

PORTAL DE SERVICIOS ELECTRÓNICOS DEL PROVEEDOR (ESP)

HOJA DE REGISTRO DE TIEMPO

QUÉ PUEDES HACER EN ESP?

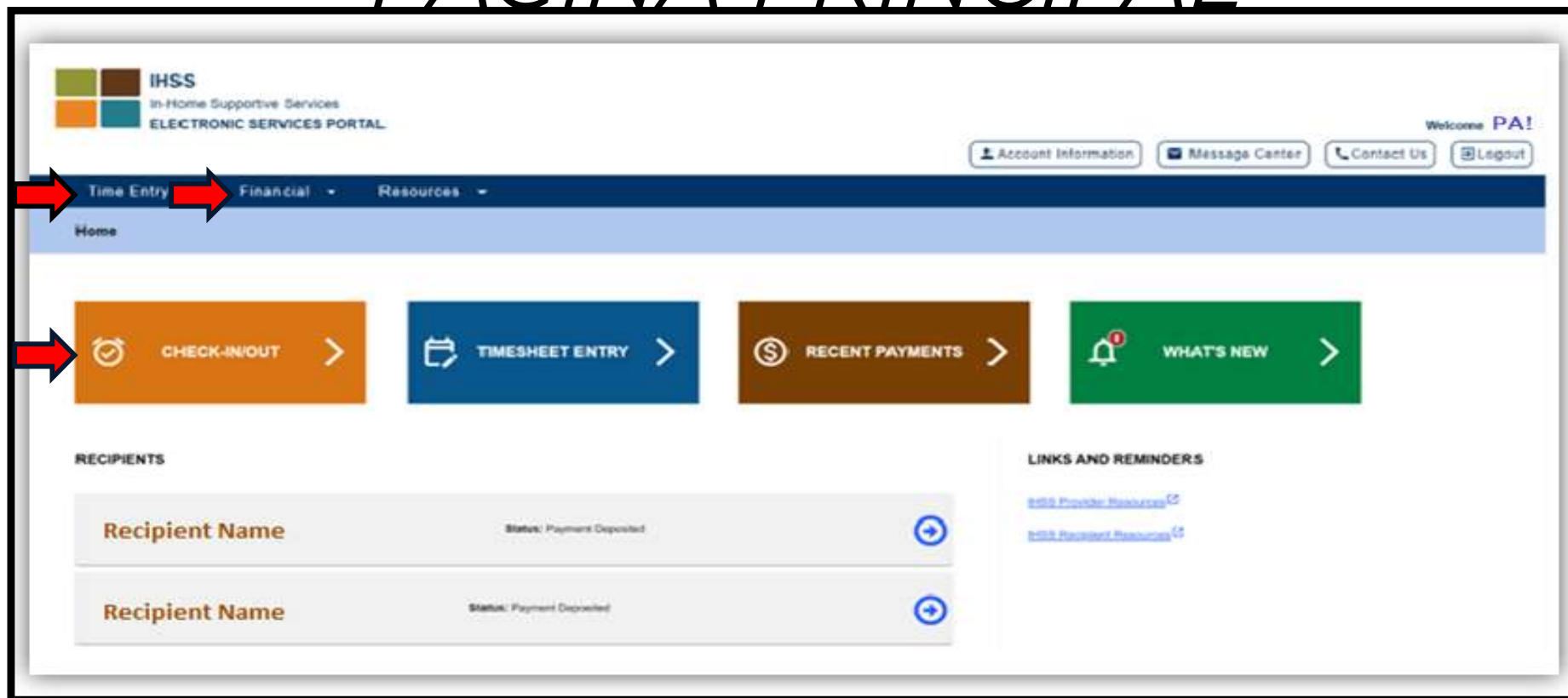
- *Registro de entrada y salida*
- *Enviar hoja de horas*
- *Certificación de residencia*
- *Historial de nómina*
- *Verificación de Empleo*
- *Revisar documentos fiscales*
- *Solicitud de baja por enfermedad*
- *Depósito directo*
- *Actualice su información de contacto*
- *Enlace a recursos*
- *Leer notificaciones sobre el ESP*

EN ESTE CURSO:

- *Al finalizar este curso, sabrás cómo :*
 - *Registro de entrada y salida*
 - *Imprescindible para la hoja de registro de tiempo*
 - *Entrada y envío de la hoja de registro de tiempo*
 - *Solicitud de licencia por enfermedad*

The screenshot shows the IHSS Electronic Services Portal. The header features the IHSS logo (four colored squares: green, brown, orange, teal) and the text "IHSS IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES ELECTRONIC SERVICES PORTAL" next to a photo of a caregiver assisting an elderly woman. The main content area is divided into two columns. The left column, titled "Login to Your Account", contains fields for "User Name" (with a note "User Name is case sensitive") and "Password" (with a note "Password is case sensitive"), both with input boxes. Below these are checkboxes for "Remember Me" and "Show Password", and a link for "Forgot User Name or Password?". The right column, titled "Registration", lists benefits of registering: "View your timesheet and payment statuses", "Enter and submit timesheets", "No longer mail paper timesheets", "Request additional timesheets", "Enroll in direct deposit", and "Claim sick leave". At the bottom of this column is a "Register Here" button and a link for "Registration FAQs (PDF)".

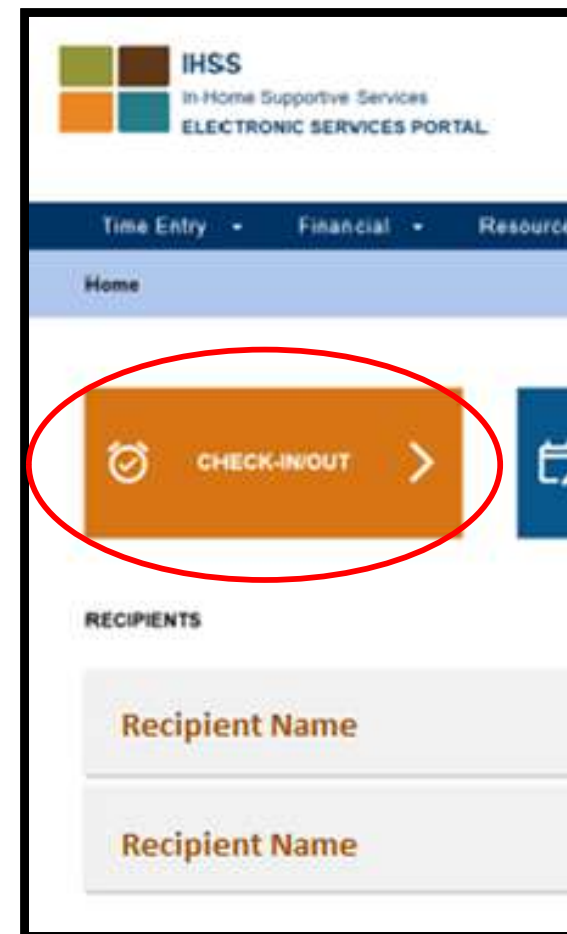
PÁGINA PRINCIPAL



- Después de iniciar sesión en su cuenta, verá la página de inicio
- En este curso, observaremos en detalle las hojas de control de horas y otras solicitudes de pago, y registrar la entrada/salida de turnos.

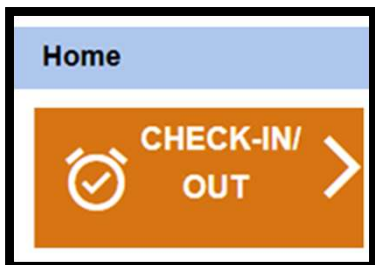
REGISTRO DE ENTRADA Y SALIDA (EVV)

- *La Verificación Electrónica de Visitas (EVV) es un requisito federal. Para obtener más información sobre la EVV:*
cdss.ca.gov/inforesources/cdss-programs/ihss/evvhelp
- *Si vive con su beneficiario y completó la certificación de convivencia, puede pasar a "Presentar una hoja de registro de tiempo" (Timesheet Essentials) en la página 12*
 - *Si vive con su beneficiario, pero no presentó la certificación de convivencia, puede encontrar instrucciones en el Módulo 3, Configuración y Revisión Financiera.*
- *Si no vive con su beneficiario, deberá registrar su entrada y salida los días que trabaja. Haga clic en "REGISTRO DE ENTRADA/SALIDA" (CHECK-IN/OUT)*



REGISTRO DE ENTRADA Y SALIDA (EVV)

ESP (Website)



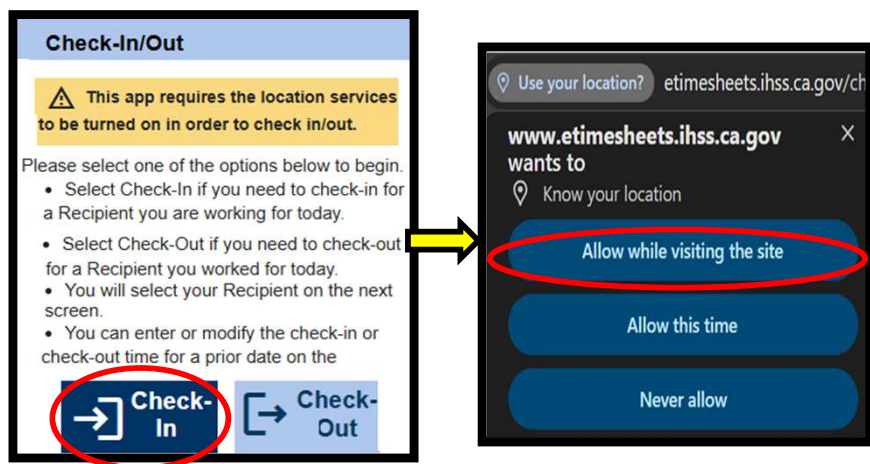
EVV (App)



- *Puede registrar la entrada y salida en el ESP, o con la aplicación EVV (verificación electrónica de visitas)*
 - *En el ESP, haga clic en el botón “Registrar entrada/salida” (Check-in/out)*
 - *Para la aplicación EVV, puede descargar la “aplicación móvil IHSS EVV” (IHSS EVV Mobile App) en su dispositivo móvil*
- *Solo necesitarás registrarte/salir una vez al día por destinatario.*
 - *Cuando comience la primera tarea del día, haga clic en “Registro de entrada” (Check-In)*
 - *Cuando termine la última tarea del día, haga clic en “Salida” (Check-Out)*
- *La función de registro de entrada/salida en la aplicación EVV o en el ESP le pedirá que sus servicios de localización estén encendidos*
 - *Su ubicación geográfica solo se rastreará cuando realice el registro de entrada y salida.*

