedores que viven con su beneficiario. Los proveedores que viven con el beneficiario no están obligados a verificar entrada y salida y continuarán completando y enviando sus hojas de tiempo electrónicas de IHSS en línea a través del ESP o el TTS.
- La ubicación o los movimientos de los proveedores que no viven con el beneficiario no se rastrean a lo largo del día. La ubicación del proveedor solo se confirmará al momento de verificar entrada o de salida y el proveedor selecciona “hogar” para confirmar que el beneficiario está recibiendo los servicios autorizados de IHSS en su propio hogar.

- Si un proveedor externo trabaja para varios beneficiarios, debe verificar entrada/salida para cada beneficiario. Está bien que los horarios de entrada y salida se superpongan cuando se brindan servicios para múltiples beneficiarios.
- Los proveedores que no viven con el beneficiario pueden ingresar fácilmente sus horas y minutos trabajados cada día cuando se retiran, o en su hoja de tiempo electrónica de IHSS antes de enviarla a su beneficiario para su aprobación como lo hacen hoy.
- El sistema EVV permitirá que un proveedor corrija cualquier error en la información de entrada y salida antes de enviar su hoja de tiempo para su aprobación.
- A los proveedores todavía se les paga en función de la cantidad de horas y minutos trabajados, no del tiempo entre la verificación de entrada y salida.

Preguntas Frecuentes

R: La ley federal requiere que los sistemas EVV capturen electrónicamente la ubicación de los proveedores de IHSS/Exención de Servicios de Atención Personal (WPCS) al comienzo y al final de cada día laboral para confirmar que los beneficiarios reciban los servicios en su hogar. California debe actualizar el sistema EVV para cumplir o el gobierno federal seguirá imponiendo multas financieras al estado.

P: ¿Cómo hago esto en una hoja de tiempo en papel?

R: Desde el 31 de diciembre de 2020, el uso de hojas de tiempo electrónicas ha sido una condición de empleo para los proveedores de IHSS.

P: ¿El gobierno nos está rastreando?

R: No, no será rastreado. La ubicación geográfica no se confirmará a lo largo del día o cuando un proveedor se identifique verificado en la “comunidad”. La ubicación geográfica solo se verificará electrónicamente cuando haga la verificación al comienzo de cada día laboral y la verificación al final de cada día laboral al seleccionar “Hogar”.

P: ¿Por qué están haciendo esto después de que nos dijeron que no tendríamos ningún Sistema de Posicionamiento Global (GPS) que rastrea?

R: Según los comentarios de las partes interesadas de IHSS para no utilizar GPS, el Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) presentó un plan a la organización Federal de los Centros de Servicios de Medicare/Medicaid (CMS) que requería que los proveedores ingresaran su ubicación en un sistema electrónico. en lugar de utilizar GPS. Sin embargo, CMS ahora ha determinado que el proceso no cumple con el requisito federal de que la ubicación del proveedor debe capturarse electrónicamente al comienzo y al final de los servicios que se brindan para cada día laboral. California estaba obligado a pagar multas financieras a partir del 1 de enero de 2021, hasta que el sistema EVV cumpla con la ley federal.

Verificar Entrada y Salida

P: ¿Significa esto que los proveedores deben verificar entrada y salida durante todo el día para cada servicio que brindan al beneficiario?

R: No, los proveedores solo tendrán que verificar una vez al día para cada beneficiario para el que trabajan. Si un proveedor trabaja para un beneficiario que recibe tanto IHSS como WPCS, el proveedor debe verificar entrada y salida para cada programa por separado.

P: ¿Qué pasa si cometo un error?

R: El sistema le permitirá corregir cualquier error. Los proveedores aún podrán revisar y actualizar su hoja de tiempo antes de enviarla a su beneficiario para su aprobación, tal como lo puede hacer usted hoy.

P: ¿Qué sucede si olvido hacer la verificación de entrada y salida?

R: Puede verificar entrada y salida tan pronto como pueda. Podrá actualizar la información cuando llene la entrada de su hoja de tiempo en el Portal de Servicios Electrónicos (ESP).

P: ¿Tengo que volver a la ubicación si me olvido de hacer la verificación de entrada/salida?

R: No, puede actualizar la información de verificación de entrada/salida en el ESP en la pantalla de entrada de la hoja de tiempo en el Campo de tiempo de “inicio” y “finalización”.

P: Si ya verifiqué entrada/salida por el día, pero debo regresar a la casa del beneficiario para brindar servicios adicionales, ¿simplemente vuelvo a verificar de nuevo?

R: Sí. El sistema se completará en su hoja de tiempo la primera vez que verifico y la última vez que se retiró por la noche. Las horas que ingrese como horas trabajadas son las que se le pagan, al igual que hoy.

P: ¿Qué sucede si trabajo para varios beneficiarios?

R: Cada día se le pedirá que verifique la entrada y la salida de cada beneficiario para el que trabaje. Las horas de inicio y finalización pueden superponerse. Aún deberá asegurarse de capturar la cantidad de horas que trabaja cada día para cada beneficiario, tal como lo hace hoy. Aún deberá enviar una hoja de tiempo para cada beneficiario para el que trabaja. Se le seguirá pagando por las horas y los minutos trabajados, no por el tiempo entre entrada y salida.

P: ¿Qué sucede si trabajo en el hogar y en la comunidad el mismo día? ¿Cómo haría la verificación de entrada y salida?

R: Hará la verificación de entrada al comienzo del primer servicio que brindó para el día y la verificación de salida al final del último servicio que brindó para el día. Elegirá su ubicación de “hogar” o “comunidad” dependiendo de dónde se encuentre durante la hora de inicio y la hora de finalización de su día laboral. No necesita registrarse para cada servicio, solo una vez al comienzo y una vez al final de su día laboral para cada beneficiario.

R: CDSS se asegurará de que tenga los recursos de información que necesita para realizar este cambio. Nos aseguraremos de que haya muchos materiales de información disponibles en línea y programaremos clases de información en línea, tal como lo hicimos para la implementación de EVV. Además, podrá comunicarse con el Centro de Ayuda de IHSS al (866) 376-7066, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., excepto días festivos.

Aplicación Móvil EVV

P: ¿Se requiere la aplicación móvil EVV?

R: Los proveedores no están obligados a usar la aplicación móvil, es opcional. La aplicación móvil EVV es un instrumento adicional que está disponible para que los proveedores la utilicen para registrarse de manera conveniente.

P: ¿Puedo enviar mis hojas de tiempo usando la aplicación móvil EVV?

R: No. Los proveedores enviarán electrónicamente sus hojas de tiempo de la misma manera que lo hacen hoy, a través del Portal de Servicios Electrónicos (ESP) y/o el Sistema Telefónico de Hojas de Tiempo (TTS).

P: ¿Puedo hacer la verificación de entrada con la aplicación móvil EVV y la verificación de salida con ESP o TTS?

R: Sí.

P: ¿Cuál es la ventaja de la aplicación móvil EVV?

R: Se puede acceder fácilmente a la aplicación y puede realizar la verificación de entrada/salida convenientemente y completar automáticamente sus horas en su hoja de tiempo electrónica, y puede elegir la ubicación (ya sea casa o comunidad).

P: ¿Los datos tienen que estar “activados” para usar la aplicación móvil? En otras palabras, ¿necesita acceso a Internet?

R: Para descargar la aplicación móvil EVV en su dispositivo móvil, necesitará acceso a Internet. Después de descargar la aplicación, no necesita conexión a Internet para usar la aplicación. La información de verificación de entrada/salida se almacenará y actualizará una vez que tenga conexión a Internet.

P: ¿La aplicación móvil EVV estará disponible en otros idiomas? ¿Qué idiomas están disponibles?

R: La aplicación móvil EVV estará disponible en los cuatro idiomas básicos: inglés, armenio, español y chino. La aplicación móvil EVV es gratuita.

P: ¿Es un requisito ingresar mis horas trabajadas en la aplicación móvil EVV? ¿Ahora tengo que ingresarlo todos los días?

R: No. Ingresar sus horas diariamente no es un requisito durante la verificación de entrada/salida. Esta opción está disponible para los proveedores que prefieren completar sus horas en ese momento en lugar de esperar hasta el final de la semana laboral. Tendrá tiempo para ingresar sus entradas de verificación más tarde cuando llene su hoja de tiempo si así lo desea.

P: ¿Cuándo estará disponible para descargar la aplicación móvil EVV?

R: La nueva aplicación gratuita EVV Móvil se puede descargar el 1 de julio de 2023.

P: ¿Puedo descargar la aplicación móvil de EVV antes?

R: No. La aplicación móvil de EVV estará disponible en las tiendas de aplicaciones el 1 de julio de 2023. Las tiendas de aplicaciones no permitirán que se descargue la aplicación móvil de EVV antes de su lanzamiento. en vivo el 1 de julio de 2023.

P: ¿Vamos a tener que seguir cambiando nuestra contraseña como lo hace el sistema actual?

R: Dado que está utilizando el mismo nombre de usuario y contraseña de ESP para iniciar sesión en la aplicación móvil EVV, la actualización de su contraseña permanecerá como se hizo hoy. Cuando actualice su contraseña ESP, también se actualizará en la aplicación móvil EVV

P: ¿La aplicación móvil EVV hará que inicie sesión cada vez que haga verificación de salida y entrada?

