



Centro de investigación y  
tratamientos contra el cáncer



SERVICIOS  
DE APOYO  
DOMICILIARIOS

Esta guía fue diseñada para ofrecer información general sobre los temas presentados. Se ofrece con la comprensión de que City of Hope no se compromete a prestar asesoramiento legal o profesional por su publicación o distribución. City of Hope no tiene relación con las agencias indicadas ni se encuentra afiliada a ellas. City of Hope no es responsable de la exactitud de la información obtenida en sitios web o materiales de terceros, ni de la disponibilidad del contenido de terceros. City of Hope no controla, respalda, patrocina, recomienda ni acepta de otra manera la responsabilidad del contenido de terceros. El uso del contenido de un tercero es a riesgo del propio usuario.



## SERVICIOS DE APOYO DOMICILIARIOS

In-Home Supportive Services (IHSS) (servicios de apoyo domiciliario) es un programa estatal que ayuda a pagar por servicios domiciliarios para personas mayores, personas ciegas o discapacitadas de bajos ingresos, para que puedan permanecer con seguridad en sus propios hogares. Los niños discapacitados también son elegibles para IHSS.

Algunos de los servicios que pueden aprobarse a través de IHSS incluyen:

- tareas de limpieza y lavandería
- preparación de comidas y compras de provisiones
- servicios de atención a su cuidado personal (tales como ayuda para mover el intestino y orinar en cama, ir al baño, ducharse, y cuidado de pelo, uñas, etc.)
- llevarlo a las citas con su médico o de tratamiento
- supervisión de protección para las personas con discapacidades mentales

Una vez aceptado en IHSS tendrá que contratar a un “proveedor”, una persona que recibirá el pago de IHSS por darle estos servicios a usted. Usted es considerado el “consumidor/empleador”.

Si un miembro de su familia se está ocupando actualmente de usted, él/ella puede solicitar ser proveedor IHSS y debe realizar el proceso de solicitud de IHSS. Para obtener instrucciones sobre cómo completar una solicitud de “proveedor”, consulte la sección **Proceso de solicitud para proveedores** de esta guía.



## ELEGIBILIDAD:

### ¿Quién es elegible para recibir servicios de apoyo domiciliario (IHSS)?

#### Usted puede ser elegible si usted:

- Tiene 65 años de edad, es discapacitado o ciego
- Tiene una discapacidad física y está en riesgo de ser colocado en un centro de atención
- Necesita que alguien lo ayude a cuidar de usted mismo en su casa
- Vive físicamente en Estados Unidos y es un residente de California.
- Recibió la elegibilidad para Medi-Cal. Si no la recibió, el trabajador social de IHSS puede ayudarlo con esto.
- Vive en casa o en la casa de un pariente. Los hospitales de atención aguda, los centros de atención a largo plazo y los centros de atención comunitarios con licencia no se consideran “hogar”.
- Presente un formulario de **Certificación de Atención a la Salud** completado por su doctor.

## También debe cumplir con estos criterios para ser elegible:

### Sus Bienes:

- Bienes no pueden superar los \$2,000 para una persona o \$3,000 para una pareja.
  - » **Los bienes que cuentan incluyen:** efectivo, cuentas de cheque y de ahorro, acciones, bonos, escrituras fiduciarias, bienes inmobiliarios/propiedades, automóviles y vehículos de recreación, pagarés y préstamos.
  - » **Los bienes que no cuentan incluyen:** la vivienda de su propiedad o en la que vive, un automóvil necesario para el traslado a sus citas médicas o al trabajo, y todas las pólizas de seguro de vida si el valor nominal combinado es de \$1,500 o menos.



## PROCESO DE SOLICITUD PARA CONSUMIDOR/DESTINATARIO

**Paso 1:** Presente una solicitud. Consulte las siguientes instrucciones en “Cómo solicitar” en su condado.

- Debe ser elegible para seguridad de ingreso suplementario (SSI) y beneficio de Medi-Cal para ser elegible para IHSS.
  - » Si está recibiendo pagos del SSI o beneficios de Medi-Cal, un trabajador social de IHSS le hará una visita a su hogar para determinar su elegibilidad para IHSS.
  - » Si no recibe pagos de SSI o beneficios de Medi-Cal, hable con el trabajador social de IHSS sobre su elegibilidad.