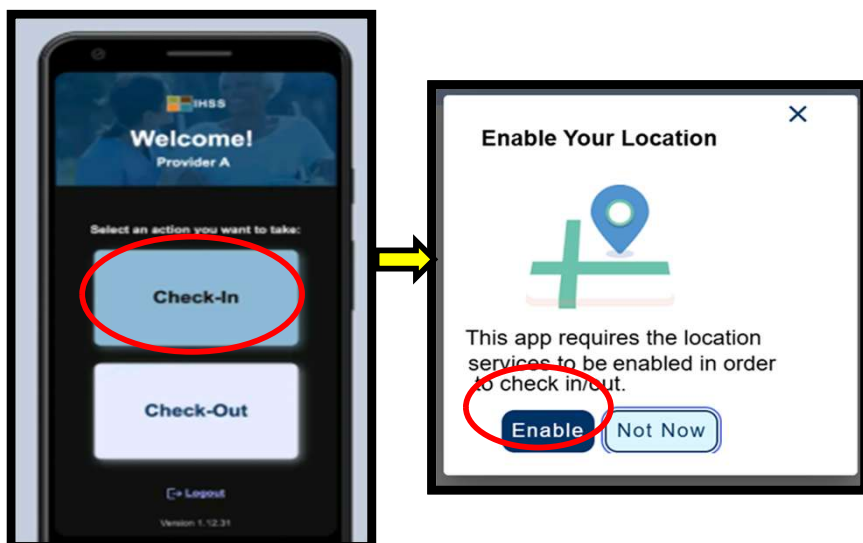
REGISTRO DE ENTRADA Y SALIDA (EVV)

ESP (Website)



- Si no había habilitado los servicios de ubicación previamente, deberá permitir el acceso haciendo clic en "Habilitar" (Enable) o "Permitir al visitar el sitio" (Allow while visiting the site), según el dispositivo que utilice
- Si elige que no se rastree su ubicación y selecciona "No permitir nunca" (Never allow) o "Ahora no" (Not Now), volverá a la página anterior

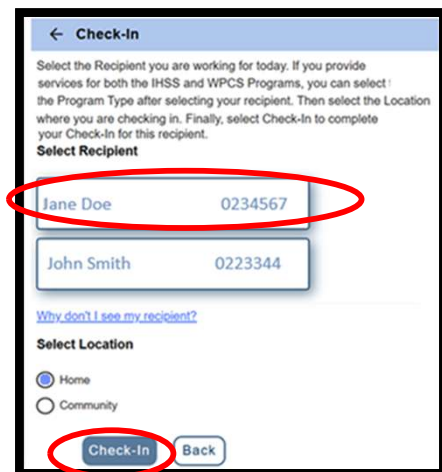
EVV (App)



- No podrá registrar su entrada ni salida si no activa los servicios de ubicación
- Puede usar el teléfono fijo del destinatario para registrar su entrada y salida a través del Sistema de Parte de Horas Telefónico

REGISTRO DE ENTRADA

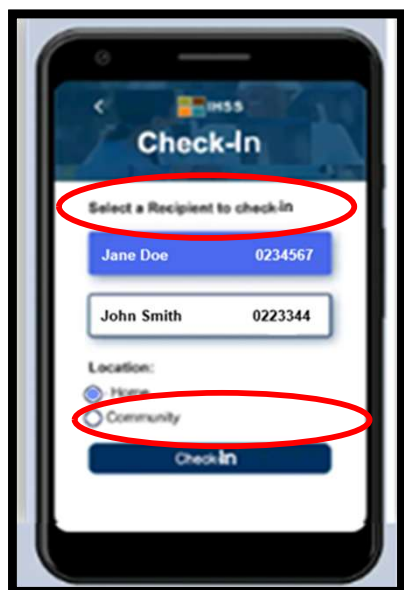
ESP (Website)



Dependiendo de dónde esté utilizando el ESP o la aplicación EVV...

- Localiza “Seleccionar destinatario” (Select Recipient) o “Seleccionar un destinatario para registrar su llegada” (Select a Recipient to check-in) y haz clic en el nombre del destinatario que deseas registrar
- Luego, en “Seleccionar ubicación” (Select Location) o “Ubicación” (Location), puede elegir:
 - “Domicilio” (Home) si los servicios se prestan en la casa del beneficiario.
 - “Comunidad” (Comunidad) si los servicios se prestan en otra parte de la comunidad
- Luego, haga clic en “Registro de entrada” (Check-In)

EVV (App)



REGISTRO DE ENTRADA

ESP (Website)

Are you sure you want to check in for the below Recipient?

Jane Doe
Recipient ID: 0234567
Program: IHSS
Location: Home

Yes No



Check-In Confirmation

✓ You have successfully checked in for the Recipient below.

Jane Doe
Recipient ID: 0234567
Program: IHSS
Location: Home

Check-In Another Recipient Back to Home

EVV (App)

Check-In

Select a Recipient to check in

Are you sure you want to check-in for the below Recipient?

Recipient C
Recipient ID: 000000000
Program: IHSS
Location: Community

No **YES**



Success!

You have successfully checked in for the following Recipient:

Recipient C
Recipient ID: 0000000
Program: IHSS
Hours worked: 94h 16m
Location: Home

Back to Home
Check-Out Another Recipient

- Revise la información para asegurarse de que esté correcta
- Haga clic en "Sí" (Yes) para completar el registro de entrada
- En la siguiente pantalla, verá un mensaje de confirmación indicando que el registro se ha completado
- Si necesita registrar a otro destinatario, haga clic en "Registrar a otro destinatario" (Check-In Another Recipient) y repita los pasos
- Si ha terminado, puede hacer clic en "Volver al inicio" (Back to Home) o cerrar sesión

REGISTRO DE SALIDA

ESP (Website)

Check-In/Out

⚠ This app requires the location services to be turned on in order to check in/out.

Please select one of the options below to begin.

- Select Check-In if you need to check-in for a Recipient you are working for today.
- Select Check-Out if you need to check-out for a Recipient you worked for today.
- You will select your Recipient on the next screen.
- You can enter or modify the check-in or check-out time for a prior date on the

Check-In **Check-Out**

EVV (App)

Welcome!
Provider A

Select an action you want to take:

Check-In

Check-Out

Logout

Version 1.12.31

- *Al finalizar la última tarea del día, puede finalizar la sesión en la app ESP o EVV*
- *Haga clic en el botón “Registro de salida” (Check-Out)*

REGISTRO DE ENTRADA

Dependiendo de si estás usando el ESP o el EVV...

- *Encuentre al beneficiario del cual desea registrar la salida en la sección “Seleccionar al beneficiario” (Select Recipient) o “Selecione un beneficiario para registrar la salida” (Select a Recipient to Check-out)*

← Check-Out

Select the Recipient you worked for today. If you provide services for both the IHSS and WPCS Programs, you can select the Program Type after selecting your recipient. Then select the Location where you are checking out. Entering your hours worked here is optional. You can enter or update your hours worked on the Timesheet Entry screen prior to submitting your timesheet. Finally, select Check-Out to complete your Check-Out for this Recipient.

Select Recipient

Jane Doe	0234567
John Smith	0223344

[Why don't I see my recipient?](#)

Select Location

☐ Home
☐ Community

Hours Worked

Hours	Minutes

ESP (Website)

← IHSS

Check-Out

Select a Recipient to check-out:

Jane Doe	0234567
John Smith	0223344

Input hours worked:

Hours	Minutes

Location:

☐ Home
☐ Community

EVV (App)

REGISTRO DE ENTRADA

- Luego seleccione la “Localidad” (Location) o “Seleccionar localidad” (Select Location) de registro de salida
 - “Domicilio” (Home) si los servicios se prestan en la casa del beneficiario
 - “Comunidad” (Community) si los servicios se prestan en otra parte de la comunidad
- En “Horas trabajadas” (Hours Worked) o “Ingrese las horas trabajadas” (Input hours worked), ingrese el total de horas y minutos que trabaja durante todo el día
- Haga clic en el botón “Registro de salida” (Check-Out)

← Check-Out

Select the Recipient you worked for today. If you provide services for both the IHSS and WPCS Programs, you can select the Program Type after selecting your recipient. Then select the Location where you are checking out. Entering your hours worked here is optional. You can enter or update your hours worked on the Timesheet Entry screen prior to submitting your timesheet. Finally, select Check-Out to complete your Check-Out for this Recipient.

Select Recipient

Jane Doe 0234567

John Smith 0223344

[Why don't I see my recipient?](#)

Select Location

☒ Home

☐ Community

Hours Worked

Hours 3 Minutes 35

Check-Out Back

ESP (Website)

← IHSS

Check-Out

Select a Recipient to check-out:

Jane Doe 0234567

John Smith 0223344

Input hours worked:

Hours 3 Minutes 35

Location:

☒ Home

☐ Community

Check-Out

EVV (App)

REGISTRO DE ENTRADA

Are you sure you want to check out for the below Recipient?
Jane Doe
Recipient ID: 0234567
Program: IHSS
Hours Worked: 03(H) 35(M)
Location: Community

Yes **No**

Check-Out Confirmation
✓ You have successfully checked out for the Recipient below.
Jane Doe
Recipient ID: 0234567
Program: IHSS
Hours Worked: 03(H) 35(M)
Location: Community

Check-Out Another Recipient **Back to Home**

ESP (Website)

Check-Out
Select a Recipient to check-out:
Are you sure you want to check-out for the below recipient?
Recipient ID
Program:
Hours Worked:
Location: Home

Yes **No**

Check-Out

Success!
You have successfully checked out for the following Recipient:
Recipient C
Recipient ID: 0000000
Program: IHSS
Hours worked: 04h 10m
Location: Home

Back to Home **Check-Out Another Recipient**

EVV (App)

- Revise la información para asegurarse de que sea correcta
- Haga clic en "Sí" (Yes) para completar el proceso de registro de salida
- En la siguiente pantalla, verá un mensaje de confirmación indicando que el registro se ha completado
- Si necesita registrar a otro destinatario, haga clic en "Registrar a otro destinatario" (Check-Out Another Recipient) y repita los pasos
- Si ha terminado, puede hacer clic en "Volver al inicio" (Back to Home) o cerrar sesión

ASPECTOS ESENCIALES DE LA HOJA DE REGISTRO DE TIEMPO DE ENTRADA (TE)



- *Antes de llenar su hoja de control de horas, hay algunos puntos básicos importantes que debe entender:*
 - *Debe estar conectado al caso de un beneficiario*
 - *Horas mensuales/semanales*
 - *Participación en el costo*
 - *las horas semanales/mensuales*
 - *el tiempo de viaje*
 - *Infracciones*

TE: CONECTANDO AL DESTINATARIO

- *Debe estar conectado a un destinatario antes de poder completar las hojas de horas*
- *Para conectarse, el destinatario puede contratarlo desde su cuenta ESP, o debe enviar el formulario SOC 426A al IHSS*

California Health & Human Services Agency California Department of Social Services

**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM
RECIPIENT DESIGNATION OF PROVIDER**

INSTRUCTIONS:

- Use black or blue ink. Print information clearly.
- You (or your authorized representative) must complete PART A of this form to let the county know who you have chosen to provide your authorized services.
- If you have multiple providers, you must fill out a separate form for each person who will be providing authorized services for you.
- You must sign the acknowledgment in PART C of this form.
- Please return this completed and signed form to the county. The county will keep the original form and give you a copy.