R: Según el almacenamiento de datos/memoria de su dispositivo, es posible que deba iniciar sesión cada vez para registrarse y salir.

P: ¿Cuánto tardan las entradas de la aplicación móvil EVV en actualizarse en su hoja de tiempo ESP?

R: Por lo general, solo toma unos minutos actualizar la información de la aplicación móvil EVV en su hoja de tiempo.

Hogar o Comunidad

P: ¿Verifico entrada y salida desde la "casa" o la "comunidad" cuando comienzo o finalizo los servicios de IHSS para el beneficiario en mi casa (del proveedor)?

R: Las regulaciones requieren que el IHSS se complete en la casa del beneficiario. Los servicios que pueden ocurrir en la "comunidad" incluyen compras de comestibles, mandados, recoger medicamentos, lavandería o acompañamiento médico, todos los demás de IHSS deben llevarse a cabo en la propia casa del beneficiario, o usted vive en la misma casa. Su día de trabajo de IHSS comienza en el momento en que empieza el primer servicio y no incluye el tiempo de viaje.

P: ¿Qué sucede si empiezo cada día en la comunidad?

R: Las reglamentaciones exigen que servicios de IHSS se complete en el propio hogar del beneficiario, o usted vive en el mismo hogar, por lo que la mayoría de los servicios de IHSS se llevarán a cabo en el propio hogar del beneficiario. Los únicos servicios del IHSS que pueden considerarse "comunitarios" son compras, mandados, acompañamiento médico y, en algunos casos, se puede permitir la lavandería.

Los proveedores de IHSS que no viven en el lugar no deben de verificar entrada antes de llegar a la casa del beneficiario, a menos que completen ciertos servicios de IHSS y no se les pague por el tiempo de viaje. El registro continuo de entrada/salida de la "comunidad" puede marcar el caso para un seguimiento adicional.

P: ¿Qué pasa si cuido al beneficiario en mi casa durante el día y lo llevo a casa por la noche?

R: Las regulaciones de IHSS requieren que los servicios se realicen en la propia casa del beneficiario. Los únicos servicios que se pueden brindar en la "comunidad" son compra de comestibles, mandados, recoger medicamentos, lavandería o acompañamiento médico, todos los demás servicios de IHSS deben realizarse en el propio domicilio del beneficiario. Si hay circunstancias en las que los servicios de atención personal se brindan en otro lugar que no sea el hogar del beneficiario, los proveedores deben comunicarse con su trabajador social en la oficina de IHSS del condado.

Viajar

P: ¿Qué sucede si viajo fuera del país con mi beneficiario? ¿Cómo verifico entrada y salida?

R: Al igual que hoy, los beneficiarios deben ser residentes actuales que viven en el estado de California para recibir IHSS. Los beneficiarios deben comunicarse con su trabajador social en la oficina de IHSS del condado tan pronto como planeen un viaje fuera de los Estados Unidos. Cuando se encuentre fuera de los Estados Unidos, IHSS solo se puede proporcionar con la aprobación del condado según las reglamentaciones relacionadas con los viajes fuera del país descritas en el Manual de Políticas y Procedimientos (MPP) 30-770.46-.46(b).

P: ¿Qué sucede si viajo con mi beneficiario fuera del estado de California?

R: Al igual que hoy, los beneficiarios deben ser residentes actuales que vivan en el estado de California para recibir IHSS. Se requiere que los beneficiarios se comuniquen con su trabajador social en la oficina de IHSS del condado tan pronto como planeen un viaje fuera del estado. Si un proveedor viaja temporalmente con el beneficiario y planea brindarle IHSS durante el viaje, el beneficiario debe comunicarse con su trabajador social en la oficina de IHSS del condado e informarle sobre los planes de viaje. Los reglamentos relacionados con IHSS mientras se encuentra temporalmente fuera del estado de California se describen en el Manual de políticas y procedimientos (MPP) 30-770.4-.444.

P: ¿Qué sucede si yo (proveedor o beneficiario) me mudo temporal o permanentemente fuera de California?

R: Deberá notificar de inmediato a la oficina de IHSS de su condado. IHSS no se puede proporcionar fuera del estado de California.

P: ¿Qué sucede si viajo fuera del área con el destinatario y no puedo llamar al TTS desde el teléfono fijo del beneficiario para verificar entrada y salida?

R: Todos los viajes fuera del área deben ser aprobados por su trabajador social en la oficina de IHSS del condado. La aplicación móvil EVV y ESP se pueden usar mientras viaja con el beneficiario con el fin de proporcionar IHSS solo cuando su trabajador social en la oficina de IHSS del condado haya aprobado previamente el viaje. Si es un usuario de TTS y no puede usar la línea fija del beneficiario, puede usar la aplicación EVV Mobile, ESP o llamar al TTS y seleccionar “comunidad” para los IHSS aprobados que se realizan fuera del hogar del beneficiario.

P: ¿Pueden los proveedores usar la aplicación móvil EVV o ESP para verificar entrada y salida cuando están fuera del área?

R: Todos los viajes fuera del área deben ser aprobados por la oficina de IHSS del condado. La aplicación móvil EVV y ESP solo se pueden usar cuando se viaja con el beneficiario con el fin de proporcionar IHSS y su trabajador social en la oficina de IHSS del condado ha aprobado previamente el viaje. Los proveedores deben seleccionar “comunidad” al momento de verificar entrada o salida al proporcionar IHSS fuera del hogar del beneficiario mediante la aplicación EVV Mobile, ESP o TTS.

Ubicación

P: ¿Puedo comenzar mi día en la 'comunidad' y terminar de del 'hogar'?

R: Sí

P: Si me detengo en el supermercado de camino al beneficiario, ¿es 'hogar' o 'comunidad'?

R: Comunidad.

P: ¿Por qué solo hay las opciones de “hogar” o “comunidad” y ya no existe la opción de “ambos”?

R: Porque la verificación de entrada/salida confirma su ubicación geográfica en tiempo real. No puedes estar en el hogar y la comunidad al mismo tiempo.

P: ¿Me registro desde el “hogar” o la “comunidad” cuando comienzo los servicios para el beneficiario en mi hogar?

R: Las regulaciones requieren que el IHSS se complete en la propia casa del beneficiario. Los servicios que pueden brindarse en la comunidad incluyen compras de comestibles, mandados, recoger medicamentos, lavandería o acompañamiento médico; todos los demás IHSS deben realizarse en el hogar del beneficiario. Recuerde que su día laboral de IHSS comienza en el momento en que empieza el primer servicio y no incluye el tiempo de viaje.

¿Soy un proveedor residente (vive con el beneficiario) o no?

P: Soy un proveedor que vive en la misma casa que los beneficiarios para los que trabajo. ¿Soy un proveedor residente?

R: Los cambios de EVV a partir del 1 de julio de 2023 no afectan a los proveedores internos de IHSS/WPCS. Se les pregunta a los proveedores si viven con el beneficiario para el que trabajan al comienzo de cada período de pago y pueden hacer la selección adecuada, o los proveedores que viven en el mismo hogar que los beneficiarios para los que trabajan pueden completar y enviar un formulario de auto certificación del proveedor (SOC 2298) que se puede encontrar en el sitio web de CDSS en <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss/live-in-provider-self-certification> ; o inicie sesión en su cuenta del Portal de Servicios Electrónicos (ESP) y seleccione Financiero <<Proveedor residente <<Certificación de proveedor residente.

P: Completé un formulario SOC 2298, pero ya no vivo con el beneficiario para el que trabajo. ¿Qué debo hacer?

R: Puede completar un formulario de cancelación de auto certificación de proveedor residente (SOC 2299). Encuentre más información en el sitio web de CDSS en <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss/live-in-provider-self-certification>

También puede cancelar su estado residente desde su cuenta del Portal de Servicios Electrónicos (ESP) y seleccionar: Financiero >>Proveedor residente >>Cancelación de certificación de proveedor residente

P: ¿Dónde puedo encontrar información sobre la auto certificación del proveedor residente?

R: La información del proveedor residente, incluido el formulario de auto certificación del proveedor residente (SOC 2298), está disponible en: <https://www.dss.ca.gov/inforesources/ihss/live-in-provider-self-certification>

P: Soy un beneficiario. El proveedor pasa un par de noches en mi casa cada semana. ¿Este proveedor se considera un proveedor interno?

R: No.

P: El beneficiario y yo vivimos juntos, pero seguimos recibiendo notificaciones sobre el cambio de EVV como si no viviéramos juntos.