**Paso 2:** Durante la visita domiciliaria, el trabajador social de IHSS evaluará los tipos de servicios de IHSS que necesita. Según el tipo y la cantidad de ayuda que necesita, el IHSS autorizará el número de horas para las que califica. El trabajador social de IHSS reunirá esta información de usted y si corresponde de su familia, amigos, médico o equipo de atención médica.

- Usted recibirá una notificación escrita por la aprobación o la denegación de los beneficios de Medi-Cal e IHSS. Si se lo aprueba para IHSS, los servicios y la cantidad de horas por mes que se autorizaron se indicarán en el aviso.

**Paso 3:** Una vez aprobado para IHSS, usted como el “consumidor/destinatario” debe contratar a alguien (el proveedor de servicio de IHSS) para que lo ayude.

- Usted, como el consumidor/destinatario de IHSS será considerado el “empleador del proveedor”. Como consumidor de IHSS es su responsabilidad contratar, capacitar, supervisar y, si fuera necesario, despedir a su “proveedor”.
- Si no puede encontrar a alguien para contratar como su “proveedor”, el trabajador social de IHSS puede encontrar a alguien para usted. La agencia de IHSS tiene una base de datos de proveedores aprobados que han cumplido con los requisitos para ser proveedores, inclusive la verificación de antecedentes.



## CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD

Hay algunas formas de presentar una solicitud para IHSS, dependiendo del condado en el que viva. Puede completar una solicitud y enviarla por correo postal, fax o llevarla en persona a la oficina de IHSS de su condado (recomendado para acelerar el procesamiento). También puede presentar una solicitud llamando a la oficina de IHSS de su condado.

### Importante: Reúna la información requerida antes de hacer la solicitud

Es útil tener la siguiente información cuando hace la solicitud:

- Número de teléfono
- La cantidad de personas que viven en el hogar con el solicitante y sus edades
- Información sobre ingresos y bienes
- Factura de servicio público (para comprobante de domicilio)
- Su información de salud, incluyendo el nombre y número de teléfono del médico



### Condado de Los Angeles

**Llamar:** En el condado de Los Angeles, puede hacer la solicitud llamando al **(888) 944-IHSS (4477)** o al **(213) 744-IHSS (4477)** o completar la solicitud **SOC 295 - Application For In-Home Supportive Services (solicitud para servicios de apoyo domiciliarios)**, available at <https://bit.ly/2FMtwF9>.

**Imprimir, enviar por correo postal o fax:** Ahora el condado de Los Angeles permite que las personas impriman y envíen por correo postal o por fax una solicitud. Imprima y envíe por correo postal la solicitud completada a:

**IHSS Applications  
2707 S. Grand Ave.  
Los Angeles, CA 90007**

También puede imprimir y enviar por fax la solicitud a Metro IHSS por fax seguro al **(213) 947-4591**.

Si tiene preguntas, llame a la **Línea de ayuda de IHSS al (888) 822-9622** o visite el sitio web de IHSS del condado de Los Angeles en <https://bit.ly/2YWZ0QG>.

### Condado de Riverside

El condado de Riverside ofrece tres formas de presentar su solicitud:

**Llamar:** **(888) 960-4477** para hacer su solicitud por teléfono de lunes a viernes de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los feriados del condado.

**Por Internet:** Presentar la solicitud en **RiversideIHSS.org**.

**Correo electrónico:** Enviar su solicitud SOC 295 completada disponible en <https://bit.ly/2FMtwF9> correo electrónico a [asd\\_central\\_intake@rivco.org](mailto:asd_central_intake@rivco.org).



Si tiene más preguntas, visite

<http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services>.

## Condado de San Bernardino

Usted (como el consumidor/destinatario), su familia, amigos, médicos o cualquier persona que conozca sus necesidades pueden hacer una remisión a IHSS con una llamada.

**Llamar:** Debe hacer una remisión para IHSS al Departamento de Servicios para Adultos y Adultos Mayores del Condado de San Bernardino llamando a la Unidad de Ingreso Central de IHSS al **(877) 800-4544**.

Puede encontrar más información del condado de San Bernardino en <http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS>



## PROCESO DE SOLICITUD PARA PROVEEDORES

La persona que usted contrata para que le dé servicios se llama un “proveedor”. Si no sabe a quién le gustaría contratar, el trabajador social de IHSS puede encontrar a alguien para usted.