PART A. RECIPIENT DESIGNATION OF PROVIDER

1. Recipient's Name:	
2. County IHSS Case #:	
3. Provider's Name:	
4. Provider's Address:	
City, State, ZIP Code:	
5. Provider's Telephone Number:	
6. Provider's Date of Birth:	
7. Provider's Social Security #*:	
8. Provider's Gender (check box):	☐ Male ☐ Female
9. Provider's Relationship to Recipient (if any):	☐ Parent ☐ Child ☐ Spouse/Domestic Partner ☐ Conservator ☐ Guardian ☐ Other _____
10. Provider's Start Date:	

*NOTE: The collection of the Social Security Number is required by the Immigration Reform and Control Act of 1986, Public Law 99-603 (8 USC 1324a), for the purposes of verifying the individual's identity and authorization to work in the United States.

I choose the person listed above to be my IHSS provider. This person will provide some or all of the services authorized by the county.

SOC 426A (1/16) Page 1 of 3

TE: CONECTANDO AL DESTINATARIO

- El formulario SOC 426A está disponible en:
 - Conectarse en línea a: cdss.ca.gov/Portals/9/Additional-Resources/Forms-and-Brochures/2020/Q-T/SOC426A.pdf?ver=2023-05-31-160433-487
 - El destinatario llama a IHSS o a su trabajador social para que le envíen el formulario por correo
- Recogida en la oficina de IHSS

California Health & Human Services Agency California Department of Social Services

**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM
RECIPIENT DESIGNATION OF PROVIDER**

INSTRUCTIONS:

- Use black or blue ink. Print information clearly.
- You (or your authorized representative) must complete PART A of this form to let the county know who you have chosen to provide your authorized services.
- If you have multiple providers, you must fill out a separate form for each person who will be providing authorized services for you.
- You must sign the acknowledgment in PART C of this form.
- Please return this completed and signed form to the county. The county will keep the original form and give you a copy.

PART A. RECIPIENT DESIGNATION OF PROVIDER	
1. Recipient's Name:	
2. County IHSS Case #:	
3. Provider's Name:	
4. Provider's Address:	
City, State, ZIP Code:	
5. Provider's Telephone Number:	
6. Provider's Date of Birth	
7. Provider's Social Security #*:	
8. Provider's Gender (check box):	☐ Male ☐ Female
9. Provider's Relationship to Recipient (if any):	☐ Parent ☐ Child ☐ Spouse/Domestic Partner ☐ Conservator ☐ Guardian ☐ Other _____
10. Provider's Start Date:	

*NOTE: The collection of the Social Security Number is required by the Immigration Reform and Control Act of 1986, Public Law 99-603 (8 USC 1324a), for the purposes of verifying the individual's identity and authorization to work in the United States.

I choose the person listed above to be my IHSS provider. This person will provide some or all of the services authorized by the county.

SOC 426A (1/16) Page 1 of 3

TE: HORAS SEMANALES/MENSUALES

- *Luego de que esté conectado al beneficiario, recibirá el formulario SOC 2271- la notificación del proveedor del programa de horas y servicios autorizados al beneficiario y máximo de horas semanales de IHSS (servicios de soporte en casa)*



California Health & Human Services Agency California Department of Social Services

**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM
PROVIDER NOTIFICATION OF RECIPIENT AUTHORIZED HOURS AND
SERVICES AND MAXIMUM WEEKLY HOURS**

Notification Date: _____
Provider Number: _____

You are receiving this notice because you are a provider of IHSS for _____.

This notification is to inform you of your recipient's monthly authorized hours, of the services you are allowed to perform for your recipient, and of your recipient's potential Share of Cost liability.

Your recipient has a Share of Cost: ☐ Yes ☐ No
(For more information about Share of Cost see page 2)

Your recipient's monthly authorized hours are _____.

Your recipient's maximum weekly hours are his/her monthly authorized hours divided by 4.0, _____.

The chart on pages 3 and 4 lists the services that have been authorized for your recipient (which have been marked with an X), along with a brief description of the types of work that may be performed as part of each service. You will only be paid for providing the authorized services that have been marked.

Your recipient is responsible for creating a work schedule with you to accommodate his or her maximum weekly hours and monthly authorized hours. Please note, if your recipient has more than one provider, you may be limited in the amount of the services you provide as your recipient may schedule other providers for these services. The total hours worked by all the providers cannot be more than the recipient's maximum weekly hours and authorized monthly hours. You will not be paid by the IHSS program for any hours that exceed your recipient's authorized monthly hours.

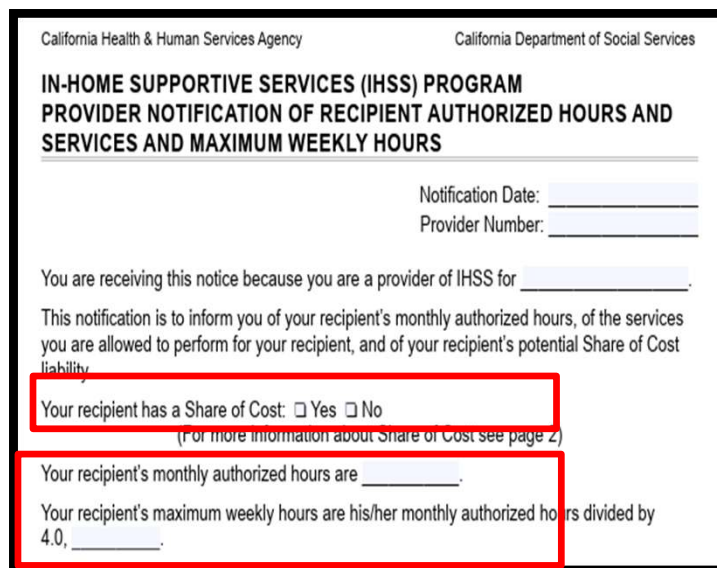
If you are working for more than one recipient, you will be able to work up to 66 hours per week. You are responsible for informing each of your recipients of the hours you will be available to work for him/her, taking into account hours you may be working for other recipients to make sure you do not exceed the 66 hours per week. If you work more than your recipient's authorized weekly hours without your recipient receiving county approval, you may incur a violation. However, your recipient may adjust the weekly authorized hours in specific circumstances without county approval.

If you are the only provider for your recipient, you will be able to work up to your recipient's maximum weekly hours and monthly hours.

SOC 2271 (3/21) Page 1 of 4

TE: HORAS SEMANALES/MENSUALES

- El formulario SOC 2271 le dará a conocer:
 - Si el beneficiario asume una parte del costo
 - Cuántas horas tiene autorizadas al beneficiario por mes
 - Cuántas son las horas semanales máximas
 - Las horas semanales son las horas mensuales divididas para 4
 - Las semanas laborales se inician a las 12:00 a.m. del domingo y finalizan a las 11:59 p.m. del sábado siguiente
 - Para cuáles tareas están autorizados para contratar a un proveedor



California Health & Human Services Agency California Department of Social Services

**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM
PROVIDER NOTIFICATION OF RECIPIENT AUTHORIZED HOURS AND
SERVICES AND MAXIMUM WEEKLY HOURS**

Notification Date: _____
Provider Number: _____

You are receiving this notice because you are a provider of IHSS for _____.

This notification is to inform you of your recipient's monthly authorized hours, of the services you are allowed to perform for your recipient, and of your recipient's potential Share of Cost liability.

Your recipient has a Share of Cost: ☐ Yes ☐ No
(For more information about Share of Cost see page 2)

Your recipient's monthly authorized hours are _____.

Your recipient's maximum weekly hours are his/her monthly authorized hours divided by 4.0, _____.

TE: PARTICIPACIÓN EN EL COSTO

¿Cuál es la parte del costo de IHSS?

- *Puede que un beneficiario que tenga un ingreso mayor que la mayoría de individuos que reciben SSI/Medi-Cal tenga una parte del costo (Share of Cost, SOC) por sus servicios de IHSS*
 - *El beneficiario debe pagar cierto monto cada mes antes de que Medi-Cal pague por servicios como el IHSS*

IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM PROVIDER NOTIFICATION OF RECIPIENT AUTHORIZED HOURS AND SERVICES AND MAXIMUM WEEKLY HOURS

Notification Date: _____

Provider Number: _____

You are receiving this notice because you are a provider of IHSS for _____.

This notification is to inform you of your recipient's monthly authorized hours, of the services you are allowed to perform for your recipient, and of your recipient's potential Share of Cost liability.

Your recipient has a Share of Cost: ☐ Yes ☐ No
(For more information about Share of Cost see page 2)

Your recipient's monthly authorized hours are _____.

Your recipient's maximum weekly hours are his/her monthly authorized hours divided by 4.0, _____.