R: A menos que haya un formulario de auto certificación de proveedor residente (SOC 2298) en el archivo, usted seguirá recibiendo estas notificaciones. Al comienzo de cada período de pago, puede auto certificar que vive con el beneficiario y ya no recibirá los cambios de EVV para los proveedores que no residen en el mismo hogar. Encuentre más información en: <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss/live-in-provider-self-certification>

Recursos adicionales

1. En <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss/ihss-providers/resources/evv-training> se encuentra publicado un enlace al programa de seminarios web de 'EVV Verificación de Entrada y Salida'. Los seminarios web informativos continuarán durante todo el año y el horario se actualizará.
2. Requisito de autorización de firma de la hoja de tiempo de IHSS [ACL 19-115](#)
3. Para obtener asistencia general con la verificación de entrada y salida de EVV, el sitio web del Portal de Servicios Electrónicos o el Sistema de Hojas de Tiempo Telefonicas de IHSS, comuníquese con el Centro de Ayuda de IHSS al (866) 376-7066, de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm, excepto días festivos.
4. Sitio web del Portal de Servicios Electrónicos www.etimesheets.ihss.ca.gov
5. Sistema de Hojas de Tiempo Telefonicas (833) DIAL-EVV o (833) 342-5388
6. Dirección de correo electrónico de IHSS EVV: EVV@DSS.ca.gov

May 16, 2023

- • • •
- • • •

41

IHSS Información sobre beneficios y servicios para el proveedor individual de servicios (PUB 104)

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



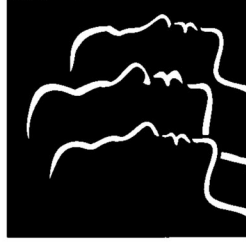
**STATE OF CALIFORNIA
(ESTADO DE CALIFORNIA)**

**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.

45

W-4: Certificado Federal de Retenciones del Empleado

Pasos 1-4:

Consulte a su profesional de impuestos si tiene alguna pregunta sobre estos pasos.

Paso 5:

- Firme en la línea de firma del empleado. El formulario no es válido a menos que lo firme.
- Nombre y dirección del empleador: escriba el nombre y dirección de su cliente de IHSS.
- Primera fecha de empleo: escriba la fecha en que comenzó a trabajar para su cliente de IHSS.
- Número de identificación del empleador (EIN): escriba el número de caso de su cliente de IHSS.

Envíe por correo el formulario W-4 completo en el sobre proporcionado o a la siguiente dirección (puede enviar tanto el W-4 como el DE 4 en el mismo sobre):

Adult Services Division
County of Riverside-DPSS
PO BOX 7300
Moreno Valley, CA 92552-9901

Certificado de Retenciones del Empleado**Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga.****Entregue el Formulario W-4 a su empleador.****La cantidad de la retención de impuestos está sujeta a revisión por el IRS.**

OMB No. 1545-0074

2024**Paso 1:****Anote Su Información Personal**

(a) Su primer nombre e inicial del segundo	Apellido	(b) Su número de Seguro Social
Dirección (número de casa y calle o ruta rural)		¿Coincide su nombre completo y su número de Seguro Social con la información en su tarjeta? De no ser así, para asegurarse de que se le acrediten sus ganancias, comuníquese con la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) al 800-772-1213 o acceda a www.ssa.gov/espanol .
Ciudad o pueblo, estado y código postal (ZIP)		
(c) ☐ Soltero o Casado que presenta una declaración por separado ☐ Casado que presenta una declaración conjunta o Cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos ☐ Cabeza de familia (Marque solamente si no está casado y paga más de la mitad del costo de mantener una vivienda para usted y una persona calificada).		

Complete los Pasos 2 a 4 SOLAMENTE si le aplican a usted; de lo contrario, siga al Paso 5. Vea la página 2 para obtener más información sobre cada paso, saber quién puede reclamar la exención de la retención y saber cuándo utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.**Paso 2:****Personas con Múltiples Empleos o con Cónyuges que Trabajan**

Complete este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) está casado y presenta una declaración conjunta y su cónyuge también trabaja. La cantidad correcta de retención depende de los ingresos obtenidos de todos los empleos.

Tome **sólo una** de las siguientes opciones:

- (a) Utilice el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular su retención con la mayor precisión en este paso (y en los Pasos 3 a 4). Si usted o su cónyuge tiene ingresos del trabajo por cuenta propia, utilice esta opción; o
- (b) Utilice la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos** en la página 3 y anote el resultado en el Paso 4(c) a continuación; o
- (c) Marque este recuadro si sólo hay dos empleos en total. Haga lo mismo en el Formulario W-4 para el otro empleo. Esta opción es, por lo general, más precisa que (b) si el pago del empleo que le paga el salario más bajo es mayor que la mitad del pago del empleo que le paga el salario más alto. De lo contrario, (b) es la opción más precisa ☐

Complete los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para sólo UNO de sus empleos. Deje esas líneas en blanco para los otros empleos. (Su cálculo de la retención será más preciso si completa los Pasos 3 a 4(b) en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto).**Paso 3:****Reclamación de Dependiente y Otros Créditos**

Si su ingreso total va a ser \$200,000 o menos (\$400,000 o menos si es casado que presenta una declaración conjunta):

Multiplique la cantidad de hijos calificados menores de 17 años por \$2,000 \$

Multiplique el número de otros dependientes por \$500 \$

Sume las cantidades anteriores para los hijos calificados y otros dependientes. A esta cantidad puede sumarle cualquier otro crédito. Anote el total aquí

3 \$**Paso 4****(opcional): Otros Ajustes**

- (a) **Otros ingresos (no incluya los ingresos de ningún empleo o del trabajo por cuenta propia).** Si desea que se le retengan impuestos por otros ingresos que espera este año que no tendrán retenciones, anote aquí la cantidad de los otros ingresos. Esto puede incluir intereses, dividendos e ingresos por jubilación
- (b) **Deducciones.** Si espera reclamar deducciones diferentes a la deducción estándar y desea reducir su retención, utilice la **Hoja de Trabajo para Deducciones** en la página 3 y anote el resultado aquí
- (c) **Retención adicional.** Anote todo impuesto adicional que desee que se le retenga en cada período de pago

4(a) \$**4(b)** \$**4(c)** \$**Paso 5:****Firme Aquí**

Bajo pena de perjurio, declaro haber examinado este certificado y que, a mi leal saber y entender, es verídico, correcto y completo.

Firma del empleado (Este formulario no es válido a menos que usted lo firme).**Fecha****Para Uso Exclusivo del Empleador**

Nombre y dirección del empleador

Primera fecha de empleo

Número de identificación del empleador (EIN)

Instrucciones Generales

Las secciones a las cuales se hace referencia abajo corresponden al Código de Impuestos Internos a menos que se indique de otra manera.

Acontecimientos Futuros

Para la información más reciente sobre los acontecimientos relacionados con el Formulario W-4, como legislación tributaria promulgada después de que éste ha sido publicado, visite www.irs.gov/FormW4SP.

Propósito del Formulario

Complete el Formulario W-4 para que su empleador pueda retener la cantidad correcta del impuesto federal sobre los ingresos de su paga. Si no se le retiene una cantidad suficiente, por lo general, adeudará impuestos cuando presente su declaración de impuestos y puede estar sujeto a una multa. Si se le retiene demasiado, por lo general, recibirá un reembolso. Complete un Formulario W-4 nuevo cuando cambios a su situación personal o financiera modificaran las entradas en el formulario. Para obtener más información sobre la retención y cuándo presentar un Formulario W-4 nuevo, vea la Publicación 505, *Tax Withholding and Estimated Tax* (Retención de impuestos e impuesto estimado).

Exención de la retención. Puede reclamar la exención de la retención para 2024 si **ambas** situaciones a continuación le corresponden: para 2023, usted **no** tenía obligación tributaria federal y para 2024, usted espera **no** tener obligación tributaria federal. Usted no adeudó ningún impuesto federal sobre los ingresos en 2023 si (1) su impuesto total en la línea 24 de su Formulario 1040 o 1040-SR de 2023 es cero (o si la línea 24 es menor que la suma de las líneas 27, 28 y 29) o (2) no estaba obligado a presentar una declaración de impuestos porque su ingreso estaba por debajo del umbral de presentación para su estado civil para efectos de la declaración correcta. Si reclama una exención, no se le retendrá ningún impuesto sobre los ingresos de su cheque de paga y puede estar sujeto a impuestos y multas cuando presente su declaración de impuestos de 2024. Para reclamar la exención de la retención, certifique que cumple con ambas condiciones anteriores escribiendo “*Exempt*” (Exento) en el Formulario W-4 en el espacio debajo del Paso 4(c). Luego, complete los Pasos 1(a), 1(b) y 5. No complete ningún otro paso en el Formulario W-4. Si reclama una exención de la retención, deberá presentar un Formulario W-4 nuevo antes del 15 de febrero de 2025.

Su privacidad. Los Pasos 2(c) y 4(a) solicitan información relacionada con el ingreso recibido de otras fuentes aparte del trabajo asociado a este Formulario W-4. Si le preocupa proveer la información solicitada en el Paso 2(c), usted puede escoger el Paso 2(b) como alternativa; si le preocupa proveer la información solicitada en el Paso 4(a), puede anotar una cantidad adicional que desea que se le retenga por cada período de pago en el Paso 4(c) como alternativa.

Cuándo usar el estimador de retención de impuestos. Considere usar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP si usted:

1. Espera trabajar sólo parte del año;
2. Recibe dividendos, ganancias de capital, Seguro Social, bonos o ingresos de negocios, o está sujeto al Impuesto Adicional del Medicare o al *Net Investment Income Tax* (Impuesto sobre los ingresos netos de inversión); o
3. Prefiere determinar su retención con mayor precisión para situaciones de múltiples empleos.

Trabajo por cuenta propia. Por lo general, adeudará tanto el impuesto sobre los ingresos como el impuesto sobre el trabajo por cuenta propia por cualquier ingreso que reciba, aparte del salario que reciba como empleado. Si quiere pagar estos impuestos por medio de la retención de sus salarios, use el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP para calcular la cantidad que se tiene que retener.

