CONDADO DE SAN LUIS OBISPO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
AUTORIDAD PUBLICA
Devin Drake ***Director***

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE REGISTRO DE PROVEEDORES DE CUIDADO

¿Buscas trabajo significativo ayudando a otros en la comunidad? El Registro de Cuidadores de la Autoridad Publica es un programa que reúne a las personas que necesitan atención en sus propios hogares con aquellos que desean brindar esa atención.

Los cuidadores aprobados de IHSS pueden solicitar ser proveedores del registro. Si cumple con los requisitos de registro, su nombre se incluirá en una lista de proveedores elegibles. Esta lista se distribuye a los destinatarios o sus representantes autorizados, que se ponen en contacto con la Autoridad Publica en busca de un proveedor. **NOTA:** Los beneficiarios de IHSS son responsables de contratar, supervisor y despedir al proveedor que elijan. El Registro de Cuidadores no garantiza el empleo.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL REGISTRO

Solicitudes incompletas serán devueltas. Siga la lista de verificación a continuación para asegurarse de que se envié toda la documentación requerida para que su solicitud se procese a tiempo:

PASO 1: Imprima la solicitud o llame al (805) 474-2055 para solicitar una copia por correo.

PASO 2: Complete **todas** las aplicaciones componentes abajo:

☐ Solicitud de Registro (pg. 2)

☐ Certificación y Firma (pg. 3)

☐ 2 Formularios de Referencia (pg. 4 & 5)

☐ Declaración de Confidencialidad (pg. 10 Manual de Registro de Cuidadores de IHSS)

PASO 3: Envié la solicitud completa (seleccioné una):

☐ Por correo – 1086 E. Grand Avenue, Arroyo Grande, CA 93420, ATTN: Autoridad Publica

☐ Por Fax – (805) 474-2012, ATTN: Autoridad Publica

☐ En Persona – 1086 E. Grand Avenue, Arroyo Grande, CA 93420, ATTN: Autoridad Publica

NOTA: Si está inscrito como proveedor de IHSS con un destinatario, solicitar el registro es opcional. En este caso, por favor haga que su destinatario se comunique con el Departamento de Nomina de IHSS al (805) 461-6110 o (805) 474-2103.

CONDADO DE SAN LUIS OBISPO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
AUTORIDAD PUBLICA
Devin Drake ***Director***

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: **(Si es diferente a la dirección de arriba)**		
Ciudad:	**Estado:**	**Código postal:**

¿Qué idioma habla con fluidez? marque todo lo que corresponda

☐ Inglés ☐ Español ☐ Mixteco ☐ Ruso ☐ Tagalo ☐ Otro:

¿Cómo se enteró de el Registro de Cuidadores?

☐ Cliente	☐ Volante	☐ Llamada del personal de Autoridad Publica	☐ Junta de Grupo
☐ Amigo o relativo	☐ Página Web del Condado	☐ Condado de SLO evento	☐ Otro:

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

☐ Arroyo Grande	☐ Atascadero	☐ Avila Beach	☐ Bradley	☐ California Valley
☐ Cambria	☐ Cayucos	☐ Creston	☐ Grover Beach	☐ Los Osos
☐ Morro Bay	☐ Nipomo	☐ Oceano	☐ Paso Robles	☐ Pismo Beach
☐ San Luis Obispo	☐ San Miguel	☐ San Simeon	☐ Santa Margarita	☐ Shandon
☐ Shell Beach	☐ 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
AUTORIDAD PUBLICA
Director: Devin Drake

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: _____

CONDADO DE SAN LUIS OBISPO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES
AUTORIDAD PUBLICA
Director: Devin Drake

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: _____