The chart on pages 3 and 4 lists the services that have been authorized for your recipient (which have been marked with an X), along with a brief description of the types of work that may be performed as part of each service. You will only be paid for providing the authorized services that have been marked.

Your recipient is responsible for creating a work schedule with you to accommodate his or her maximum weekly hours and monthly authorized hours. Please note, if your recipient has more than one provider, you may be limited in the amount of the services you provide as your recipient may schedule other providers for these services. The total hours worked by all the providers cannot be more than the recipient's maximum weekly hours and authorized monthly hours. You will not be paid by the IHSS program for any hours that exceed your recipient's authorized monthly hours.

If you are working for more than one recipient, you will be able to work up to 66 hours per week. You are responsible for informing each of your recipients of the hours you will be available to work for him/her, taking into account hours you may be working for other recipients to make sure you do not exceed the 66 hours per week. If you work more than your recipient's authorized weekly hours without your recipient receiving county approval, you may incur a violation. However, your recipient may adjust the weekly authorized hours in specific circumstances without county approval.

If you are the only provider for your recipient, you will be able to work up to your recipient's maximum weekly hours and monthly hours.

TE: PARTICIPACIÓN EN EL COSTO

- Si el beneficiario tiene una SOC, es su responsabilidad pagarle cualquier SOC deducida de su cheque de pago
 - IHSS no pagará en nombre del beneficiario por ninguna SOC adeudada al proveedor

¿Cómo sabe si el beneficiario tiene una SOC?

- Pregunte al beneficiario si tiene una SOC
- Verifique el formulario SOC 2271 una vez que esté conectado para ver si el beneficiario tiene una SOC

**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES (IHSS) PROGRAM
PROVIDER NOTIFICATION OF RECIPIENT AUTHORIZED HOURS AND
SERVICES AND MAXIMUM WEEKLY HOURS**

Notification Date: _____
Provider Number: _____

You are receiving this notice because you are a provider of IHSS for _____.

This notification is to inform you of your recipient's monthly authorized hours, of the services you are allowed to perform for your recipient, and of your recipient's potential Share of Cost liability.

Your recipient has a Share of Cost: ☐ Yes ☐ No
(For more information about Share of Cost see page 2)

Your recipient's monthly authorized hours are _____.

Your recipient's maximum weekly hours are his/her monthly authorized hours divided by 4.0, _____.

The chart on pages 3 and 4 lists the services that have been authorized for your recipient (which have been marked with an X), along with a brief description of the types of work that may be performed as part of each service. You will only be paid for providing the authorized services that have been marked.

Your recipient is responsible for creating a work schedule with you to accommodate his or her maximum weekly hours and monthly authorized hours. Please note, if your recipient has more than one provider, you may be limited in the amount of the services you provide as your recipient may schedule other providers for these services. The total hours worked by all the providers cannot be more than the recipient's maximum weekly hours and authorized monthly hours. You will not be paid by the IHSS program for any hours that exceed your recipient's authorized monthly hours.

If you are working for more than one recipient, you will be able to work up to 66 hours per week. You are responsible for informing each of your recipients of the hours you will be available to work for him/her, taking into account hours you may be working for other recipients to make sure you do not exceed the 66 hours per week. If you work more than your recipient's authorized weekly hours without your recipient receiving county approval, you may incur a violation. However, your recipient may adjust the weekly authorized hours in specific circumstances without county approval.

If you are the only provider for your recipient, you will be able to work up to your recipient's maximum weekly hours and monthly hours.

SOC 2271 (3/21) Page 1 of 4

TE: PARTICIPACIÓN EN EL COSTO

- *El monto de la SOC puede cambiar cada periodo de pago, dependiendo de si el beneficiario ya ha pagado por otros gastos médicos y antes de que se procese la hoja de control de horas*
- *Cuando un beneficiario tenga una SOC, puede que la primera hoja de control de horas procesada por el condado cada mes tenga una deducción de la SOC, lo cual reduce el monto pagado directamente por IHSS al proveedor*
- *Cualquier SOC deducida del cheque de pago a un proveedor se deberá pagar personalmente por el beneficiario al proveedor*
 - *Cada vez que haya una deducción de la SOC del cheque de pago de un proveedor, IHSS enviará por correo una carta tanto al beneficiario como al proveedor, notificándole del monto que el beneficiario debe al proveedor*

TE: PARTICIPACIÓN EN EL COSTO

¿Cuáles son algunos ejemplos de gastos de SOC?

- *Pagar por otros servicios o productos médicos*
- *Pagos a la farmacia*
- *Pago al ir al consultorio de un médico*
- *Pagar a un proveedor de IHSS*

Para mayor información sobre la SOC:

- *Póngase en contacto con su oficina de Medi-Cal IHSS de su condado o la oficina de IHSS de su condado.*
- *Visite <https://www.cdss.ca.gov/inforesources/ihss/fact-sheets> y ubique la “parte del costo”(Share-of-Cost”)*

TE: HORAS EXTRAS



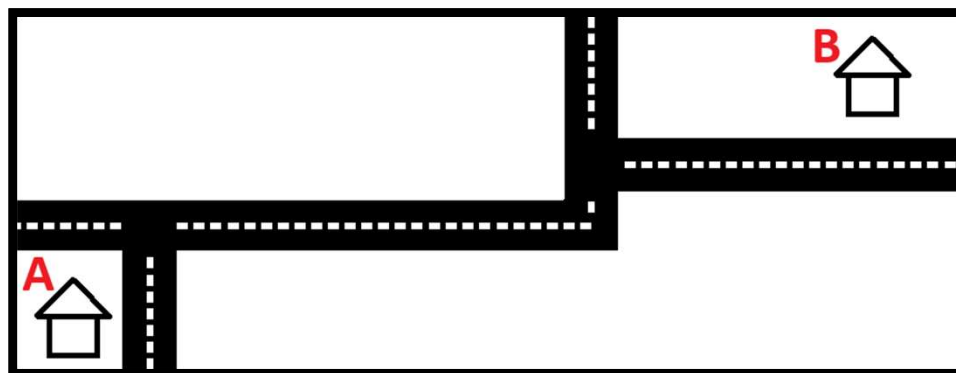
- *Si trabaja 40 horas semanales, las horas adicionales se consideran horas extras durante esa semana*
 - *Asegúrese de que se permitan horas extras para su beneficiario comprobando el máximo de horas semanales en el formulario SOC 2271*

TE: HORAS EXTRAS



- *No es necesario completar una hoja de registro de tiempo por separado para las horas extras. Deberá registrar todas las horas trabajadas esa semana para cada beneficiario*
 - *Recuerde que, si trabaja para más de un beneficiario, solo puede trabajar un total de 66 horas entre cada beneficiario*
 - ▣ *Revise la sección de infracciones para evitar sanciones por no cumplir con la norma del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS)*

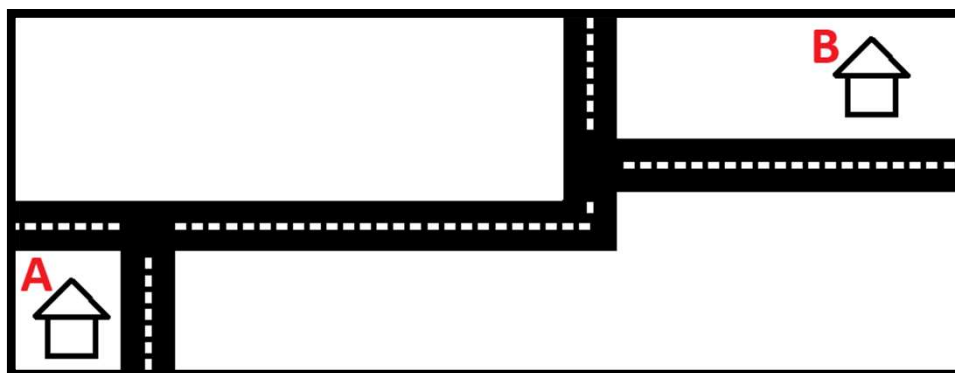
TE: TIEMPO DE VIAJE



¿Qué es el tiempo de viaje?

- *El proveedor Puede ser elegible para recibir un pago por el tiempo de viaje si presta servicios a más de un beneficiario el mismo día*
 - *Si es elegible, puede reclamar hasta siete horas de tiempo de viaje por semana laboral*
- *El tiempo de viaje se calcula a partir del tiempo que le toma viajar directamente desde el domicilio o lugar de servicio de un beneficiario a otro*

TE: TIEMPO DE VIAJE



- *Para reclamar el tiempo de viaje, debe presentar el Acuerdo de Semana Laboral y Tiempo de Viaje del Proveedor del Programa IHSS (SOC 2255) a IHSS*
- *El tiempo de viaje no forma parte de sus horas regulares ni de las horas extra. Puede reclamar las horas en el Plan de Ahorros (ESP) en la sección "Finanzas" (Financial), luego busque "Entrada de tiempo" (Time Entry) y haga clic en "Reclamación de viaje" (Travel Claim)*

TE: INFRACCIONES

¿Qué son las infracciones?

- *Es una medida formal que toma el CDSS cuando se infringen ciertas reglas del programa*
- *Múltiples infracciones pueden dar lugar a la suspensión o terminación*
 - *En el ESP, antes de enviar su hoja de registro de tiempo, recibirá un mensaje de advertencia si su hoja de registro de tiempo puede resultar en una infracción*

¿Cuáles son algunas infracciones comunes?

- *Trabajar horas extras no aprobadas por IHSS*
- *Trabajar por encima del máximo de horas semanales del beneficiario o exceder las horas extras mensuales*
- *Trabajar más de 66 horas totales en una semana laboral cuando se trabaja para más de un beneficiario*
- *Reclamar más de 7 horas de tiempo de viaje en una semana laboral*

TE: INFRACCIONES

¿Qué sucede si continúa recibiendo notificaciones de infracción?

- *Dependiendo de la cantidad de infracciones que haya recibido:*
 - *1ª : Usted y sus beneficiarios recibirán una notificación, pero no habrá otras consecuencias. Le recomendamos que se comunique con la oficina de IHSS de su condado para evitar futuras infracciones*
 - *2ª: Puede completar una capacitación autoguiada única sobre las normas de infracción dentro de los 14 días para que la infracción se elimine*
 - *Esta capacitación solo se puede completar una vez. Para completarla, comuníquese con la oficina de IHSS de su condado para obtener más información*

TE: INFRACCIONES

Qué sucede si continúa recibiendo notificaciones de infracción? (continuar)...