Extranjero no residente. Si es extranjero no residente, vea el Aviso 1392, *Supplemental Form W-4 Instructions for Nonresident Aliens* (Instrucciones suplementarias del Formulario W-4 para extranjeros no residentes), antes de completar este formulario.

Instrucciones Específicas

Paso 1(c). Verifique su estado civil anticipado para efectos de la declaración. Esto determinará la deducción estándar y las tasas de impuesto utilizadas para calcular su retención.

Paso 2. Utilice este paso si (1) tiene más de un empleo a la vez o (2) es casado que presenta una declaración conjunta y tanto su cónyuge como usted trabajan.

La opción **(a)** calcula con mayor precisión el impuesto adicional que se le tiene que retener, mientras que la opción **(b)** lo calcula con menor precisión.

En su lugar, si usted (y su cónyuge) tiene sólo un total de dos empleos, puede marcar el recuadro en la opción **(c)**. El recuadro también tiene que estar marcado en el Formulario W-4 para el otro empleo. Si el recuadro está marcado, la deducción estándar y las escalas de impuestos para cada empleo se reducirán a la mitad para calcular la retención. Esta opción es precisa para empleos con remuneración similar; de no ser así, se le pueden retener más impuestos de lo necesario y esta cantidad adicional será mayor, mientras más grande sea la diferencia salarial entre los dos empleos.



Múltiples empleos. Complete los Pasos 3 a 4(b) en sólo un Formulario W-4. La retención se calculará con mayor precisión si hace esto en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario más alto.

Paso 3. Este paso provee instrucciones para determinar la cantidad del crédito tributario por hijos y el crédito por otros dependientes que puede reclamar cuando presente su declaración de impuestos. Para ser considerado hijo calificado para propósitos del crédito tributario por hijos, el hijo tiene que ser menor de 17 años de edad para el 31 de diciembre, tiene que ser su dependiente que, por lo general, vive con usted por más de la mitad del año y tiene que tener un número de Seguro Social válido. Es posible que pueda reclamar un crédito por otros dependientes por los cuales no puede reclamar un crédito tributario por hijos, como un hijo mayor o un pariente calificado. Para informarse sobre los requisitos adicionales de estos créditos, vea la Publicación 501, *Dependents, Standard Deduction, and Filing Information* (Dependientes, deducción estándar e información para la presentación de la declaración). También puede incluir **otros créditos tributarios** para los cuales usted es elegible en este paso, como el crédito por impuestos extranjeros y los créditos tributarios por estudios. Para hacerlo, sume una cantidad estimada para el año a sus créditos por dependientes y anote la cantidad total en el Paso 3. La inclusión de estos créditos aumentará su cheque de paga y reducirá la cantidad de cualquier reembolso que pueda recibir cuando presente su declaración de impuestos.

Paso 4 (opcional).

Paso 4(a). Anote en este paso el total de sus otros ingresos estimados para el año, si corresponde. No debe incluir los ingresos de ningún empleo o ingresos del trabajo por cuenta propia. Si completa el Paso 4(a), es probable que no tenga que hacer pagos de impuesto estimado para ese ingreso. Si prefiere pagar el impuesto estimado en lugar de tener impuestos sobre otros ingresos retenidos de su cheque de paga, vea el Formulario 1040-ES, *Impuesto Estimado Personal*.

Paso 4(b). Anote en este paso la cantidad proveniente de la línea 5 de la **Hoja de Trabajo para Deducciones** si espera reclamar otras deducciones que no sean la deducción estándar básica en su declaración de impuestos de 2024 y desea reducir su retención para contabilizar estas deducciones. Esto incluye sus deducciones detalladas y otras deducciones, como los intereses de préstamos estudiantiles y las contribuciones a los arreglos *IRA*.

Paso 4(c). Anote en este paso cualquier impuesto adicional que desee retener de su paga en **cada período de pago**, incluida cualquier cantidad proveniente de la línea 4 de la **Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos**. El anotar una cantidad aquí reducirá su cheque de paga y aumentará su reembolso o reducirá cualquier cantidad de impuesto que usted adeude.

Paso 2(b) — Hoja de Trabajo para Múltiples Empleos *(Guarde para sus archivos).*

Complete esta hoja de trabajo si escoge la opción en el Paso 2(b) del Formulario W-4 (la cual calcula el impuesto total adicional para todos los empleos) **sólo** en **UN** Formulario W-4. La retención de impuestos será calculada con mayor precisión si completa la hoja de trabajo y si anota el resultado en el Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**. Para un resultado preciso, entregue un Formulario W-4 nuevo para todos los otros empleos si no ha actualizado su retención de impuestos desde 2019.

Nota: Si más de un empleo tiene salarios anuales de más de \$120,000 o si existen más de tres empleos, vea la Publicación 505 para ver tablas adicionales; o puede utilizar el estimador de retención de impuestos en www.irs.gov/W4AppSP.

- 1 **Dos empleos.** Si tiene dos empleos o si está casado y presenta una declaración conjunta y usted y su cónyuge cada uno tiene un empleo, encuentre la cantidad en la tabla correspondiente en la página 4. Utilizando la fila “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO**” y la columna “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO**”, encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea 1. Luego, **pase** a la línea 3 . . . 1 \$ _____
- 2 **Tres empleos.** Si usted y/o su cónyuge tienen tres empleos a la vez, complete las líneas 2a, 2b y 2c a continuación. De lo contrario, **pase** a la línea 3.
 - a Encuentre la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 utilizando los salarios anuales del empleo que paga mejor en la fila “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO**” y los salarios anuales para el siguiente empleo que le paga mejor en la columna “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO**”. Encuentre el valor en la intersección de los dos salarios de la unidad familiar y anote ese valor en la línea 2a . . . 2a \$ _____
 - b Sume los salarios anuales de la línea 2a de los dos empleos mejor pagados y utilice ese total como los salarios en la fila “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS ALTO**” y utilice los salarios anuales para su tercer empleo en la columna “**Empleo que le paga el salario tributable anual MÁS BAJO**” para encontrar la cantidad de la tabla correspondiente en la página 4 y anote esa cantidad en la línea 2b . . . 2b \$ _____
 - c Sume las cantidades de las líneas 2a y 2b y anote el resultado en la línea 2c . . . 2c \$ _____
- 3 Anote el número de períodos de pago por año para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO**. Por ejemplo, si ese empleo paga semanalmente, anote 52; si paga cada 2 semanas, anote 26; si paga mensualmente, anote 12, etc. . . . 3 _____
- 4 **Divida** la cantidad anual en la línea 1 o la línea 2c por el número de períodos de pago en la línea 3. Anote esta cantidad aquí y en el **Paso 4(c)** del Formulario W-4 para el empleo que le paga el salario **MÁS ALTO** (junto con cualquier otra retención adicional que desee) . . . 4 \$ _____

Paso 4(b) — Hoja de Trabajo para Deducciones *(Guarde para sus archivos).*

- 1 Anote un estimado de sus deducciones detalladas de 2024 (provenientes del Anexo A (Formulario 1040)). Dichas deducciones pueden incluir intereses hipotecarios de vivienda calificados, donaciones caritativas, impuestos estatales y locales (hasta \$10,000) y gastos médicos que excedan del 7.5% de sus ingresos . . . 1 \$ _____
- 2 Anote:

• \$29,200 si es casado que presenta una declaración conjunta o es cónyuge sobreviviente que reúne los requisitos • \$21,900 si es cabeza de familia • \$14,600 si es soltero o casado que presenta una declaración por separado	}	. . . 2 \$ _____
--	---	------------------
- 3 Si la línea 1 es mayor que la línea 2, reste la línea 2 de la línea 1 y anote el resultado aquí. Si la línea 2 es mayor que la línea 1, anote “-0-” . . . 3 \$ _____
- 4 Anote un estimado de los intereses de préstamos estudiantiles, las contribuciones a los arreglos *IRA* deducibles y otros ajustes a los ingresos (provenientes de la Parte II del Anexo 1 (Formulario 1040)). Vea la Publicación 505 para más información . . . 4 \$ _____
- 5 **Sume** las líneas 3 y 4. Anote el resultado aquí y en el **Paso 4(b)** del Formulario W-4 . . . 5 \$ _____

Aviso sobre la Ley de Confidencialidad de Información y la Ley de Reducción de Trámites. Solicitamos la información requerida en este formulario para cumplir con las leyes que rigen la recaudación de los impuestos internos de los Estados Unidos. El Código de Impuestos Internos requiere esta información conforme a las secciones 3402(f)(2) y 6109 y su reglamentación; su empleador la utiliza para determinar la cantidad que le tiene que retener por concepto de impuesto federal sobre los ingresos. El no presentar un formulario debidamente completado resultará en que se le considere una persona soltera que no reclama ningún descuento en la retención; el proporcionar información fraudulenta puede exponerlo a multas. El uso normal de esta información incluye el compartir dicha información con el Departamento de Justicia en sus casos de litigio civil y penal también con las ciudades, estados, el Distrito de Columbia, estados libres asociados con los EE. UU. y territorios estadounidenses, a fin de ayudarlos en aplicar sus leyes tributarias respectivas, y también al *Department of Health and Human Services* (Departamento de Salud y Servicios Humanos) para propósitos del *National Directory of New Hires* (Directorio nacional de personas recién empleadas). Podemos divulgar esta información también a otros países conforme a un tratado tributario, a las agencias del gobierno federal y estatal para hacer

cumplir las leyes penales federales que no tienen que ver con los impuestos o a las agencias federales encargadas de hacer cumplir la ley y a agencias de inteligencia para combatir el terrorismo.

