

Solicitud de Registro de Proveedores de Autoridad Pública de IHSS

Gracias por su interés en el Registro de la Autoridad Pública IHSS del Condado de SB. Se adjunta lo siguiente:

1. **Aplicación**
2. **Criterios de la carta de referencia**

Para considerar convertirse en un proveedor del Registro de Autoridades Públicas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener al menos **2 meses** de experiencia en atención domiciliaria (**ancianos y / o discapacitados**).
- Hablar inglés con fluidez.
- Tener 2 buenas referencias: 1 carta **profesional** y 1 **carta personal**. Consulte el formulario de criterios de la carta de referencia para obtener más detalles sobre lo que debe incluirse en las cartas.
- Debe residir en el condado de San Bernardino

Si su solicitud es aceptada, recibirá una respuesta por correo y se le pedirá que complete lo siguiente:

- Presentar una identificación de CA / licencia de conducir válida y su tarjeta de seguro social original.
- Completar los formularios del paquete de revisión del Registro de Autoridades Públicas.
- Proporcionar huellas dactilares y pasar una investigación de antecedentes penales por parte del Departamento de Justicia.
(La ley estatal requiere que usted pague el costo de la presentación de huellas dactilares.)
 - Si ha tomado sus huellas digitales para el programa IHSS en el último año, investigaremos para ver si podemos usar esa información. Si no podemos usar su verificación de antecedentes de huellas dactilares anterior, recibirá un nuevo formulario de escaneo en vivo en su paquete para que pueda enviar una nueva verificación de antecedentes de huellas dactilares.
- Registrarse y completar el proceso de inscripción de proveedores de IHSS en el Portal de inscripción de proveedores en línea de BOUNDS.
- Completar una capacitación en RCP / primeros auxilios para adultos. La Autoridad Pública lo registrará para la capacitación en RCP / Primeros Auxilios como parte del proceso de solicitud una vez que haya aprobado una verificación de antecedentes penales.
 - Si tiene una copia actual de una tarjeta de RCP / primeros auxilios para adultos, o cualquier otro certificado, proporciónelos al momento de enviar su solicitud.

- ❖ **Por favor tenga en cuenta: Asegúrese de responder todas las preguntas de su solicitud y recuerde firmar y fechar todos los formularios donde se indique. No responder algunas preguntas o tener información faltante puede resultar en que su solicitud sea denegada / no elegible.**



Criterios de la carta de referencia

LA CARTA DE REFERENCIA PROFESIONAL DEBE ESTAR EN UN FORMATO DE CARTA

Las cartas de referencia profesional deben incluir la siguiente información:

- ◆ Nombre del Cliente IHSS, cliente privado, familiar, etc.
- ◆ Dirección
- ◆ Número de teléfono
- ◆ Cuánto tiempo trabajó el solicitante para este cliente, especifique fechas.
- ◆ ¿Qué servicios estaba prestando el solicitante al cliente?
- ◆ Firma (cliente) y fecha

Por favor tenga en cuenta: Si ha trabajado para un cliente de IHSS en los últimos 7 años o actualmente trabaja para un cliente de IHSS, **NO** necesita adjuntar una carta de referencia profesional. (Por favor, incluya la información del cliente de IHSS en la **Sección #5** de experiencia domiciliaria en su solicitud y tome nota: Cliente IHSS).

LA CARTA DE REFERENCIA PERSONAL DEBE ESTAR EN UN FORMATO DE CARTA

Las referencias personales *no pueden* ser de miembros de la familia o de cualquier persona que resida en su hogar, y deben incluir la siguiente información:

- ◆ Nombre
- ◆ Dirección
- ◆ Número de teléfono
- ◆ ¿Cuánto tiempo hace que esta persona conoce al solicitante?
- ◆ Relación con el solicitante, (Amigo, Exjefe, Maestro, Compañero de trabajo, etc.)
- ◆ Firma (persona de referencia) y fecha

(Asegúrese de que las letras de referencia sean legibles)



Solicitud de registro de proveedores de Autoridad Pública

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección física _____ Apt # _____ Ciudad _____ Código postal _____

Dirección postal _____ Apt # _____ Ciudad _____ Código postal _____

Número de licencia de conducir _____ Estado _____ Fecha de expiración _____

Fecha de nacimiento (Mes) _____ (Día) _____ (Año) _____ Número de Seguro Social _____