- *3ª: Se le suspenderá como proveedor de IHSS por 90 días*
- *4ª: No podrá trabajar como proveedor de IHSS por un año*
 - *Cuando termine el año, deberá volver a inscribirse y completar todos los requisitos de proveedor para reanudar su trabajo como proveedor de IHSS*

TE: INFRACCIONES

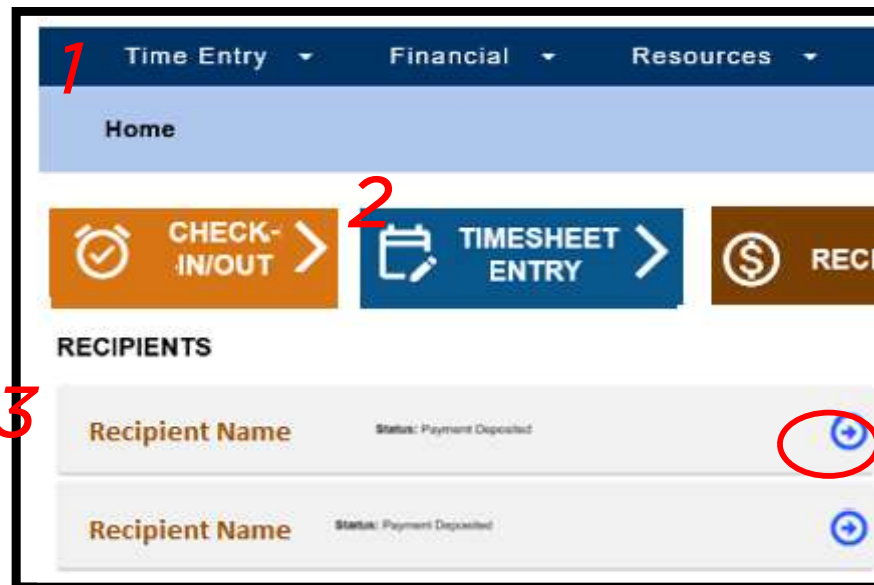
¿Qué pasa si creo que hay un error y quiero disputar la violación?

- *Dentro de los 10 días calendario siguientes a la recepción de la notificación de infracción, comuníquese con su condado para iniciar el proceso de impugnación*

¿Las infracciones permanecerán en mi expediente?

- *Las infracciones no permanecen activas de forma permanente.*
 - *Si no recibe otra infracción durante un año, una de ellas quedará inactiva*
- *Las infracciones se restablecerán si deja de ser elegible para el programa después de no recibir pago durante un año, o cuando se vuelve a inscribir en el programa después de recibir cuatro infracciones*

ENTRADA DE HOJA DE HORAS



- *Accede a tu parte de horas en el ESP mediante:*
 - *Al hacer clic en “Entrada de tiempo” (1 Time Entry), aparecerá un menú desplegable, busque “Hojas de tiempo” y seleccione “Ingresar tiempo” (Enter Time)*
 - *Haciendo clic en el botón azul “Entrada de hoja de horas” (2 Timesheet Entry)*
 - *En “Destinatarios” (3 Recipients), busque el nombre del destinatario para el que desea ingresar tiempo y haga clic en la flecha azul a la derecha de su nombre*

ENTRADA DE HOJA DE HORAS

- *Antes de completar su hoja de tiempo Antes de proceder a completar su hoja de tiempo, verifique que la siguiente información sea correcta:*
 - *Nombre del destinatario*
 - *Las fechas de “Período de pago- Tipo de pago” (Pay Period - Payment Type)*
 - *Si el período de pago no es el que desea completar, haga clic en la flecha desplegable correspondiente al período de pago disponible que puede completar*

Jane Doe

Pay Period - Payment Type

Dec 16, 2024 - Dec 31, 2024 | I... ▼

Timesheet Number: 0123456789

Status: Time Entry in Progress

Status Date: 12/31/2024

Available Hours for December: 146(H) 05(M)

Workweek 1 ▼

Workweek 2 ▼

Workweek 3 ▲

ENTRADA DE HOJA DE HORAS

Workweek 2

Sunday 17 Dec

Hours Minutes

00 00

Monday 18 Dec

Hours Minutes

00 00

Tuesday 19 Dec

Hours Minutes

00 00

Wednesday 20 Dec

Hours Minutes

00 00

Thursday 21 Dec

Hours Minutes

00 00

Friday 22 Dec

Hours Minutes

00 00

Saturday 23 Dec

Hours Minutes

00 00

Previously Claimed Hours: 00(H) 00(M)

Workweek Total: 00(H) 00(M)

Save

Timesheet Total: 00(H) 00(M)

Submit Timesheet

PROVEEDOR INTERNO

Workweek 2

Sunday 17 Dec

Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location

00 00 09:57 AM Home 06:32 PM Home X

Monday 18 Dec

Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location

00 00 --:-- --:-- --:-- --:-- X

Tuesday 19 Dec

Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location

00 00 --:-- --:-- --:-- --:-- X

Wednesday 20 Dec

Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location

00 00 --:-- --:-- --:-- --:-- X

Thursday 21 Dec

Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location

00 00 --:-- --:-- --:-- --:-- X

Friday 22 Dec

Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location

00 00 --:-- --:-- --:-- --:-- X

Saturday 23 Dec

Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location

00 00 --:-- --:-- --:-- --:-- X

Previously Claimed Hours: 00(H) 00(M)

Workweek Total: 00(H) 00(M)

Save

Timesheet Total: 00(H) 00(M)

Submit Timesheet

PROVEEDOR NO RESIDENTE

- Su hoja de control de horas se verá diferente dependiendo de si usted es un proveedor residente o no
- Para proveedores que utilicen el EVV la mayoría de información se registra automáticamente para usted
 - Igual deberá revisar la información y presentar su hoja de control de horas para el pago

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS: INFORMACIÓN BÁSICA

1 **JANE DOE**

2 Pay Period - Payment Type
Aug 1, 2025 - Aug 15, 2025 | IH... ▼

3 Timesheet Number: 00123456
Status: Time Entry in Progress
Status Date: 07/26/2025
Available Hours for August: 77(H) 51(M)

Workweek 1 ▼

Workweek 2 ▼

Workweek 3 ▼

Timesheet Total: 00(H) 00(M)

Submit Timesheet

Revisemos cierta información básica en su hoja de control de horas

- 1. En la parte superior, verá el nombre del beneficiario*
- 2. La sección “Periodo de pago - Tipo de pago” (Pay Period - Payment Type) muestra el periodo de pago que esté recibiendo actualmente*
- 3. El IHSS asignará de manera automática el “Número de hora de control de horas” (Timesheet Number)*

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS: INFORMACIÓN BÁSICA

4. El “Status” (Status) le muestra el status de presentación del periodo de pago

5. La “Fecha de status” (Status Date) le muestra la última vez que haya guardado cualquier entrada

JANE DOE

Pay Period - Payment Type

Aug 1, 2025 - Aug 15, 2025 | IH... ▾

4 **Timesheet Number:** 00123456

5 **Status:** Time Entry in Progress

Status Date: 07/26/2025

Available Hours for August: 77(H) 51(M)

Workweek 1 ▾

Workweek 2 ▾

Workweek 3 ▾

Timesheet Total: 00(H) 00(M)

Submit Timesheet

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS: INFORMACIÓN BÁSICA

JANE DOE

Pay Period - Payment Type

Aug 1, 2025 - Aug 15, 2025 | IH... ▼

Timesheet Number: 00123456

Status: Time Entry in Progress

6 Status Date: 07/26/2025

Available Hours for August: 77(H) 51(M)

Workweek 1 ▼

Workweek 2 ▼

Workweek 3 ▼

Timesheet Total: 00(H) 00(M)

Submit Timesheet

6. “Horas disponibles por mes”(Available hours for [Month]) le dice cuántas horas tiene disponibles aún el beneficiario

- Si hay algunos proveedores trabajando en el mismo proyecto, puede que las horas disponibles no sean precisas hasta que se hayan pagado hasta la fecha todas las hojas de control de horas de los proveedores

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS: INFORMACIÓN BÁSICA

7

Workweek 1

Sunday
Hours Worked: 05(H) 00(M)

Monday 28 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Tuesday 29 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Wednesday 30 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Thursday 31 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Friday 1 Aug
Hours: 00 Minutes: 00

Saturday
Hours: 01 Minutes: 00

Previously Claimed Hours: 05(H) 00(M)
Workweek Total: 06(H) 00(M)
Save

7. Cada “semana laboral” (Workweek) se iniciará el domingo y finalizará el sábado
- El primer periodo de pago del mes se inicia el día 1ero y finaliza el día 15
 - El segundo periodo de pago se inicia en el día 16 y finaliza el último día del mes

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS: INFORMACIÓN BÁSICA

Recordatorio:

- Verifique sus “horas previamente reclamadas” (Previously Claimed Hours) para la primera semana de cada periodo de pago, ya que se contará como parte de la hoja de control de horas actual
- Si nuevo periodo de pago comparte una semana laboral, verá el total de ambos periodos de pago para esa semana laboral bajo el “Total de la semana laboral” (Workweek Total)
 - Ejemplo: En el 2 do periodo de pago o el mes anterior; usted reclamó 5 horas en la semana laboral 3
 - El siguiente mes, bajo la semana laboral 1, usted trabajó 1 hora
 - El total de la semana laboral para la semana es de 6 horas, solo se le pagará 1 hora en este periodo de pago por esta semana laboral

Workweek 1

Sunday 27 Jul
Hours Worked: 05(H) 00(M)

Monday 28 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Tuesday 29 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Wednesday 30 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Thursday 31 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Friday 1 Aug
Hours: Minutes:

Saturday 2 Aug
Hours: Minutes:

Previously Claimed Hours: 05(H) 00(M)

Workweek Total: 06(H) 00(M)