Usted no está obligado a facilitar la información solicitada en un formulario sujeto a la Ley de Reducción de Trámites, a menos que el mismo muestre un número de control válido de la *Office of Management and Budget* (Oficina de Administración y Presupuesto u *OMB*, por sus siglas en inglés). Los libros o registros relativos a un formulario o sus instrucciones tienen que ser conservados mientras su contenido pueda ser utilizado en la aplicación de toda ley tributaria federal. Por regla general, las declaraciones de impuestos y toda información pertinente son confidenciales, según lo requiere la sección 6103.

El promedio de tiempo y de gastos requeridos para completar y presentar este formulario varía según las circunstancias individuales. Para los promedios estimados, vea las instrucciones de la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Si desea hacer alguna sugerencia para simplificar este formulario, por favor envíenosla. Vea las instrucciones para la declaración de impuestos sobre los ingresos.

Casado que Presenta una Declaración Conjunta o Cónyuge Sobreviviente que Reúne los Requisitos

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$0	\$780	\$850	\$940	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,370
\$10,000 - 19,999	0	780	1,780	1,940	2,140	2,220	2,220	2,220	2,220	2,220	2,570	3,570
\$20,000 - 29,999	780	1,780	2,870	3,140	3,340	3,420	3,420	3,420	3,420	3,770	4,770	5,770
\$30,000 - 39,999	850	1,940	3,140	3,410	3,610	3,690	3,690	3,690	4,040	5,040	6,040	7,040
\$40,000 - 49,999	940	2,140	3,340	3,610	3,810	3,890	3,890	4,240	5,240	6,240	7,240	8,240
\$50,000 - 59,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	3,970	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320
\$60,000 - 69,999	1,020	2,220	3,420	3,690	3,890	4,320	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320
\$70,000 - 79,999	1,020	2,220	3,420	3,690	4,240	5,320	6,320	7,320	8,320	9,320	10,320	11,320
\$80,000 - 99,999	1,020	2,220	3,620	4,890	6,090	7,170	8,170	9,170	10,170	11,170	12,170	13,170
\$100,000 - 149,999	1,870	4,070	6,270	7,540	8,740	9,820	10,820	11,820	12,830	14,030	15,230	16,430
\$150,000 - 239,999	1,960	4,360	6,760	8,230	9,630	10,910	12,110	13,310	14,510	15,710	16,910	18,110
\$240,000 - 259,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$260,000 - 279,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,190
\$280,000 - 299,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,790	16,990	18,380
\$300,000 - 319,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	10,990	12,190	13,390	14,590	15,980	17,980	19,980
\$320,000 - 364,999	2,040	4,440	6,840	8,310	9,710	11,280	13,280	15,280	17,280	19,280	21,280	23,280
\$365,000 - 524,999	2,720	6,010	9,510	12,080	14,580	16,950	19,250	21,550	23,850	26,150	28,450	30,750
\$525,000 y más	3,140	6,840	10,540	13,310	16,010	18,590	21,090	23,590	26,090	28,590	31,090	33,590

Soltero o Casado que Presenta una Declaración por Separado

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$240	\$870	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,540	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,910	\$2,040
\$10,000 - 19,999	870	1,680	1,830	1,830	2,350	3,350	3,680	3,680	3,680	3,720	3,920	4,050
\$20,000 - 29,999	1,020	1,830	1,980	2,510	3,510	4,510	4,830	4,830	4,870	5,070	5,270	5,400
\$30,000 - 39,999	1,020	1,830	2,510	3,510	4,510	5,510	5,830	5,870	6,070	6,270	6,470	6,600
\$40,000 - 59,999	1,390	3,200	4,360	5,360	6,360	7,370	7,890	8,090	8,290	8,490	8,690	8,820
\$60,000 - 79,999	1,870	3,680	4,830	5,840	7,040	8,240	8,770	8,970	9,170	9,370	9,570	9,700
\$80,000 - 99,999	1,870	3,690	5,040	6,240	7,440	8,640	9,170	9,370	9,570	9,770	9,970	10,810
\$100,000 - 124,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	9,530	9,730	10,180	11,180	12,180	13,120
\$125,000 - 149,999	2,040	4,050	5,400	6,600	7,800	9,000	10,180	11,180	12,180	13,180	14,180	15,310
\$150,000 - 174,999	2,040	4,050	5,400	6,860	8,860	10,860	12,180	13,180	14,230	15,530	16,830	18,060
\$175,000 - 199,999	2,040	4,710	6,860	8,860	10,860	12,860	14,380	15,680	16,980	18,280	19,580	20,810
\$200,000 - 249,999	2,720	5,610	8,060	10,360	12,660	14,960	16,590	17,890	19,190	20,490	21,790	23,020
\$250,000 - 399,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$400,000 - 449,999	2,970	6,080	8,540	10,840	13,140	15,440	17,060	18,360	19,660	20,960	22,260	23,500
\$450,000 y más	3,140	6,450	9,110	11,610	14,110	16,610	18,430	19,930	21,430	22,930	24,430	25,870

Cabeza de Familia

Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS ALTO	Empleo que le Paga el Salario Tributable Anual MÁS BAJO											
	\$0 - 9,999	\$10,000 - 19,999	\$20,000 - 29,999	\$30,000 - 39,999	\$40,000 - 49,999	\$50,000 - 59,999	\$60,000 - 69,999	\$70,000 - 79,999	\$80,000 - 89,999	\$90,000 - 99,999	\$100,000 - 109,999	\$110,000 - 120,000
\$0 - 9,999	\$0	\$510	\$850	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,020	\$1,220	\$1,870	\$1,870	\$1,870	\$1,960
\$10,000 - 19,999	510	1,510	2,020	2,220	2,220	2,220	2,420	3,420	4,070	4,070	4,160	4,360
\$20,000 - 29,999	850	2,020	2,560	2,760	2,760	2,960	3,960	4,960	5,610	5,700	5,900	6,100
\$30,000 - 39,999	1,020	2,220	2,760	2,960	3,160	4,160	5,160	6,160	6,900	7,100	7,300	7,500
\$40,000 - 59,999	1,020	2,220	2,810	4,010	5,010	6,010	7,070	8,270	9,120	9,320	9,520	9,720
\$60,000 - 79,999	1,070	3,270	4,810	6,010	7,070	8,270	9,470	10,670	11,520	11,720	11,920	12,120
\$80,000 - 99,999	1,870	4,070	5,670	7,070	8,270	9,470	10,670	11,870	12,720	12,920	13,120	13,450
\$100,000 - 124,999	2,020	4,420	6,160	7,560	8,760	9,960	11,160	12,360	13,210	13,880	14,880	15,880
\$125,000 - 149,999	2,040	4,440	6,180	7,580	8,780	9,980	11,250	13,250	14,900	15,900	16,900	17,900
\$150,000 - 174,999	2,040	4,440	6,180	7,580	9,250	11,250	13,250	15,250	16,900	18,030	19,330	20,630
\$175,000 - 199,999	2,040	4,510	7,050	9,250	11,250	13,250	15,250	17,530	19,480	20,780	22,080	23,380
\$200,000 - 249,999	2,720	5,920	8,620	11,120	13,420	15,720	18,020	20,320	22,270	23,570	24,870	26,170
\$250,000 - 449,999	2,970	6,470	9,310	11,810	14,110	16,410	18,710	21,010	22,960	24,260	25,560	26,860
\$450,000 y más	3,140	6,840	9,880	12,580	15,080	17,580	20,080	22,580	24,730	26,230	27,730	29,230

DE 4: Certificado de Retenciones Estatat del Empleado

- Escriba su información personal
- Utilice hojas de trabajo para completar las preguntas 1 a 4
- Firme en la línea de firma del empleado. El formulario no es válido a menos que lo firme.
- Sección del empleador: escriba el nombre y domicilio de su cliente de IHSS.
- Número de cuenta de impuestos sobre la nómina del empleador de California: escriba el número de caso de su cliente de IHSS.

Envíe por correo el formulario W-4 completo en el sobre proporcionado o a la siguiente dirección (puede enviar tanto el W-4 como el DE 4 en el mismo sobre):

Adult Services Division
County of Riverside-DPSS
PO BOX 7300
Moreno Valley, CA 92552-9901

Para Información de autocertificación del proveedor residente con quien se convive para la exclusión de impuestos federales y estatales del pago (SOC 2298) visite este sitio web o código QR:
<https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss/live-in-provider-self-certification>



Certificado de Retenciones del Empleado

Complete este formulario para que su empleador pueda retener correctamente de su sueldo el impuesto sobre el ingreso de California.

Escriba su información personal			
Nombre, segundo nombre, apellido		Número de Seguro Social	
Domicilio		Estado civil	
Ciudad	Estado	Código Postal	☐ Soltero o casado (con dos o más ingresos) ☐ Casado (con un ingreso) ☐ Jefe de familia

1. Use la Hoja de trabajo A para retenciones regulares. Use las hojas de trabajo que aparecen en las siguientes páginas, si le aplican.