Teléfono móvil (_____) _____ Permiso para mensaje de texto: Sí No

Teléfono residencial (_____) _____ Teléfono de mensaje (_____) _____

Dirección de correo electrónico _____

Permiso para enviar un correo electrónico: Sí No

Nombre del contacto de emergencia _____

Teléfono de contacto de emergencia # (_____) _____

1. Género: Masculino Femenino Identidad de género _____ Declinado a declarar

2. ¿Es un ciudadano de los Estados Unidos mayor de 18 años? Sí No

Si no o, ¿está legalmente autorizado para trabajar en los Estados Unidos? Sí No

3. ¿Cuál es su idioma principal?

Inglés Español Otro _____

4. ¿Cuál es su idioma secundario?

Inglés Español Otro _____

5. Por favor, enumere cualquier experiencia actual o pasada de atención domiciliaria. (Enumere cualquier experiencia IHSS)

| | | | |
|-------------------------------|---------------|--------------------------|--|
| Nombre del cliente/empleador: | De: (Mes/Año) | Teléfono: () | Solo uso de oficina <input type="checkbox"/> Verificado Iniciales: _____ |
| Cargo: | A: (Mes/Año) | | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Deberes: | | Motivo de la enfermedad: | ¿Podríamos contactar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| | | | |
|-------------------------------|---------------|--------------------------|--|
| Nombre del cliente/empleador: | De: (Mes/Año) | Teléfono: () | Solo uso de oficina <input type="checkbox"/> Verificado Iniciales: _____ |
| Cargo: | A: (Mes/Año) | | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Deberes: | | Motivo de la enfermedad: | ¿Podríamos contactar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

6. ¿Está dispuesto a trabajar para? Adultos Niños Parejas Hombres Mujeres Ambos Otros

7. ¿Está dispuesto a trabajar con clientes que puedan tener lo siguiente:

- Discapacidad del desarrollo..... Sí No
 Enfermedades infecciosas Sí No
 Enfermedad mental Sí No
 Enfermedad terminal..... Sí No

8. Seleccione las tareas con las que está dispuesto a ayudar en el hogar de un cliente.

(Nota: Es posible que los clientes necesiten ayuda con las tareas que no seleccionó a continuación. Cuantas más tareas esté dispuesto a hacer, más aumentará la frecuencia con la que su nombre será referido a los clientes.)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios domésticos/limpieza ligera | <input type="checkbox"/> Eliminar hielo, nieve | <input type="checkbox"/> Deambulación (caminar, moverse de un lugar a otro) |
| <input type="checkbox"/> Preparación de comidas | <input type="checkbox"/> Supervisión protectora | <input type="checkbox"/> Entrar/salir de la cama |
| <input type="checkbox"/> Limpieza de comidas | <input type="checkbox"/> Enseñanza y demostración | <input type="checkbox"/> Baño/higiene bucal/aseo |
| <input type="checkbox"/> Lavandería de rutina | <input type="checkbox"/> Servicios paramédicos (asistencia con medicamentos, insulina, enemas, etc.) | <input type="checkbox"/> Frotar la piel/Reposicionamiento |
| <input type="checkbox"/> Comprar alimentos | <input type="checkbox"/> Respiración (oxígeno) | <input type="checkbox"/> Cuidado y asistencia con prótesis |
| <input type="checkbox"/> Limpieza pesada (solo si está autorizada) | <input type="checkbox"/> Cuidado intestinal y de la vejiga | <input type="checkbox"/> Configurar, recordar medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Otras compras y mandados | <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Vestir |
| <input type="checkbox"/> Acompañamiento a la Consulta Médica | <input type="checkbox"/> Baños de cama de rutina | |
| <input type="checkbox"/> Acompañamiento a recursos alternos | <input type="checkbox"/> Cuidado menstrual | |
| <input type="checkbox"/> Eliminar hierba/maleza/basura | | |

9. Horas deseadas por semana: horas o menos/semana 10-25 horas/semana 25 horas o más/semana

10. ¿Está dispuesto trabajar "de guardia", incluidas las asignaciones temporales / de emergencia?