Save

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS: INFORMACIÓN BÁSICA

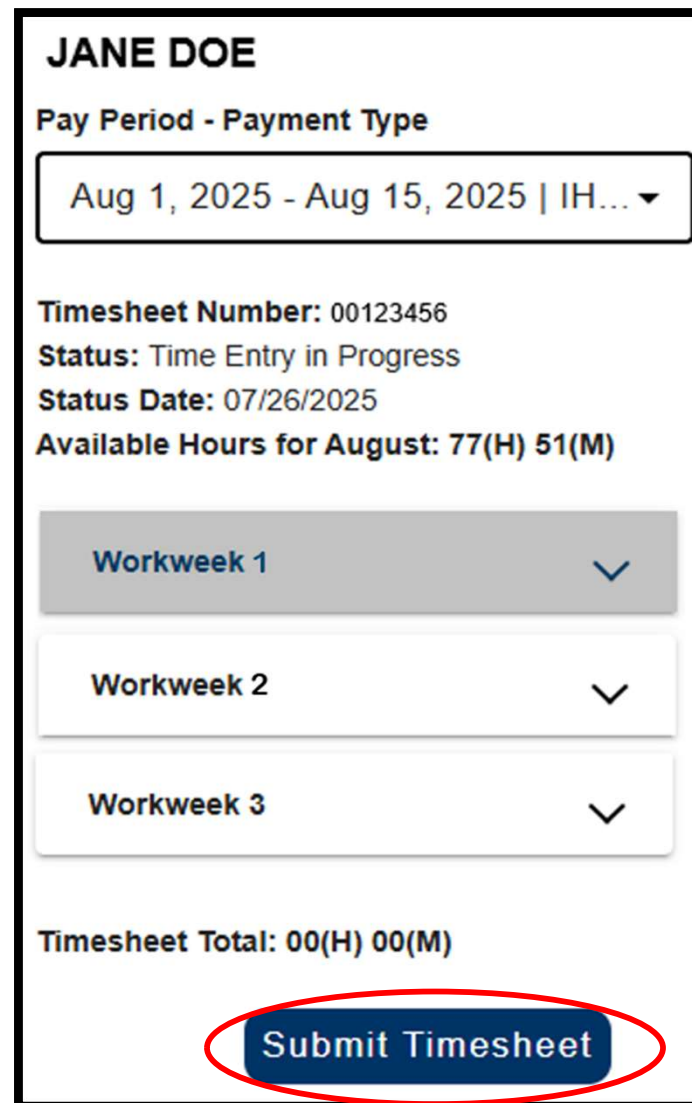
8. El “Total de la hoja de control de horas” (Timesheet Total) muestra el total de horas reclamadas por el periodo de pago
- Recuerde hacer clic en el botón “Guardar” (Save) en la parte inferior de cada semana laboral, o de otro modo no se calcularán las horas bajo el “Total de la hoja de control de horas” (Timesheet Total)

JANE DOE
Pay Period - Payment Type
Aug 1, 2025 - Aug 15, 2025 | IH...
Timesheet Number: 00123456
Status: Time Entry in Progress
Status Date: 07/26/2025
Available Hours for August: 77(H) 51(M)
Workweek 1 ▾
Workweek 2 ▾
Workweek 3 ▾
8 Timesheet Total: 00(H) 00(M)
Submit Timesheet

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS: INFORMACIÓN BÁSICA

9. *Utilice el botón de “Enviar hoja de control de horas” cuando esté listo para enviar su hoja de control de horas para que la revise el beneficiario*

Observemos el formato de ingreso de proveedores residentes y no residentes antes de enviar la hoja de control de horas



JANE DOE

Pay Period - Payment Type

Aug 1, 2025 - Aug 15, 2025 | IH... ▼

Timesheet Number: 00123456
Status: Time Entry in Progress
Status Date: 07/26/2025
Available Hours for August: 77(H) 51(M)

Workweek 1 ▼

Workweek 2 ▼

Workweek 3 ▼

Timesheet Total: 00(H) 00(M)

Submit Timesheet

9

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : RESIDENTES

JANE DOE

Pay Period - Payment Type

Dec 16 2025 - Dec 31, 2025

Timesheet Number: 00123456
Status: Time Entry in Progress
Status Date: 07/26/2025
Available Hours for August: 77(H) 51(M)

Workweek 1

Monday 16 Dec

Hours	Minutes
03	30

Tuesday 17 Dec

Hours	Minutes
00	00

Previously Claimed Hours: 05(H) 00(M)
Workweek Total: 10(H) 00(M)

Save

Timesheet Total: 16(H) 00(M)

Submit Timesheet

Para revisar la información de la hoja del control de horas, expanda cada hoja de trabajo

Si usted no utiliza la aplicación EVV:

- *Expandir la semana laboral para ver las fechas y comience ingresando la hora*

PROVEEDOR INTERNO

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : RESIDENTES

JANE DOE

Pay Period - Payment Type

Dec 16 2025 - Dec 31, 2025

Timesheet Number: 00123456
Status: Time Entry in Progress
Status Date: 07/26/2025
Available Hours for August: 77(H) 51(M)

Workweek 1

Monday 16 Dec

Hours: 03 Minutes: 30

Tuesday 17 Dec

Hours: 00 Minutes: 00

Previously Claimed Hours: 05(H) 00(M)
Workweek Total: 10(H) 00(M)

Save

Timesheet Total: 16(H) 00(M)

Submit Timesheet

- Los proveedores residentes solo necesitarán ingresar el número de horas y minutos que trabajaron cada día
 - Haga clic debajo de “00” en horas o minutos, elimine los ceros e ingrese su hora
- Para guardar para ingresar diariamente o la semana, haga clic en el botón “Guardar” (Save) ubicado al final de cada hoja de trabajo
 - No haga clic en “Enviar hoja de control de horas” (Submit Timesheet) si trabajará el resto del periodo de pago

PROVEEDOR INTERNO

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : RESIDENTES

×

Action Required

Did you live with Jane Doe between Jun 16, 2025 and Jun 30, 2025?
Live-in Providers are not required to check-in and out.

Yes

No

- *Si no ha presentado una Certificación de residencia, o usted no vive con el beneficiario, cada vez que inicie un nuevo periodo de pago, se le preguntará si reside con el beneficiario durante el periodo de pago*

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : PROVEEDOR NO RESIDENTE

Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location

Saturday 2 Aug

Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location

01 00 11:38 AM Home 12:38 AM Community

Save

- *Los proveedores no residentes deberán ingresar:*
 - Horas
 - Minutos
 - Hora de inicio
 - Localidad de inicio
 - Hora de finalización
 - Localidad de finalización
- *Si utiliza el registro de entrada y salida en la aplicación EVV, la información se llenará previamente para usted*

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : PROVEEDOR NO RESIDENTE

Jane Doe
Pay Period - Payment Type
Aug 1, 2025 - Aug 15, 2025 | IH...
Timesheet Number: 00123456
Status: Time Entry in Progress
Status Date: 07/26/2025
Available Hours for August: 77(H) 51(M)

Workweek 1

Sunday 27 Jul
Hours Worked: 05(H) 00(M)

Monday 28 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Tuesday 29 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Wednesday 30 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Thursday 31 Jul
Hours Worked: 00(H) 00(M)

Friday 1 Aug
Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location
00 00 --:-- -- --:-- -- --:-- -- --:-- --
Saturday 2 Aug
Hours Minutes Start Time Start Location End Time End Location
01 00 11:38 AM Home 1:12:38 PM Community

Save

- Si olvida utilizar la aplicación EVV, la aplicación EVV no está disponible, o se cometió un error al utilizar la EVV, puede seguir ingresando su información de trabajo en ESP

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : PROVEEDOR NO RESIDENTE

Jane Doe

Pay Period - Payment Type
 Aug 1, 2025 - Aug 15, 2025 | IH...

Timesheet Number: 00123456
 Status: Time Entry in Progress
 Status Date: 07/26/2025
 Available Hours for August: 77(H) 51(M)

Workweek 1

Sunday 27 Jul
 Hours Worked: 05(H) 00(M)

Monday 28 Jul
 Hours Worked: 00(H) 00(M)

Tuesday 29 Jul
 Hours Worked: 00(H) 00(M)

Wednesday 30 Jul
 Hours Worked: 00(H) 00(M)

Thursday 31 Jul
 Hours Worked: 00(H) 00(M)

Friday 1 Aug

Hours	Minutes	Start Time	Start Location	End Time	End Location
00	00	--:--		--:--	

Saturday 2 Aug

Hours	Minutes	Start Time	Start Location	End Time	End Location
01	00	11:38 AM	Home	1:12:38 PM	Community

Save

- Haga clic en la semana laboral para expandir la semana
 - No puede cambiar horas que ya se hayan enviado a través del ESP para los periodos de pago anteriores que compartan la misma semana laboral
- Haga clic en las casillas para eliminar los “00” o las horas incorrectas, para eliminar y agregar las horas y minutos correctos que haya trabajado

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : ENVÍO

- *Luego de que haya ingresado las horas y minutos que elaboró, recuerde hacer clic en el botón “Guardar”(Save)*
 - *Esto también será útil para ver si hay algún error*
 - *Por ejemplo, si ha rebasado el límite de horas semanales*

Workweek 3

Day	Hours	Minutes
Sunday 10 Aug	05	00
Monday 11 Aug	00	00
Tuesday 12 Aug	00	00
Wednesday 13 Aug	00	00
Thursday 14 Aug	00	00
Friday 15 Aug	00	00
Saturday 16 Aug	Hours Worked: 00(H) 00(M)	

Previously Claimed Hours: 00(H) 00(M)

Workweek Total: 05(H) 00(M)

Save **Submit Timesheet**

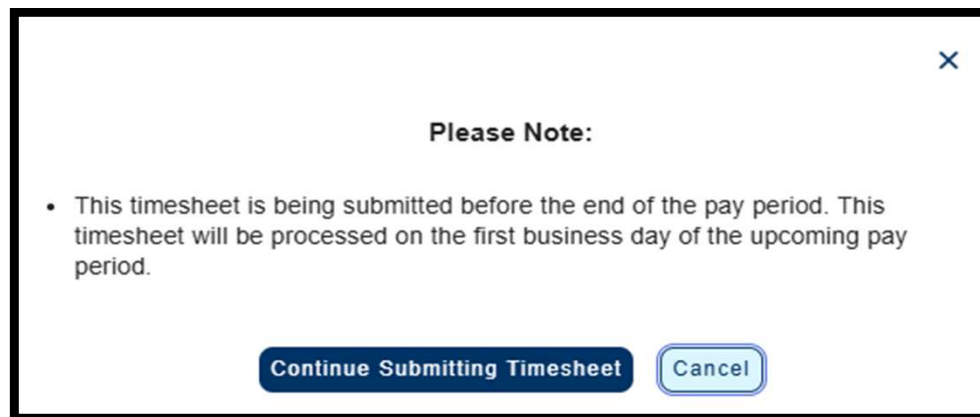
INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : ENVÍO

