

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Entiendo que no puedo dar información sobre los servicios proporcionados por IHSS, incluso si una persona recibe IHSS o el servicio específico y las horas autorizadas para los clientes. Entiendo que no puedo discutir ninguna información sobre el beneficiario con ningún individuo u organización sin el permiso por escrito del beneficiario o la persona legalmente responsable de ese individuo. Entiendo que, si comparto información sobre un beneficiario, puedo ser declarado culpable de un delito y expulsado del Registro de Cuidadores.

Firma: _____

Fecha: _____

ACUERDO DE REGISTRO

Como Proveedor del Registro de Cuidadores del Condado de San Luis Obispo, acepto:

- Proteger la información confidencial del Beneficiario de IHSS
- Cumplir con las directrices del Registro de Cuidadores
- Informar cualquier cambio a la Autoridad Pública lo antes posible
- No realizar tareas no autorizadas
- Trabajar con el Beneficiario para establecer un horario semanal
- Comunicar con el Beneficiario si tengo problemas con el/ella
- Dar un aviso de dos semanas al separar con un Beneficiario

Estoy de acuerdo en cumplir con las declaraciones anteriores. Entiendo que el incumplimiento de estas declaraciones puede resultar en la terminación del Registro de Cuidadores. Entiendo que si se confirman tres quejas menores o una queja mayor en mi contra, seré eliminado del Registro de Cuidadores.

Firma: _____

Fecha: _____

PA Staff Signature: _____

Date: _____