Todos los proveedores de IHSS deben completar los siguientes requisitos de inscripción:

**Paso 1:** Complete y firme el formulario de Inscripción de Proveedores de IHSS (SOC 426) disponible en <https://bit.ly/2Y6Wqu0>.

- Entregue en persona el formulario completado al condado.
- Traiga una identificación original con foto o tarjeta del Seguro Social para verificar la identidad del proveedor. El condado fotocopiará esto y le devolverá los originales.

**Paso 2:** El proveedor debe asistir a una orientación de proveedores en el lugar para informarse sobre las reglas y requisitos de IHSS para ser un proveedor. La oficina de IHSS de su condado le dirá cuándo y dónde puede asistir a una sesión de orientación. Comuníquese con su oficina de IHSS del condado para averiguar sobre su proceso de orientación de proveedores de IHSS.

**Paso 3:** Complete y firme el Contrato de inscripción de proveedores, SOC 846 disponible en <https://bit.ly/2LYtUEw>. establece que el proveedor comprende y acepta las reglas del programa IHSS y las responsabilidades de ser un proveedor de IHSS.

**Paso 4:** Presente las huellas dactilares y pase una investigación de antecedentes penales del Departamento de Justicia. El proveedor es responsable de pagar por el costo de este servicio.



## RECURSOS

El estado de California ofrece recursos e información sobre IHSS.

### Videos educativos para el consumidor sobre IHSS

[cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services/IHSS-Education-Videos](https://cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services/IHSS-Education-Videos)

### Solicitudes de IHSS: disponibles también en español, chino y armenio

[cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services](https://cdss.ca.gov/In-Home-Supportive-Services)

### Recursos para proveedores de IHSS

[cdss.ca.gov/inforesources/IHSS/IHSS-Providers/Resources](https://cdss.ca.gov/inforesources/IHSS/IHSS-Providers/Resources)



## **CONDADO DE ORANGE**

**[ssa.ocgov.com/elder/ihss/apply](http://ssa.ocgov.com/elder/ihss/apply)**

Para solicitar IHSS

- Llamar: 714-825-3000 durante el horario de atención habitual (lunes a viernes, 8 a.m. a 5 p.m.)
- Fax: Envíe por fax solicitudes completadas a (714) 825-3001
- Correo: Envíe por correosolicitudes completadas a P.O. Box 22006, Santa Ana, CA 92702

**Dejar en persona:** Se encuentra disponible una caja segura para entregas para dejar las solicitudes completadas, en la parte de afuera de las puertas del frente de la oficina de IHSS.

### **Usted puede imprimir las solicitudes de IHSS de los siguientes enlaces:**

Solicitud para servicios de apoyo domiciliarios — inglés

**[www.cdss.ca.gov/Portals/9/FMUForms](http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/FMUForms)**

Solicitud para servicios de apoyo domiciliarios — español

**[www.cdss.ca.gov/Portals/9/TranslatedForms/Spanish](http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/TranslatedForms/Spanish)**

Solicitud para servicios de apoyo domiciliarios — chino

**[www.cdss.ca.gov/Portals/9/TranslatedForms/Chinese](http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/TranslatedForms/Chinese)**

Solicitud para servicios de apoyo domiciliarios — armenio

**[www.cdss.ca.gov/Portals/9/TranslatedForms/Armenian](http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/TranslatedForms/Armenian)**

O habrá copias impresas disponibles de la solicitud de IHSS (SOC 295) del lado de afuera de la puerta del frente de nuestra oficina.

### **Ubicación de la oficina**

**1505 E. Warner Ave.**

**Santa Ana, CA 92705**

Envíe por correo electrónico las solicitudes completadas a

**[IHSSapplications@ssa.ocgov.com](mailto:IHSSapplications@ssa.ocgov.com).**

In-Home Supportive Services (IHSS) Program  
Department of Social Services, State of California  
Disponible en: [www.cdss.ca.gov/in-home-supportive-services](http://www.cdss.ca.gov/in-home-supportive-services)

Educación para el paciente, la familia y la comunidad  
Departamento de Medicina de Cuidados de Apoyo  
2021  
*Asesor de salud - Flesch-Kincaid: 10.1*



Centro de investigación y  
tratamientos contra el cáncer

[CityofHope.org/espanol](http://CityofHope.org/espanol)