

Notificación para proveedor individual Individual Provider Notification

Fecha de la notificación:

Notificación de suspensión de trabajo

Estimado(a) _____ :

La presente es para notificarle que a partir del _____, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) o la Agencia Local para la Vejez (AAA):

- Denegó su solicitud de un contrato de servicio a clientes de proveedor individual.
- Denegó o suspendió los pagos a su favor como proveedor individual.
- Tomó medidas para cancelar su contrato de servicio a clientes de proveedor individual.

Usted no tiene permitido trabajar como proveedor individual y el DSHS no le pagará las horas que trabaje a partir del día _____. No podrá volver a trabajar recibiendo pagos del DSHS hasta que lo autorice el DSHS o la/ AAA.

El o los clientes del DSHS para los que trabaja serán notificados de que el DSHS no pagará por sus servicios a partir del _____ y que deberán encontrar otro proveedor.

El motivo por el que no puede trabajar:

- Su investigación de antecedentes arrojó un resultado que lo descalifica.
- El Departamento determinó que usted no está calificado para trabajar con un cliente debido a una determinación de carácter, competencia e idoneidad.
- Su investigación de antecedentes se está acercando o ya superó el plazo de dos años y debe renovarse.
- Su investigación contrato está por expirar o ha expirado.
- Usted recibió una carta de la BCCU sobre información adicional requerida y usted no ha resuelto el problema.
- Usted fue contratado provisionalmente por 120 días y el Departamento no ha recibido los resultados de una revisión de huellas digitales del FBI.
- Usted tiene una derivación por fraude de Medicaid.
- Otro:

Usted no tiene derecho a una audiencia administrativa para impugnar esta decisión. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con:

Atentamente,