

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 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 beneficiario**

**Nombre 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: \_\_\_\_\_