- 1a. Número de retenciones regulares (Hoja de trabajo A)
- 1b. Número de retenciones de deducciones estimadas (Hoja de trabajo B, si le aplica)
- 1c. Número total de retenciones que solicita

2. Cantidad adicional, si hay alguna, que desea que se le retenga en cada período de pago

(si su empleador está de acuerdo), (**Hojas de trabajo C**)

☐

Exención de retención

3. Solicito una exención de las retenciones para el 2024 y certifico que cumplo con las dos condiciones de exención. (Marque la casilla aquí)

☐

4. Declaro bajo pena de perjurio que **no estoy sujeto** a retenciones de California. Yo cumplo con las condiciones

establecidas en la ley titulada en inglés Service Member Civil Relief Act, la cual fue enmendada por la ley titulada

en inglés Military Spouses Residency Relief Act y la ley titulada en inglés Veterans Benefits and Transition Act of 2018. (Marque la casilla aquí)

Bajo pena de perjurio, declaro que el número de retenciones solicitadas en este certificado no exceden del número al cual tengo derecho o que, si solicito exención de retenciones, tengo derecho a solicitar que se me asigne estatus de exento.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Sección del empleador: Nombre y domicilio del empleador	Número de Cuenta del Impuesto sobre la Nómina del Empleador de California
--	---

Propósito: El Certificado de Retenciones del Empleado (DE 4), es únicamente para propósitos de retener **el Impuesto sobre el Ingreso Personal de California (PIT)**. El formulario DE 4 se usa para calcular la cantidad de impuestos que se retendrán de sus salarios, por parte de su empleador, para reflejar con exactitud su obligación de retener sus impuestos estatales.

El primero de enero de 2020, el *Certificado de Retención del Empleado* (Formulario W-4) del Servicio de Impuestos Internos (IRS) se usa **únicamente** para la retención del impuesto federal sobre el ingreso. Usted debe presentar el formulario estatal DE 4 para determinar el PIT de California.

Si no le proporciona a su empleador el DE 4, el empleador debe usar la retención correspondiente a soltero y sin retenciones.

Revise sus retenciones: Después de que el DE 4 entre en vigor, compare la retención del impuesto estatal sobre el ingreso con su total de impuestos anuales estimados. Para retenciones del estado, use las hojas de trabajo de este formulario.

Exención de retención: Si desea solicitar que se le exente, complete el formulario federal W-4 y el estatal DE 4. Usted puede solicitar que se le exente la retención del impuesto sobre el ingreso de California si cumple con las dos condiciones de exención siguientes:

1. No debe impuestos sobre el ingreso federales o estatales del año pasado, y
2. No espera deber ningún impuesto federal o estatal este año. La exención es válida por un año.

Si continúa calificando para la exención de retención cuando declare impuestos, debe presentar un nuevo DE 4 en el que se le designe como **exento** antes del 15 de febrero de cada año para continuar con su exención. Si no tiene retenciones federales o estatales este año, pero espera tener una responsabilidad fiscal (adeudo) el siguiente año, se le requerirá que le entregue a su empleador un nuevo DE 4 a más tardar el primero de diciembre.

Ley Member Service Civil Relief Act: Bajo esta ley, y conforme a la ley titulada en inglés *Military Spouses Residency Relief Act* y la ley titulada en inglés *Veterans Benefits and Transition Act of 2018*, usted puede ser exento de la retención de impuesto sobre el ingreso de California sobre su salario si:

- (i) (i) Su cónyuge es miembro de las fuerzas armadas presentes en California en cumplimiento a órdenes militares;
- (ii) (ii) Usted está presente en California solamente para estar con su cónyuge; y
- (iii) (iii) Usted conserva su domicilio en otro estado.

Si solicita una exención con fundamento en **esta ley**, **marque la casilla en la Línea 4**. Se le podría requerir proporcionar prueba de exención si se le solicita.

La guía para empleadores titulada en inglés [California Employer's Guide \(DE 44\) \(PDF\)](http://edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) (edd.ca.gov/pdf_pub_ctr/de44.pdf) le proporciona las gráficas que contienen las retenciones del impuesto sobre el ingreso. Esta publicación la puede encontrar visitando [Forms and Publications](http://edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm) (edd.ca.gov/Payroll_Taxes/Forms_and_Publications.htm). Para asistirle en el cálculo de su responsabilidad fiscal, por favor, visite la agencia [Franchise Tax Board](http://ftb.ca.gov) (FTB, por sus siglas en inglés) (ftb.ca.gov).

Si necesita información sobre su ÚLTIMA declaración de impuestos como residente de California, del documento titulado en inglés *California Resident Income Tax Return* (FTB Form 540), visite la agencia FTB (ftb.ca.gov) [FTB](http://ftb.ca.gov) (ftb.ca.gov).

Notificación: La carga de la prueba recae en el empleado para demostrar la retención correcta del impuesto sobre el ingreso de California. De conformidad con la sección 4340-1(e) del [Título 22 del Código de Reglamentos de California](#) (CCR) (govt. westlaw.com/calregs/Search/Index), la FTB o el EDD podrían, mediante petición especial por escrito, requerir a un empleador para que presente el Formulario W-4 o el DE 4 cuando dichos formularios sean necesarios para la administración de los programas de retención de impuestos.

Sanción: Usted podría ser sancionado por la cantidad de \$500 si presenta, sin fundamentos razonables, un DE 4 que traiga como resultado la retención de menos impuestos de los que se está debidamente permitido. Adicionalmente, se aplicarán sanciones penales por proveer información falsa o fraudulenta, o por no proveer información requerida para incrementos de retenciones. Esto tiene su fundamento en la sección 13101 del [Código del Seguro de Desempleo de California](http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml) (leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml) y la sección 19176 del [Código de Ingresos y Contribuciones](http://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml) (leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes.xhtml).

Hojas de trabajo

Instrucciones — 1 — Retenciones*

Cuando determine sus retenciones, debe considerar su situación personal:

- ¿Solicita retenciones para dependientes o por ceguera?
- ¿Especificará sus deducciones?
- ¿Hay más de un ingreso en su familia?

Dos ingresos o Varios ingresos: Cuando los ingresos provienen de más de una fuente, pueden ocurrir retenciones menores. Si su cónyuge trabaja o usted tiene más de un empleo, se le recomienda que marque la casilla "SOLTERO o CASADO (con dos o más ingresos)". Investigue el número total de retenciones que tiene derecho a reclamar en todos sus empleos usando un solo formulario DE 4. Solicite retenciones con **un** empleador.

No solicite las mismas retenciones con más de un empleador. Su retención será más exacta cuando todas las retenciones se soliciten en el DE 4 que presente en el empleo que más le paga y no solicita retenciones en los otros empleos.

Casado pero no vive con su cónyuge: Usted puede marcar la casilla "Jefe de familia" para su estado civil si cumple con todos los siguientes supuestos:

- (1) Su cónyuge no vivirá con usted **en ningún período** del año;
- (2) Usted suministrará aproximadamente la mitad de los costos de mantenimiento del hogar el año entero, tanto para usted como para su hijo o hijastro que califique como dependiente; **y**
- (3) Presentará por separado su declaración anual de impuestos.

Jefe de familia: Para calificar, usted debe estar soltero o legalmente separado de su cónyuge y pagar más del 50% de los costos de mantenimiento de un hogar en el año **completo**, tanto para usted como para su(s) dependiente(s) o cualquier otra persona que califique. El costo de mantenimiento del hogar incluye cobros como la renta, seguro de la propiedad, impuesto de la propiedad, intereses hipotecarios, reparaciones, servicios públicos y costos de alimentación. No se incluyen los gastos personales de la persona o cualquier cantidad que represente algún valor por servicios prestados por un miembro del hogar del contribuyente.

Hoja de trabajo A

Retenciones regulares

- | | |
|--|-----|
| (A) Retención para usted — escriba 1 | (A) |
| (B) Retención para su cónyuge (si éste no lo solicita por separado) — escriba 1 | (B) |
| (C) Retención para persona con ceguera — usted — escriba 1 | (C) |
| (D) Retención para persona con ceguera — su cónyuge (si éste no lo solicita por separado) — escriba 1 | (D) |
| (E) Retención(es) para dependiente(s) — no se incluya usted ni su cónyuge | (E) |
| (F) Total — escriba la suma de las líneas de la (A) a la (E) de la parte de arriba en la línea 1a del DE 4 | (F) |

Instrucciones — 2 — (Opcional) Retenciones adicionales

Si cree que va a especificar sus deducciones en su declaración del impuesto sobre el ingreso de California, puede solicitar retenciones adicionales. Use la Hoja de trabajo B para determinar sus deducciones estimadas que le puedan permitir solicitar **una o más deducciones adicionales**. Use el último Formulario 540 de la FTB como ejemplo para calcular las cantidades que se retendrán este año.

No incluya compensaciones diferidas, pagos de pensiones calificados o beneficios flexibles, etc., que se pueden deducir de su sueldo bruto, pero no son imponibles en esta hoja de trabajo.