- *No envíe su hoja de control de horas hasta que haya revisado y guardado cada semana laboral en el periodo de pago.*
- *Si no hay errores y está listo para enviar su hoja de control de horas para que el beneficiario la revise y apruebe, haga clic en el botón “Enviar hoja de control de horas” (Submit Timesheet)*

Workweek 3

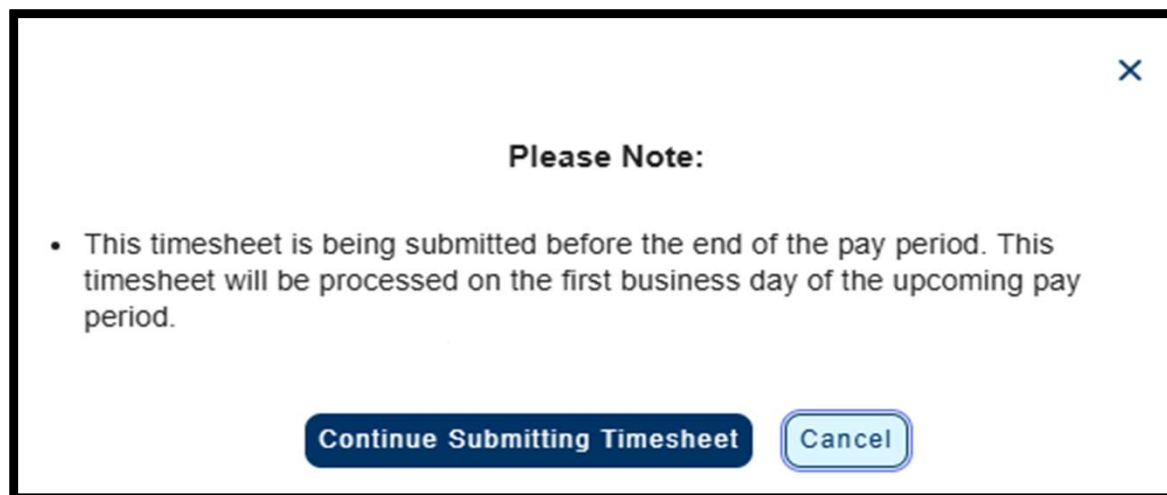
Sunday 10 Aug	Hours	Minutes
	05	00
Monday 11 Aug	Hours	Minutes
	00	00
Tuesday 12 Aug	Hours	Minutes
	00	00
Wednesday 13 Aug	Hours	Minutes
	00	00
Thursday 14 Aug	Hours	Minutes
	00	00
Friday 15 Aug	Hours	Minutes
	00	00
Saturday 16 Aug	Hours Worked: 00(H) 00(M)	
Previously Claimed Hours: 00(H) 00(M)		
Workweek Total: 05(H) 00(M)		
Save Submit Timesheet		

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : ENVÍO



- *Si envía su hoja de control de horas y se muestra un cuadro de mensaje, lea la información antes de continuar*
 - *El recordatorio del cuadro de mensaje podría deberse a:*
 - ▣ *Enviar una hoja de control de horas antes del final del periodo de pago*
 - ▣ *Enviar horas que resultarán en más de las horas autorizadas por el beneficiario*

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : ENVÍO



- *Haga clic en “cancelar” (Cancel) si desea volver para realizar cambios, o en “Continuar enviando las hojas de control de horas” (Continue Submitting Timesheets) si no desea realizar cambios*

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : ENVÍO

Timesheet Electronic Signature

Please electronically sign your timesheet for 08/01/2025 - 08/15/2025

I declare that the information on this timesheet is true and correct. I understand that any false claim may be prosecuted under Federal and State laws and that if convicted of fraud, I may also be subject to civil penalties.

☒ I, IP NAME agree to the terms above

Electronically Sign Timesheet & Submit for Recipient Review **Cancel Submit**

- Lea los términos de la “Firma electrónica de la hoja de control de horas” (Timesheet Electronic Signature)
- Indique estar de acuerdo con los términos haciendo clic la casilla vacía
- Para finalizar el envío de su hoja de control de horas haga clic en el botón “Firmar electrónicamente la hoja de control de horas y enviarla para revisión del beneficiario” (Electronically Sign Timesheet & Submit for Recipient Review)

INGRESO EN LA HOJA DE CONTROL DE HORAS : ENVÍO

Timesheet Electronic Signature

Please electronically sign your timesheet for 08/01/2025 - 08/15/2025

I declare that the information on this timesheet is true and correct. I understand that any false claim may be prosecuted under Federal and State laws and that if convicted of fraud, I may also be subject to civil penalties.

☐ I, IP NAME agree to the terms above

Electronically Sign Timesheet & Submit for Recipient Review **Cancel Submit**

- *Si su preferencia o preferencia del beneficiario de ser notificados por correo electrónico está encendida, se enviará un correo electrónico cuando:*
 - *Envíe la hora de control de horas*
 - *El beneficiario apruebe o niegue la hora de control de horas*
 - *La información del monto de depósito directo está lista*

SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

- *Cuando los proveedores de IHSS deban faltar al trabajo, pueden tomar una licencia por enfermedad para sí mismos o para un miembro familiar cuando:*
 - *Tengan una enfermedad*
 - *Tengan una cita médica*
 - *Necesiten un alivio, atención médica, servicios o consejería cuando el proveedor sea una víctima de violencia doméstica, ataque sexual o acoso.*
 - *Deban cuidar de un miembro familiar que esté enfermo o tenga una cita médica*
- *Utilizar horas de licencia por enfermedad no afecta las horas semanales o mensuales del beneficiario*

SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

Antes de que los proveedores puedan utilizar una licencia por enfermedad, se debe cumplir con un requisito por única vez

- *La licencia por enfermedad remunerada se acumula anualmente*
 - *Para comenzar a acumular horas de licencia por enfermedad, los proveedores deben trabajar primero 100 horas luego de su fecha de contratación inicial*
- *Luego de que un proveedor ha acumulado sus horas de licencia por enfermedad, no pueden reclamar nada hasta que:*
 - *El proveedor trabaje 200 horas adicionales, o*
 - *Trabaja activamente por un periodo de 60 días calendario*
- *La licencia por enfermedad debe utilizarse para el final de cada año fiscal estatal; 30 de junio*
 - *La licencia por enfermedad remunerada no utilizada expira. Las horas de licencia por enfermedad se restablecen el 1ero de julio de cada año*

SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

- *Puede hacer una solicitud de licencia por enfermedad:*
 - *Enviando una solicitud electrónica a través de ESP*
 - *Enviar el documento [SOC 2302](#) “Formulario de solicitud de licencia por enfermedad del proveedor del programa IHSS” a IHSS*
 - ▣ *El formulario está disponible en el sitio web de CDSS para que lo imprima*
 - ▣ *Se puede facilitar una copia impresa en la oficina de IHSS de su condado*

SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

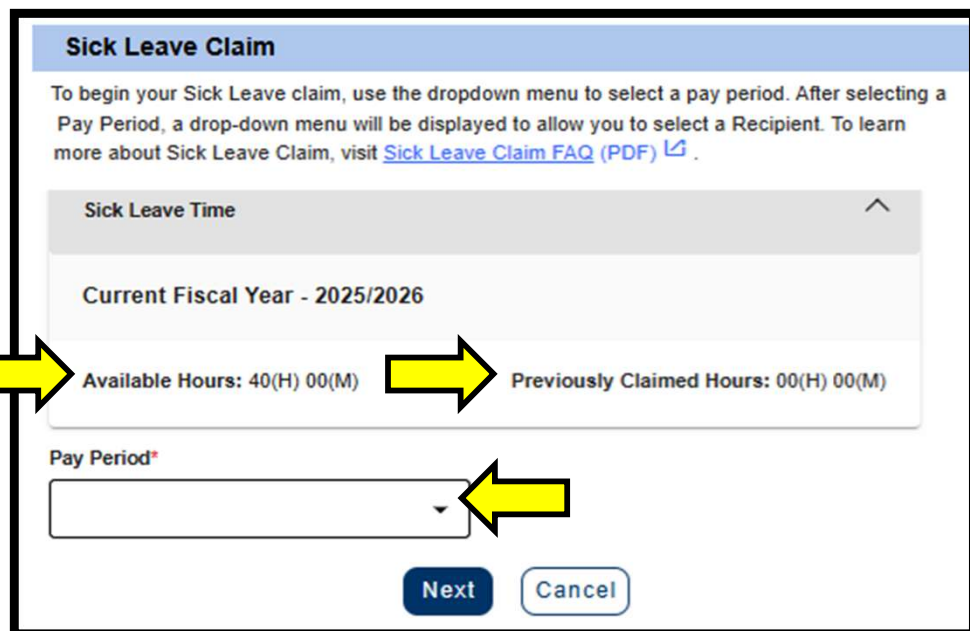
- *Para mayor información sobre la licencia por enfermedad:*
 - Visite cdss.ca.gov/inforesources/ihss-providers/resources/sick-leave
 - Llame al (866) 376-7066
 - ▣ *La mesa de servicios de IHSS puede responder preguntas acerca de la obtención, uso y saldo de una licencia por enfermedad*
 - *Esta información también puede encontrarse en el ESP o en su talonario de pago*

SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

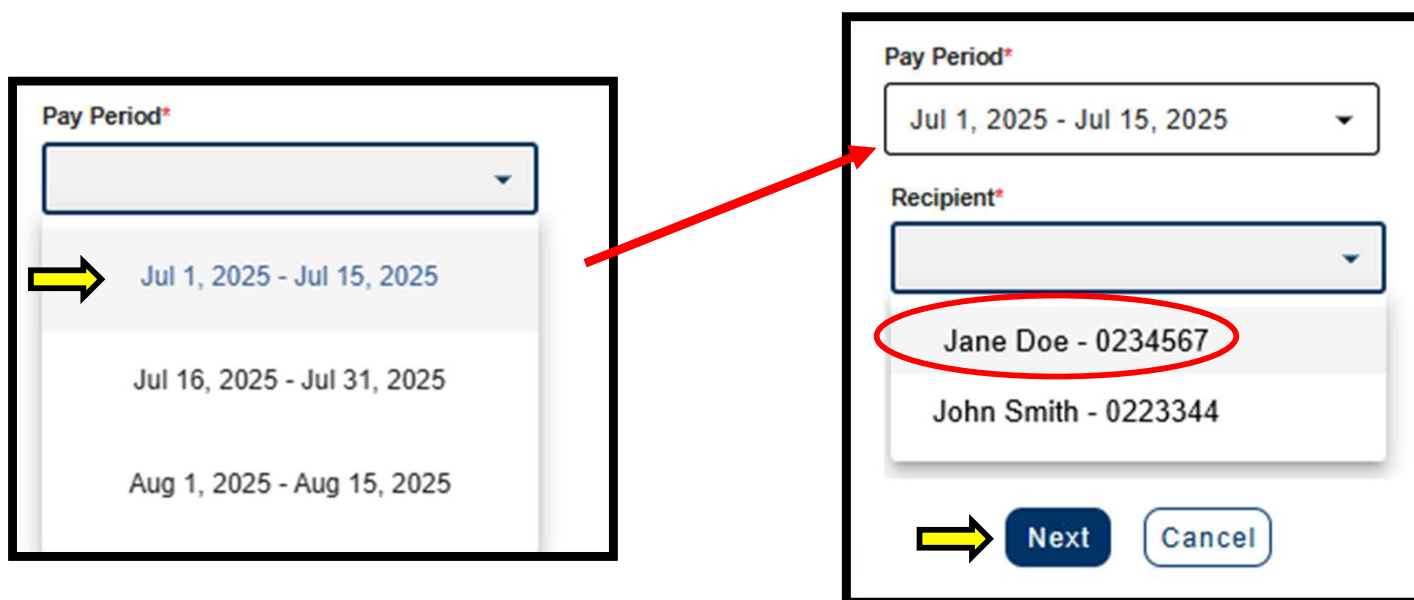


Ingresa una solicitud de licencia por enfermedad a través de ESP

- *Vaya a la pestaña de “Ingreso de horas” (Time Entry) y seleccione “Reclamar licencia por enfermedad” (Sick Leave Claim)*
- *Verá cuántas horas están disponibles, y cuántas horas ya ha reclamado durante el año fiscal*
- *Haga clic en la flecha descendente para ver una lista de periodos de pago de los cuales pueda hacer un reclamo*


 A screenshot of the 'Sick Leave Claim' form. The form has a title bar 'Sick Leave Claim' and a paragraph of instructions. Below the instructions, there are two fields: 'Available Hours: 40(H) 00(M)' and 'Previously Claimed Hours: 00(H) 00(M)'. Below these, there is a 'Pay Period*' dropdown menu. A yellow arrow points to the 'Available Hours' field, another yellow arrow points to the 'Previously Claimed Hours' field, and a third yellow arrow points to the 'Pay Period*' dropdown menu. At the bottom of the form, there are 'Next' and 'Cancel' buttons.

SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD



The image shows two screenshots of a web application interface. The left screenshot shows a 'Pay Period*' dropdown menu with three options: 'Jul 1, 2025 - Jul 15, 2025', 'Jul 16, 2025 - Jul 31, 2025', and 'Aug 1, 2025 - Aug 15, 2025'. A yellow arrow points to the first option. A red arrow points from this option to the 'Pay Period*' dropdown in the right screenshot. The right screenshot shows the 'Pay Period*' dropdown set to 'Jul 1, 2025 - Jul 15, 2025'. Below it is a 'Recipient*' dropdown menu with three options: 'Jane Doe - 0234567', 'John Smith - 0223344', and an empty option. The first option is circled in red. At the bottom of the right screenshot, there is a yellow arrow pointing to a 'Next' button and a 'Cancel' button.

- *En el “Periodo de pago” (Periodo de pago) escoja el periodo de pago por el cual desee reclamar una licencia por enfermedad*
- *Luego, escoja el beneficiario para el cual no pudo trabajar*
- *Haga clic en “Siguiete” (Next)*

SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

Jane Doe ,
Pay Period: 007/01/2025 – 07/15/2025
Available Hours: 40(H) 00(M)
Previously Claimed Hours: 00(H) 00(M)
Status: New
Status Date: 007/07/2025

Sick Leave Claims

Sick Leave Claim 1

Absence date*  Hours Minutes 

Claimed Hours: 00(H) 00(M)

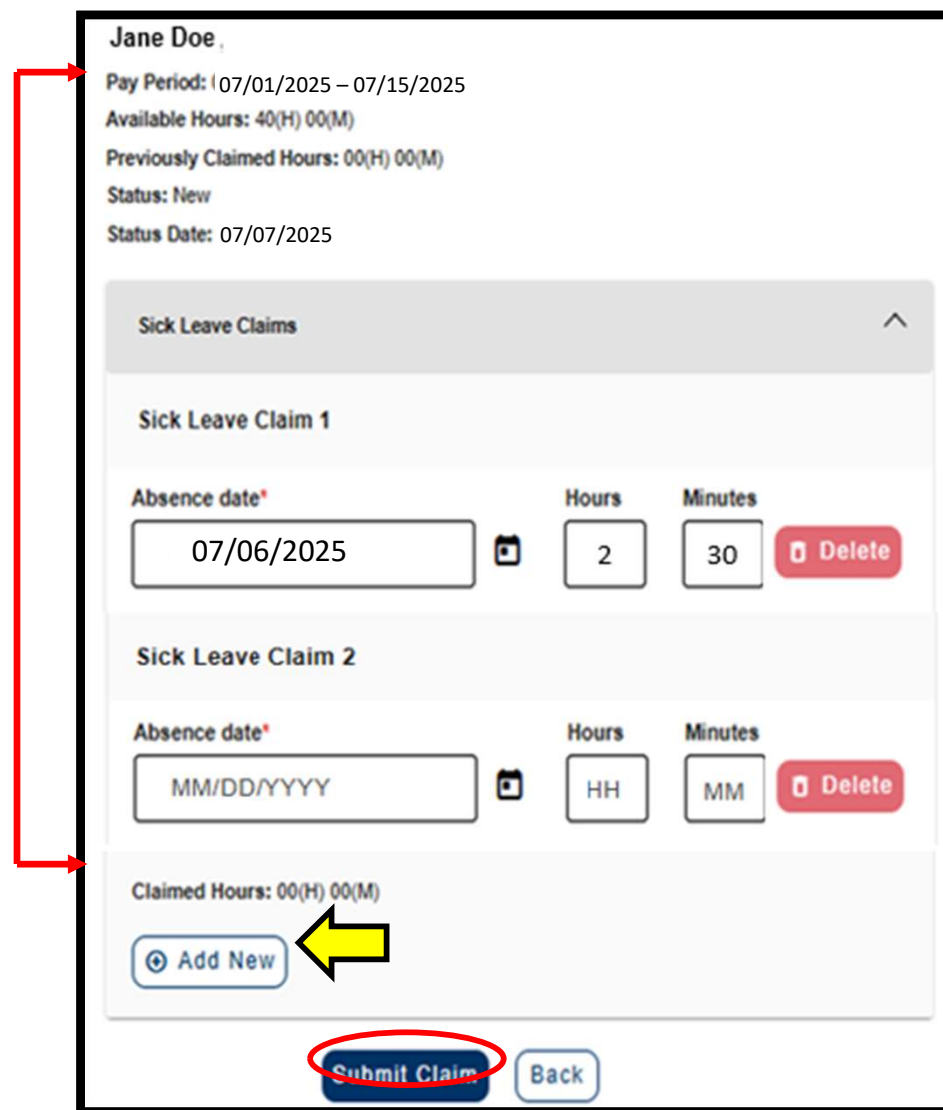


- *Ingresa la fecha de su licencia por enfermedad en el formato de mes/día/año*
 - *No puede ingresar una fecha futura*
 - *No puede ingresar una fecha que no esté dentro del periodo de pago que haya seleccionado*
 - *Si el periodo de pago no está correcto, haga clic en el botón “Volver” (Back)*
- *Debe ingresar un mínimo de una hora para cualquier ausencia por licencia por enfermedad Los minutos reclamados solo pueden ser 00 o 30*
 - *Solo puede reclamar menos de una hora si su saldo disponible está en 30 minutos*

SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

- Si necesita agregar más horas de licencia por enfermedad en el mismo periodo de pago, haga clic en el botón “Agregar nuevo” (Add New) en la parte inferior
- Puede revisar cuántas horas ha reclamado debajo de “Horas reclamadas” (Claimed Hours) y compararlas con sus “Horas disponibles” (Available Hours)
- Para enviarlo, haga clic en el botón “Enviar reclamo” (Submit Claim)
- Se emitirá un cheque por reclamos de licencia por enfermedad de manera separada al cheque regular quincenal



Jane Doe

Pay Period: 07/01/2025 – 07/15/2025

Available Hours: 40(H) 00(M)

Previously Claimed Hours: 00(H) 00(M)

Status: New

Status Date: 07/07/2025

Sick Leave Claims

Sick Leave Claim 1

Absence date* 07/06/2025

Hours 2 Minutes 30

Delete

Sick Leave Claim 2

Absence date* MM/DD/YYYY

Hours HH Minutes MM

Delete

Claimed Hours: 00(H) 00(M)

Add New

Submit Claim Back

¡FELICIDADES!



- *Ahora ya sabes cómo configurar y revisar la información financiera en el ESP. Ahora puedes:*
 - *Registrar una entrada y salida*
 - *Entender lo básico de una hoja de control de horas*
 - *Completar y enviar hojas de horas de trabajo*
 - *Enviar una solicitud de licencia por enfermedad*
- *Enviar una solicitud de licencia por enfermedad*
cdss.ca.gov/inforesources/cdss-programs/ihss/ihss-provider-resources

*Si tiene preguntas o problemas con el ETS o las hojas de horas, llame al servicio de asistencia del ETS:
(866) 376-7066, Opción 1*



PUBLIC AUTHORITY
SANTA CLARA COUNTY

Public Authority Services

by Sourcewise

www.pascc.org

