



INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE REGISTRO DE PROVEEDORES DE CUIDADO

¿Está buscando un trabajo significativo ayudando a otros en su comunidad? El Registro de Proveedores de Cuidado de la Autoridad Pública es un programa que reúne a las personas que necesitan atención en sus propios hogares con aquellos que quieren proporcionar ese cuidado.

Una vez que usted es un proveedor de IHSS aprobado, usted puede solicitar ser un proveedor en el Registro. Si usted cumple con los requisitos del registro, su nombre se pondrá en una lista de proveedores elegibles. Si un cliente contacta al Registro en busca de un proveedor, la Autoridad Pública le proporcionará al cliente una lista de proveedores elegibles del registro que están disponibles para más horas de IHSS.

Los recipientes de IHSS son responsables de la contratación, supervisión y la terminación del proveedor que elijan. El Registro de Proveedores de Cuidado no garantiza el empleo.

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DEL REGISTRO

1. *Complete la solicitud*

- Imprima la solicitud o llame al (805) 474-2055 para solicitar una copia por correo.

2. *Mande la solicitud con Declaración de Confidencialidad, Acuerdo del Registro y las 2 Referencias adjuntas*

- Por Correo – 1086 E. Grand Avenue, Arroyo Grande, CA 93420, Attn: Autoridad Pública
- Por Fax – (805) 474-2012, Attn: Autoridad Pública
- En Persona – 1086 E. Grand Avenue, Arroyo Grande, CA 93420, Attn: Autoridad Pública

3. *Una vez recibida, el personal de la Autoridad Pública se encargará de:*

- Revisar que la solicitud esté bien completa
- Verificar que el solicitante del registro sea un proveedor de IHSS aprobado
- Confirmar que el solicitante ha completado y firmado la Declaración confidencialidad y el Acuerdo del registro
- Revisar las cartas de referencia del proveedor
- Verificar los antecedentes penales ante el Departamento de Justicia
- Determinar si el solicitante cumple con los requisitos del registro

Si es aceptado en el registro, el Registro de cuidadores proporcionará su información de contacto a los beneficiarios, o sus representantes autorizados, que necesiten un proveedor.

NOTA: Aplicar para el Registro de Proveedores es opcional. Si usted ya está inscrito como proveedor de IHSS y ya tiene un cliente que le gustaria contratarlo, pida a su cliente que contacte el Departamento de Nóminas de IHSS al (805) 461 6110 ó (805) 474-2103.



FORMA DE SOLICITUD PARA REGISTRO DE CUIDADORES
FAVOR DE ESCRIBIR A MAQUINA O CON LETRA DE MOLDE EN TINTA

Sección I. INFORMACIÓN GENERAL

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial del segundo nombre:
# de Seguro Social:	Género:	
Teléfono de Contacto:	Teléfono Alternativo:	
Dirección de Residencia:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de Correo: <small>(Si es diferente a la dirección de arriba)</small>		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿Cuales idiomas habla?		
Primordial:	Secundaria:	Otro:

Sección II. Disponibilidad de ubicación – Marque todas las ciudades en las que está dispuesto a prestar servicios.

<input type="checkbox"/> Arroyo Grande	<input type="checkbox"/> Atascadero	<input type="checkbox"/> Avila Beach	<input type="checkbox"/> Bradley	<input type="checkbox"/> California Valley
<input type="checkbox"/> Cambria	<input type="checkbox"/> Cayucos	<input type="checkbox"/> Creston	<input type="checkbox"/> Grover Beach	<input type="checkbox"/> Los Osos
<input type="checkbox"/> Morro Bay	<input type="checkbox"/> Nipomo	<input type="checkbox"/> Oceano	<input type="checkbox"/> Paso Robles	<input type="checkbox"/> Pismo Beach
<input type="checkbox"/> San Luis Obispo	<input type="checkbox"/> San Miguel	<input type="checkbox"/> San Simeon	<input type="checkbox"/> Santa Margarita	<input type="checkbox"/> Shandon
<input type="checkbox"/> Shell Beach	<input type="checkbox"/> Templeton			

Nota: El proveedor y el beneficiario son responsables de establecer un horario de semana laboral cuando el beneficiario contrata a un proveedor.

Sección III. CERTIFICACIÓN Y FIRMA

- Entiendo que el personal de la Autoridad Pública llevará a cabo una verificación de antecedentes sobre mi uso de recursos públicos disponibles incluyendo, pero no limitado a, verificaciones de antecedentes del Departamento de Justicia. Entiendo que actos criminales anteriores o futuros pueden impedirme participar en el Registro.
- Entiendo que la Autoridad Pública retiene el derecho exclusivo de listar, referir, suspender, o eliminar a un cuidador individual del Registro.
- Entiendo que mi empleador NO es el Programa de Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS) del Condado de San Luis Obispo, IHSS Autoridad Pública, o el Registro de Cuidadores. El cliente de IHSS es mi empleador. Además, entiendo que un cliente-empleador de IHSS retiene el derecho exclusivo para contratar, supervisar, y terminar mi empleo con o sin aviso.
- Si me aprueban para ser un proveedor en el Registro de Cuidadores, acepto seguir todas las directrices del programa.

Yo, _____, declaro bajo la pena de perjurio que toda la información provista en esta solicitud y su proceso relacionado es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier información falsa puede eliminarme de la participación en el Registro.

Firma

Fecha

Condado de San Luis Obispo Departamento de Servicios Sociales

1086 Grand Avenue, Arroyo Grande, CA 93420 | P.O. BOX 8119, San Luis Obispo, CA 93403-8119

| (P) 805-474-2055 | (F) 805-474-2012 | slocounty.ca.gov/dss



Formulario de referencia del registro de cuidadores de IHSS *Requerida

Estimado/a referencia,

Por favor complete la siguiente información sobre _____ que está aplicando para ser un proveedor en el Registro de la Autoridad Pública.

- Por favor complete **todas las preguntas** a continuación y que sean legibles
- Deber haber conocido el solicitante al menos de 6 meses
- No puede ser pariente del solicitante

Nombre y apellido de referencia	
Domicilio	
Numero de teléfono	
Dirección de correo electrónico	
¿Cuánto tiempo ha conocido al solicitante?	
¿Su relación con el solicitante?	
¿Cuál es el mejor tiempo para contactarlo con preguntas adicionales? (Lun-Vier 8AM – 5PM)	
Por favor, explique por qué cree que el solicitante sería un buen cuidador.	

Firma: _____ Fecha: _____



Formulario de referencia del registro de cuidadores de IHSS *Requerida

Estimado/a referencia,

Por favor complete la siguiente información sobre _____ que está aplicando para ser un proveedor en el Registro de la Autoridad Pública.

- Por favor complete **todas las preguntas** a continuación y que sean legibles
- Deber haber conocido el solicitante al menos de 6 meses
- No puede ser pariente del solicitante

Nombre y apellido de referencia	
Domicilio	
Numero de teléfono	
Dirección de correo electrónico	
¿Cuánto tiempo ha conocido al solicitante?	
¿Su relación con el solicitante?	
¿Cuál es el mejor tiempo para contactarlo con preguntas adicionales? (Lun-Vier 8AM – 5PM)	
Por favor, explique por qué cree que el solicitante sería un buen cuidador.	

Firma: _____ Fecha: _____