Usted podría reducir la cantidad de impuestos a retener de sus salarios solicitando una retención adicional por cada \$1,000 o fracción de \$1,000, para la cual usted anticipa sus deducciones anuales estimadas que excederán de sus deducciones estándar.

Hoja de trabajo B

Deducciones estimadas

Use esta hoja de trabajo **solo** si planea especificar sus deducciones, solicitar ciertos ajustes a su ingreso o tiene una gran cantidad de ingreso no proveniente de salarios que no están sujetos a retenciones.

- | | |
|--|------|
| 1. Escriba un estimado de sus deducciones especificadas para los impuestos de California del presente año fiscal como se enlista en el Formulario 540 de la FTB | 1. |
| 2. Escriba la cantidad de \$10,726 si está casado y presenta una declaración conjunta con dos o más retenciones, soltero pero jefe de familia o viudo calificado con dependiente(s) o \$5,363 si está soltero o casado pero declara impuestos por separado, casado con doble ingreso o casado con varios empleadores | — 2. |
| 3. Reste la línea 2 de la línea 1 y escriba la diferencia | = 3. |
| 4. Escriba un estimado de sus ajustes a su ingreso (pagos de pensión alimenticia, depósitos de retiro IRA) | + 4. |
| 5. Sume la línea 4 a la línea 3 e ingrese la suma | = 5. |
| 6. Escriba un estimado de su ingreso que no proviene de salarios (dividendos, ingreso por intereses, recibe pensión alimenticia) | — 6. |
| 7. Si la línea 5 es más que la línea 6 (si es menos, vea en la parte de abajo [vaya a la línea 9]);
Reste la línea 6 de la línea 5 y escriba la diferencia | = 7. |
| 8. Divida la cantidad de la línea 7 entre \$1,000 y redondee cualquier fracción al número entero más cercano.
Agregue ese número a la línea 1b del DE 4. Complete la Hoja de trabajo C si es necesario, de lo contrario pare aquí . | 8. |
| 9. Si la línea 6 es más que la línea 5;
Escriba la cantidad de la línea 6 (ingreso que no proviene de salarios) | 9. |
| 10. Escriba la cantidad de la línea 5 (deducciones) | 10. |
| 11. Reste la línea 10 de la línea 9 y escriba la diferencia. Luego, complete la Hoja de trabajo C. | 11. |

*Los salarios pagados a parejas domésticas registradas recibirán el mismo tratamiento para propósitos del impuesto sobre el ingreso que los cónyuges para los salarios y retenciones del PIT de California. Esta ley no tiene impacto en la ley federal fiscal. El término pareja doméstica registrada se refiere a una persona en una relación de pareja doméstica conforme a la definición de la sección 297 del Código de Familia. Para más información, llame al Centro de Atención al Contribuyente al 1-888- 745-3886.

1.

Escriba un estimado del total de sus salarios del año fiscal 2024.

1.
2.

Escriba un estimado del total de ingresos que no provienen de salarios (línea 6 de la Hoja de trabajo B).

2.
3.

Escriba el total de la 1 y la línea 2.

3.
4.

Escriba las deducciones específicas o deducciones estándar (línea 1 o 2 de la Hoja de trabajo B, la que sea mayor).

4.
5.

Escriba los ajustes de ingreso (línea 4 de la Hoja de trabajo B).

5.
6.

Escriba el total de la línea 4 y la línea 5.

6.
7.

Reste la línea 6 de la línea 3. escriba la diferencia.

7.
8.

Calcule su responsabilidad fiscal para la cantidad que va en la línea 7, usando las tablas de tarifas fiscales del 2024 que aparecen en la parte de abajo.

8.
9.

Escriba las exenciones personales (línea F de la Hoja de trabajo A x \$158.40).

9.
10.

Substraiga la línea 9 de la línea 8. Ingrese la diferencia.

10.
11.

Escriba cualquier crédito fiscal que tenga. (Consulte el Formulario 540 de la FTB).

11.
12.

Reste la línea 11 de la línea 10. Escriba la diferencia. Este es el total de su responsabilidad fiscal.

12.
13.

Calcule el impuesto a retener y el estimado que se le retendrá en el 2024. Comuníquese con su empleador para solicitar la cantidad que será retenida de sus salarios con base en su estado civil y el número de retenciones que solicitará en el 2024. Multiplique la cantidad estimada que será retenida por el número de pagos periódicos pendientes en el año. Sume el total a la cantidad que se está reteniendo en el 2024.

13.
14.

Reste la línea 13 de la línea 12. Escriba la diferencia. Si es menos de cero, no necesita tener retenciones de impuestos adicionales.

14.
15.

Divida la línea 14 por el número de pagos periódicos que faltan en el año. Escriba esa cantidad en la línea 2 del DE 4.

15.

Nota: No se requiere que su empleador retenga las cantidades adicionales de retención solicitadas en la línea 2 de su DE 4. Si su empleador no está de acuerdo con la cantidad adicional de retención, usted podría incrementar sus retenciones lo más que pueda si declara que su estado civil es "soltero" y sin retenciones. Si la cantidad retenida resulta en un pago insuficiente de impuestos estatales sobre el ingreso, es probable que necesite tramitar estimados trimestrales presentando el Formulario 540-ES de la FTB para evitar sanciones.

Las siguientes tablas son para calcular la Hoja de trabajo C y únicamente para el 2024

Personas solteras, casadas con ingreso doble o casadas con varios empleadores					Personas casadas				
SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES			SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL		DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$10,412	1.100%	\$0	\$0.00	\$0	\$20,824	1.100%	\$0	\$0.00
\$10,412	\$24,684	2.200%	\$10,412	\$114.53	\$20,824	\$49,368	2.200%	\$20,824	\$229.06
\$24,684	\$38,959	4.400%	\$24,684	\$428.51	\$49,368	\$77,918	4.400%	\$49,368	\$857.03
\$38,959	\$54,081	6.600%	\$38,959	\$1,056.61	\$77,918	\$108,162	6.600%	\$77,918	\$2,113.23
\$54,081	\$68,350	8.800%	\$54,081	\$2,054.66	\$108,162	\$136,700	8.800%	\$108,162	\$4,109.33
\$68,350	\$349,137	10.230%	\$68,350	\$3,310.33	\$136,700	\$698,274	10.230%	\$136,700	\$6,620.67
\$349,137	\$418,961	11.330%	\$349,137	\$32,034.84	\$698,274	\$837,922	11.330%	\$698,274	\$64,069.69
\$418,961	\$698,271	12.430%	\$418,961	\$39,945.90	\$837,922	\$1,000,000	12.430%	\$837,922	\$79,891.81
\$698,271	\$1,000,000	13.530%	\$698,271	\$74,664.13	\$1,000,000	\$1,396,542	13.530%	\$1,000,000	\$100,038.11
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$115,488.06	\$1,396,542	and over	14.630%	\$1,396,542	\$153,690.24

Soltero/jefe de familia				
SI SU INGRESO SUJETO A IMPUESTOS ES		EL CÁLCULO DEL IMPUESTO ES		
DESDE	PERO NO EXCEDE DE	DE LA CANTIDAD DE...	ADICIONAL	
\$0	\$20,839	1.100%	\$0	\$0.00
\$20,839	\$49,371	2.200%	\$20,839	\$229.23
\$49,371	\$63,644	4.400%	\$49,371	\$856.93
\$63,644	\$78,765	6.600%	\$63,644	\$1,484.94
\$78,765	\$93,037	8.800%	\$78,765	\$2,482.93
\$93,037	\$474,824	10.230%	\$93,037	\$3,738.87
\$474,824	\$569,790	11.330%	\$474,824	\$42,795.68
\$569,790	\$949,649	12.430%	\$569,790	\$53,555.33
\$949,649	\$1,000,000	13.530%	\$949,649	\$100,771.80
\$1,000,000	and over	14.630%	\$1,000,000	\$107,584.29

Si necesita información sobre su última Declaración del Impuesto sobre el Ingreso de California, FTB Formulario 540, visite la agencia [\[FTB\] \(ftb.ca.gov\)](https://ftb.ca.gov).

La información que se recopila del Formulario DE 4 es para propósitos de administrar la ley del PIT y tiene su fundamento en el Título 22 del CCR, sección 4340-1, y en la sección 18624 del Código Fiscal y de Ingresos de California (*California Revenue and Taxation Code*). La ley de 1977 titulada en inglés *Information Practices Act of 1977* requiere que se le notifique a todas las personas sobre cómo se utiliza la información que proporcionan. Se incluye información adicional e instrucciones en su última declaración de impuestos como residente de California.

- • • •
- • • •



56

Costo compartido de Medi-Cal Preguntas y Respuestas

¿Qué es un costo compartido?

Conocido por sus siglas en inglés Share of Cost (SOC) o costo compartido es la parte del monto mensual que debe pagarse para gastos médicos antes de que Medi-Cal pague. Una parte del costo es similar al deducible de bolsillo de un plan de seguro privado.

¿Como se determina mi costo compartido?

Una parte del costo se basa en el ingreso contable menos las deducciones permitidas. Los ingresos contables incluyen: ingresos de un trabajo, Seguro Social, jubilaciones o pensiones privadas, manutención de niños, pensión alimenticia, vivienda gratuita, beneficios de desempleo, Incapacidad del Estado, Compensación al trabajador, Beneficios para veteranos, ingresos por alquiler, regalos en efectivo y / o ingresos por intereses.

