

Estimado beneficiario de IHSS:

Su proveedor puede ser remunerado por acompañarle cuando usted reciba su vacuna contra la COVID-19, siempre y cuando usted tenga horas autorizadas de la categoría "Accompaniment to Medical Appointments" (Acompañamiento para ir a citas médicas). Puede declarar esas horas en el reporte de horas de su proveedor.

Si necesita más horas de esa categoría para recibir la vacuna, o si no tiene autorización para "Accompaniment to Medical Appointments" pero necesita o necesitó ese servicio IHSS para recibir la vacuna, rellene y firme el siguiente formulario bajo pena de perjurio para certificar que usted necesitó que su proveedor le acompañara para recibir la vacuna y que el proveedor no pudo declarar ese tiempo en su reporte de horas. De esta manera, su proveedor podrá ser remunerado por hasta 4 horas (2 horas por cada vacuna). Para que el formulario se tramite correctamente, envíelo a la oficina IHSS de su condado.

Información sobre el proveedor

Nombre del proveedor (en letra de molde):		
Dirección (calle):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Número de proveedor (9 dígitos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Información sobre el beneficiarioNombre del beneficiario:Número de caso del beneficiario (7 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--

Fechas de vacunación del beneficiario

Primera vacuna: _____

Segunda vacuna: _____

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

Firma del beneficiario:

Fecha:

Firma del proveedor:

Fecha: