



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

Sección I. INFORMACION 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 – Marque todos los días/tiempos que usted está disponible a proporcionar cuidado.

	<u>Lun</u>	<u>Mar</u>	<u>Mier</u>	<u>Juev</u>	<u>Vier</u>	<u>Sab</u>	<u>Dom</u>
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección III. EDUCACION Y ENTRENAMIENTO

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

Escuela secundaria
 Alguna universidad
 Título asociado
 Título de Licenciatura

¿Tiene alguno de los siguientes certificados o títulos? Marque todos los que apliquen.

Primeros auxilios
 RCP
 CHHA
(Servicios de Asistente de Salud en Casa Certificada)
 CNA
(Asistente de Enfermera Certificada)
 LVN
(Enfermera Vocacional con Licencia)

Otro:

Sección IV. HISTORIAL DE EMPLEO

Escriba los últimos 5 años de historial del empleo. Si usted no tiene historia en los últimos 5 años, escriba sus últimos 2 trabajos.

Empresa:	De:	A:
Dirección:		Número de Teléfono:
Supervisor:	¿Podemos llamarle? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Razón por irse:		

Empresa:	De:	A:
Dirección:		Número de Teléfono:
Supervisor:	¿Podemos llamarle? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Razón por irse:		

Empresa:	De:	A:
Dirección:		Número de Teléfono:
Supervisor:	¿Podemos llamarle? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Razón por irse:		

Empresa:	De:	A:
Dirección:		Número de Teléfono:
Supervisor:	¿Podemos llamarle? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Razón por irse:		

La póliza del Registro de Cuidadores es verificar el empleo anterior con IHSS y revisar los registros de rendimiento de trabajo. Por favor, conteste las siguientes preguntas.

¿Alguna vez ha trabajado como proveedor de IHSS en el Condado de San Luis Obispo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Si la respuesta es sí, cuáles fechas?	¿Sigue trabajando? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Cuántas horas de IHSS trabaja actualmente por mes?	
¿Cuántas horas adicionales de IHSS le gustaría trabajar por mes?	
¿Alguna vez ha trabajado como proveedor de IHSS en otro condado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Si la respuesta es sí, cuáles fechas?	Razón por irse:

Sección V. REFERENCIAS

Profesional – Escriba a dos empleadores o supervisores anteriores.

<u>Nombre</u>	<u>Empresa</u>	<u>Relación</u>	<u>Años conocidos</u>	<u>Teléfono actual</u>

Personal – Escriba a dos amigos o conocidos (no relacionados).

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Años conocidos</u>	<u>Teléfono actual</u>

Sección VI. PREFERENCIAS

Clientes y Servicios

¿A cuáles de los siguientes clientes está dispuesto a proveer cuidado? Por favor marque todos los que apliquen.

- Niños (menores de 18 años)
 Adultos (18-64 años)
 Ancianos (65+ años)
 Clientes Varones
 Clientes Femeninos
 Parejas

¿Cuáles de los siguientes servicios está dispuesto a realizar? Por favor marque todos los que apliquen.

- Acompañamiento a citas (*Asistir a las citas del cliente – No necesariamente proporcionar transportación*)
 Asistencia de Transferencia (*moverse en/de la cama, en/de las sillas, etc.*)
 Deambulación (*ayudar a caminar/con moverse*)
 Servicios Paramédicos (*inyecciones, cuidado de heridas, etc.*)
 Alimentación (*ayudar al cliente a comer*)
 Cuidado de Prótesis (*ayudar con audífono, lentes, prótesis, etc.*)
 Limpieza Intensa (*limpieza intensa del hogar – servicio de una sola vez*)
 Supervisión Protectora (*observar el comportamiento del cliente con deterioro cognitivo*)
 Lavado de ropa (*lavar, secar, doblar y guardar*)
 Respiración (*ayudar con dispositivos respiratorios autoadministrados, el oxígeno, etc.*)
 Servicios Domésticos (*limpieza básica de casa – barrer, trapear, aspirar, desempolvar, etc.*)
 Masajear la Piel/Reposicionamiento (*dar masajes de la pierna/del pie, ayudar con ejercicios de amplitud de movimiento, etc.*)
 Preparación de Comida y Limpieza (*preparar alimentos, cocinar, limpieza después de las comidas*)
 Compras y Mandados (*hacer compras y mandados, con o sin el cliente*)
 Asistencia con Medicamentos (*organizar medicamentos, recordarle al cliente que tome sus medicamentos*)

Tareas de Cuidado Personal – Por favor indique si está dispuesto a ayudar a clientes varones y/o femeninos.

- Baño (*ayudar con lavar, secar, baños de esponja*)
 Aseo/Higiene (*cepillarse los dientes, peinar el cabello, afeitarse, etc.*)
 clientes varones clientes femeninos
 clientes varones clientes femeninos
 Cuidado Intestinal y Vesical (*ayudar con el uso del baño, cambiar pañales*)
 Vestir (*ponerse/quitarse la ropa, zapatos, etc.*)
 clientes varones clientes femeninos
 clientes varones clientes femeninos
 Cuidado Menstrual (*aplicación externa de toallas higiénicas*)

Sección VII. CERTIFICACION 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 el personal de la Autoridad Pública buscara en la base de datos de Delincuentes Sexuales del Departamento de Justicia de California para determinar si soy un delincuente sexual registrado. Entiendo que si auto-revelo que soy un delincuente sexual registrado o encuentran que soy un delincuente sexual registrado seré eliminado de 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