Nota: Los beneficios de CalFresh, CalWORKs, Ayuda General y Asistencia en Efectivo para Inmigrantes (CAPI) no se consideran ingresos contables.

¿Como puedo reducir o eliminar mi parte del costo?

Una parte del costo puede reducirse o eliminarse comprando un plan mensual de seguro dental, de la vista, recetado o médico. Debe proporcionar pruebas a su trabajador de Medi-Cal del plan que se compró, que debe mostrar la fecha de vigencia, el tipo de póliza, el monto y la persona asegurada. La participación o el costo también pueden verse afectados si hay un cambio en los ingresos del hogar. Cualquier cambio en los ingresos debe ser reportado dentro de los 10 días hábiles a su trabajador de Medi-Cal. Si usted es una persona discapacitada que trabaja, notifique a su trabajador de Medi-Cal y proporcione una verificación de ingresos para determinar la elegibilidad para el programa de discapacidad laboral del 250%. También puede ser elegible para otros programas de incentivos laborales que permiten que el ingreso del trabajo se cuente de manera diferente.

Ejemplos de pago de un costo compartido

Si tiene un costo compartido, puede pagarlo de la siguiente manera:

- Deslizar su tarjeta de Medi-Cal cuando:
 - compra suministros médicos,
 - tiene citas o visitas médicas, o
 - compra recetas.
- Pagar a su proveedor de IHSS si se dedujo un costo compartido de su cheque de pago. Recibirá una carta de reducción de gastos del beneficiario de IHSS del condado que confirma el costo compartido que debe pagarse a su proveedor.
- Los servicios de cuidado personal de bolsillo que no son evaluados o pagados por IHSS pero que son médicamente necesarios pueden usarse para pagar el costo compartido. Los servicios de cuidado personal de bolsillo deben ser recetados por un médico, un administrador de casos de enfermería, evaluado como parte de la Evaluación de Necesidad de IHSS (pero no se proporciona bajo el programa IHSS, a veces evaluado como necesidad no satisfecha). También se puede incluir en su plan de atención según sea necesario para evitar que lo trasladen a un centro de atención a largo plazo para recibir un tratamiento esencial. Un servicio de bolsillo puede ser proporcionado por:
 - un proveedor de IHSS que proporciona horas más allá de la evaluación prescrita de IHSS, o
 - un miembro de la familia.

Recurso adicional

Puede llamar al Programa de asesoramiento y defensa del seguro de salud (HICAP) al 909-256-8369 para obtener ayuda para determinar los planes dentales y visuales disponibles en el condado de Riverside. Tenga en cuenta que el Condado de Riverside no respalda ningún plan o proveedor de atención médica específico.

¿Qué es el programa 250% de discapacitados de trabajo (250% WDP)

Conocido en inglés como “Working Disabled” (250% WDP) es un programa que permite que ciertas personas con discapacidades que trabajen sean elegibles para Medi-Cal mediante el pago de primas mensuales basadas en el ingreso contable neto, es decir, el ingreso del empleo. Los clientes que están discapacitados, que tienen costo compartido alto, pueden considerar trabajar a tiempo parcial para beneficiarse de las bajas primas.

El 250% WDP es un programa de elección "opcional" en el que existe la opción de a) tener costo compartido y pagarlo cuando se producen gastos médicos, o b) pagar una prima mensual. No hay una cantidad mínima de ganancias.

Debe presentar prueba de empleo o trabajo por cuenta propia, con un recibo de sueldo, verificación por escrito de un empleador u otra evidencia creíble de trabajo por cuenta propia. Si no recibe los recibos de pago regulares, hay otras opciones para verificar los ingresos.

¿Cuánto son las primas mensuales del programa de 250% WDP?

Las primas mensuales vencen el 5 de cada mes. Las primas mensuales son las siguientes:

- \$ 20 - \$ 250 (soltero(a))
- \$ 30 - \$ 375 (parejas)

¿Cómo pago la prima mensual del programa 250% WDP?

El personal de Servicios Sociales del Condado no realiza ni maneja los pagos. Los pagos pueden enviarse por correo o enviarse en línea al estado. Puede encontrar información adicional sobre cómo pagar las primas visitando el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica de California en:

https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_WD_cont.aspx

¿Quién califica para el programa 250% WDP?

El 250% WDP es para personas discapacitadas y que trabajan.

- **Discapacitado** significa:
 - Cumple con la definición de discapacidad de la Administración del Seguro Social; a menudo recibe ingresos por discapacidad del Seguro Social.
- **Trabajando** significa:
 - A tiempo completo, a tiempo parcial o por cuenta propia.
 - No hay una cantidad mínima de ganancias (mínimo una hora al mes con pago).

El individuo también debe:

- Ser residente de California
- Tener Ingresos elegibles
 - Ganancias contables por debajo del 250% del nivel federal de pobreza.
- Satisfacer los límites de Propiedad elegible
 - Se aplican los límites regulares de propiedad de Medi-Cal, sin embargo, todas las cuentas de jubilación aprobadas por los Servicios de Impuestos Internos (IRS) están exentas.

¿Cómo me inscribo en el programa 250% de discapacitados laborales?

La inscripción al programa se puede hacer en su oficina local de Medi-Cal.

Preguntas

Si tiene preguntas relacionadas con su costo o elegibilidad, por favor llame a IHSS HOME al:

(888) 960-4477

Teléfonos se contestan Lunes - Viernes de 8:00 am a 5:00 pm, hora del pacifico, excluyendo días festivos del condado.

- • • •
- • • •



59

Infracciones

CONSEJOS PARA EVITAR INFRACCIONES DE HOJA DE TIEMPO PARA PROVEEDORES DE IHSS



Una infracción es la consecuencia de no cumplir con las limitaciones de horas extras y tiempo de traslado, y podría causar que lo suspendan del programa o que lo den de baja como proveedor de IHSS. Es importante que siga las limitaciones de horas extras y tiempo de viaje para evitar cometer una infracción.

Cómo evitar una infracción...

- El uso de un calendario puede ser útil para planificar su horario y realizar un seguimiento de su tiempo.
- No trabaje más de 40 horas en una semana laboral sin que su beneficiario obtenga la aprobación del condado, cuando su beneficiario es autorizado menos de 40 horas en una semana laboral.
- No trabaje más de las horas semanales máximas autorizadas de su beneficiario; esto puede hacer que trabaje más horas que las autorizadas al mes.

- No trabaje más de 66 horas en una semana laboral cuando trabaje para más de un beneficiario.
- No reclame más de 7 horas de tiempo de traslado en una semana laboral.
- Trate febrero como cualquier otro mes y asegúrese de no exceder sus horas mensuales.
- Reporte su tiempo en función de cada semana (domingo-sábado) y no en función de las horas restantes.

Para obtener más consejos sobre la prevención de infracciones, visite:
<https://bit.ly/ihssproviderresources>



¿Qué sucede si recibo una infracción?

Las consecuencias de cada infracción varían. Vea a continuación para ver lo que significa cada infracción.

1^{ra} INFRACCIÓN

La primera infracción, usted y cada uno de sus los clientes recibirán un aviso de la infracción con información sobre cómo solicitar una revisión del condado.

2^{da} INFRACCIÓN

Si ocurre una segunda infracción, tendrá la oportunidad de completar una capacitación de una vez para evitar recibir una segunda infracción. Si no completa la capacitación dentro de los 14 días calendario posteriores a la fecha del aviso, recibirá una segunda infracción.

3^{ra} INFRACCIÓN

Si ocurre una tercera infracción, será suspendido como proveedor de IHSS por 90 días.

4^{ta} INFRACCIÓN

Si ocurre una cuarta infracción, no será elegible para trabajar como proveedor de IHSS durante 365 días.

Para ver un video sobre infracciones, visite:
<https://bit.ly/ihsseducationvideos>



Proceso de revisión del condado

Con cada infracción, tiene 10 días calendario a partir de la fecha del aviso de infracción para solicitar una revisión del condado mediante el envío de "Notificación para el proveedor acerca del derecho a disputar la infracción por sobrepasar los límites de semana laboral y/o tiempo de traslado" (formulario SOC 2272) que se incluye en su notificación de infracción. El condado le enviará un aviso indicando si la infracción permanece o si se eliminará.

Si el condado no elimina la tercera y cuarta infracción, puede solicitar una revisión por parte del CDSS dentro de los 10 días hábiles posteriores a recibir el aviso del condado. En el aviso, recibirá información sobre cómo solicitar la revisión del CDSS.



- • • •
- • • •



61

Información del Registro de Autoridad Pública del IHSS



CUIDADORES DE IHSS!

¿Necesita más clientes de IHSS?

Únase al Registro de Autoridad Pública del IHSS

Se necesitan cuidadores de IHSS para brindar asistencia a personas mayores y discapacitadas que estén aprobadas para los servicios de IHSS.

- ✓ Ingreso suplementario
- ✓ Horario de trabajo flexible
- ✓ Debe pasar un examen de detección de drogas y alcohol.

¡APLICA YA! LLAME AL 1-888-960-4477



Accede a tu portal PEARS:

<https://riverside.boundsportal.net/Portal/ProviderLogin.aspx>