

APLICACION PARA PROVEEDOR INDEPENDIENTE

Para Unirse al Registro de Autoridad Publica

Toda la información en este formulario es requerida, incluyendo buenas referencias que podamos verificar

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección _____

Dirección de Correo (Si es diferente) _____

Número de Teléfono de Casa: _____ Numero de Celular: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: M _____ F _____

Número de Licencia de Conducir o Identificación de California: _____

Fecha de Vencimiento: _____

¿Está Dispuesto a Trabajar con Estos Requisitos Especiales?	
Sí ___ No ___	Adulto con Discapacidades de Desarrollo: Autismo, Daño Cerebral, Parálisis Cerebral, Epilepsia, etc.
Sí ___ No ___	Adulto con Discapacidades Físicas
Sí ___ No ___	Cientes con Alzheimer o Demencia
Sí ___ No ___	Cientes Ciegos o con Problemas de Visión
Sí ___ No ___	Niño/Menor con Discapacidades de Desarrollo: Autismo, Daño Cerebral, Parálisis Cerebral, Epilepsia, etc.
Sí ___ No ___	Niño/Menor con Discapacidades Físicas
Sí ___ No ___	Cientes que son Sordos o con Deficiencias Auditivas
Sí ___ No ___	Cientes que son de Edad Avanzada
Sí ___ No ___	Cientes que Necesitan Cuidados Paliativos
Sí ___ No ___	Cientes que Tienen Problemas de Memoria
Sí ___ No ___	Cientes con Problemas de Salud Mental: Bipolar, Acaparamiento, Depresión, Esquizofrenia, etc.
Sí ___ No ___	Cientes que son Cuadripléjicos
Sí ___ No ___	Cientes con Alergias, deben ser libre de aroma (no perfume, jabones y lociones sin olor)
Sí ___ No ___	Cientes que Fuman Adentro y Afuera
Sí ___ No ___	Cientes que Fuman Afuera Solamente
Sí ___ No ___	Cientes que Tienen un Impedimento del Habla o no Pueden Hablar

Cuéntenos Mas Sobre Usted	
	Sí ___ No ___ ¿Tiene Un Coche Que Está Dispuesto a Utilizar Para Transportar Al Cliente?
	Sí ___ No ___ ¿Fuma Usted?
	Sí ___ No ___ ¿Fuma Usted En El Trabajo? (Si es así, está dispuesto a no fumar en el trabajo)
	Sí ___ No ___ ¿Puede Trabajar Los Días Feriados?
	Sí ___ No ___ ¿Puede Trabajar Como Guardia De Atención de Urgencias?
	Sí ___ No ___ ¿Puede Trabajar Para Tareas de Corta Duración?
	Sí ___ No ___ ¿Puede Hacer Traslados Utilizando Un Cinturón De Traslado?
	Sí ___ No ___ ¿Puede Hacer Traslados Utilizando Un Elevador Hoyer?
	Sí ___ No ___ ¿Puede Hacer Un Traslado Utilizando La Transferencia de Pivote?
	Sí ___ No ___ ¿Puede Hacer Un Traslado Usando Una Tabla De Deslizamiento?
	Sí ___ No ___ ¿Trabaja Con Diabéticos?

1. ¿Cuál es su medio PRINCIPAL de transporte? Autobús _____ Coche _____ Otro _____
2. ¿Está dispuesto a transportar clientes hacia y desde citas médicas? Sí _____ No _____
(Usted debe tener su propio coche, licencia de conducir valida y seguro de auto)
3. ¿Cuál es su preferencia de cliente? Masculino _____ Femenino _____ Cualquiera _____
4. ¿Está dispuesto a trabajar cerca de mascotas? Sí _____ No _____
Si es así, Gatos _____ Perros _____ Otros _____
5. Idioma(s) que habla con fluidez: _____ Otro: _____
6. Número de años de experiencia de cuidado en el hogar: _____
7. ¿Cómo supo de nosotros? _____

¿CUANTAS MILLAS ESTA DISPUESTO A MANEJAR DE IDA PARA TRABAJAR?

Millas _____

(Por ejemplo: 2 millas, 5 millas, 12 millas, 15 millas, etc.)

Tareas que está dispuesto a hacer
--

Sí ___ No ___	Servicios Domésticos (limpiar, barrer, pasar la aspiradora, etc.)
Sí ___ No ___	Cocinar Las Comidas
Sí ___ No ___	La Limpieza Después De Las Comidas
Sí ___ No ___	El Lavado De La Ropa
Sí ___ No ___	Ir De Compras Para La Comida
Sí ___ No ___	Otras Compras/Mandados
Sí ___ No ___	Respiración (asistencia a clientes con la auto-administración de oxígeno, etc.)
Sí ___ No ___	Asistir Con La Limpieza De Evacuaciones Intestinales y De La Vejiga (discutirlo con el cliente; algunos solo necesitan los suministros almacenados)
Sí ___ No ___	Alimentación
Sí ___ No ___	Baños De Cama Rutinarios
Sí ___ No ___	Asistencia Para Vestir
Sí ___ No ___	Cuidado Menstrual
Sí ___ No ___	Deambulación (Asistencia para caminar con bastón, andador ortopédico y/o silla de ruedas)
Sí ___ No ___	Transferir (transferir al cliente de la cama a la silla de ruedas; asistir a levantarse de la silla)
Sí ___ No ___	Bañar, Higiene Bucal y Aseo (rasurar, lavando los dientes, etc.)
Sí ___ No ___	Frotando La Piel, Reposicionamiento
Sí ___ No ___	Atención y Asistencia Con Prótesis (recordatorios de medicamento)
Sí ___ No ___	Acompañamiento a Citas Medicas
Sí ___ No ___	Acompañamiento a Recursos Alternativos
Sí ___ No ___	Supervisión De Protección
Sí ___ No ___	Supervisión Paramédica
Sí ___ No ___	Limpieza Pesada

DIAS Y HORAS DE DISPONIBILIDAD/Dispuesto a Trabajar: (Marque todos los que aplican)

	<u>Lunes</u>	<u>Martes</u>	<u>Miercoles</u>	<u>Jueves</u>	<u>Viernes</u>	<u>Sabado</u>	<u>Domingo</u>
8 AM - 10 AM							
10 AM - 12 PM							
12 PM - 2 PM							
2 PM - 4 PM							
4 PM - 6 PM							
6 PM - 8 PM							

Número de horas que le gustaría trabajar por semana (No más de 66 horas): _____

Anote cualquier entrenamiento (y la fecha del entrenamiento) que ha tenido en relación al cuidado En-Casa. Por favor incluya cualquier entrenamiento al cual asistió a través de los Servicios de Autoridad Publica:

Anote cualquier certificado o licencia que posee: (Por favor use una hoja extra si es necesario)

Certificado Licencia	Institución	Fecha de Vencimiento
Certificado Licencia	Institución	Fecha de Vencimiento

ANOTE SUS REFERENCIAS DE TRABAJO ABAJO. USTED DEBE PROPORCIONAR 2 REFERENCIAS DE TRABAJO POSITIVAS DE LOS ULTIMOS 3 AÑOS. ASEGURESE DE PROPORCIONAR NUMEROS DE TELEFONO QUE SEAN VALIDOS POR QUE NOS PONDREMOS EN CONTACTO CON SUS REFERENCIAS:

(Por favor use hojas extras si es necesario)

REFERENCIA DE TRABAJO#1:

EMPLEADO DE: _____ HASTA: _____ HORAS TRABAJADAS POR SEMANA _____

CLIENTE O NOMBRE DE EMPRESA: _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____ TELEFONO: _____
Código de Área

TITULO Y DEBERES DE EMPLEO: _____

REFERENCIA DE TRABAJO#2:

EMPLEADO DE: _____ HASTA: _____ HORAS TRABAJADAS POR SEMANA _____

CLIENTE O NOMBRE DE EMPRESA: _____

NOMBRE DEL SUPERVISOR: _____ TELEFONO: _____
Código de Área

TITULO Y DEBERES DE EMPLEO: _____

Referencia Personal:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

IP APPLICATION.DOC

REV 7/2016

4

¿Alguna vez ha sido condenado por un tribunal de un crimen? Sí _____ No _____

Si es así, por favor explique: _____

Yo declaro que toda la información proporcionada es correcta y verdadera. Yo entiendo que la mala interpretación u omisión de los hechos que se requieren es causa de exclusión del Registro de la Autoridad Pública.

Firma del Solicitante

Fecha

Como un servicio de referencia, el Registro de la Autoridad Publica retiene el derecho exclusivo para ejercer discernimiento en su selección de Proveedores. El Registro opera como un servicio opcional y no-obligatorio para juntar proveedores de IHSS con consumidores y todos los proveedores pueden trabajar para cualquier consumidor de IHSS que de consentimiento sin ser parte del Registro. La eliminación o rechazo del registro no descarta a un individuo de trabajar como proveedor de IHSS, ni tampoco se le garantiza trabajo al estar en el Registro.