(Disponible para trabajar dentro de una hora de haber sido llamado por la Autoridad Pública) Sí** No

** Al marcar "Sí" usted será puesto en la lista del Sistema de Proveedor de Alternativos o por sus signas en inglés (BUPS).

11. Días y horarios deseados – Por favor ✓ marque días y horarios que está disponible:
- Mañanas (6 a.m. – 12 del) lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo
- Atardeceres (1 p.m. – 5 p.m.) lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo
- Noches (6 p.m. – 12 medianoche) lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo
- Madrugada (1.a.m – 6 a.m.) lunes martes miércoles jueves viernes sábado domingo

12. Preferencia Geográfica: Por favor, seleccione sólo las ciudades en las que está interesado en trabajar (por favor, considere la distancia en coche).

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Adelanto</u> | <input type="checkbox"/> <u>Colton</u> | <input type="checkbox"/> <u>Lake Arrowhead</u> | <input type="checkbox"/> <u>Rancho Cucamonga</u> |
| <input type="checkbox"/> El Mirage | <input type="checkbox"/> Bryn Mawr | <input type="checkbox"/> Arrowbear | <input type="checkbox"/> Alta Loma |
| <input type="checkbox"/> Palmdale | <input type="checkbox"/> Grand Terrace | <input type="checkbox"/> Cedar Glen | <input type="checkbox"/> Etiwanda |
| <input type="checkbox"/> Cajon Junction | <input type="checkbox"/> Loma Linda | <input type="checkbox"/> Green Valley Lake | <input type="checkbox"/> Redlands |
| <input type="checkbox"/> <u>Apple Valley</u> | <input type="checkbox"/> <u>Crestline</u> | <input type="checkbox"/> Running Sprints | <input type="checkbox"/> Mentone |
| | <input type="checkbox"/> Cedar Pines Lake | <input type="checkbox"/> Blue Jay | <input type="checkbox"/> Crafton |
| <input type="checkbox"/> <u>Barstow</u> | <input type="checkbox"/> Lake Gregory Village | <input type="checkbox"/> <u>Landers</u> | <input type="checkbox"/> <u>San Bernardino</u> |
| <input type="checkbox"/> Baker | <input type="checkbox"/> Twin Peaks | <input type="checkbox"/> Johnson Valley | <input type="checkbox"/> Highland |
| <input type="checkbox"/> Hinkley | <input type="checkbox"/> Rimforest | <input type="checkbox"/> <u>Lucerne Valley</u> | <input type="checkbox"/> Trona |
| <input type="checkbox"/> Yermo | <input type="checkbox"/> Valley of Enchantment | <input type="checkbox"/> <u>Needles</u> | <input type="checkbox"/> Kramer |
| <input type="checkbox"/> Lenwood | <input type="checkbox"/> Crestpark | <input type="checkbox"/> Havasu Lake | <input type="checkbox"/> Red Mountain |
| <input type="checkbox"/> Fort Irwin' | <input type="checkbox"/> <u>Devore</u> | <input type="checkbox"/> <u>Newberry Springs</u> | <input type="checkbox"/> Upland |
| <input type="checkbox"/> <u>Big Bear City</u> | <input type="checkbox"/> Lytle Creek | <input type="checkbox"/> Ludlow | <input type="checkbox"/> Mt. Baldy |
| <input type="checkbox"/> Sugarloaf Mtn | <input type="checkbox"/> <u>Fontana</u> | <input type="checkbox"/> Nipton | <input type="checkbox"/> San Antonio Heights |
| <input type="checkbox"/> Fawnskin | <input type="checkbox"/> Bloomington | <input type="checkbox"/> <u>Ontario</u> | <input type="checkbox"/> Victorville |
| <input type="checkbox"/> Big Bear Lake | <input type="checkbox"/> Rialto | <input type="checkbox"/> Guasti | <input type="checkbox"/> Desert Knolls |
| <input type="checkbox"/> <u>Big River</u> | <input type="checkbox"/> <u>Forest Falls</u> | <input type="checkbox"/> Montclair | <input type="checkbox"/> Spring Valley Lake |
| <input type="checkbox"/> Earp | <input type="checkbox"/> Angelus Oaks | <input type="checkbox"/> <u>Phelan</u> | <input type="checkbox"/> <u>Wrightwood</u> |
| <input type="checkbox"/> Parker Dam\ | <input type="checkbox"/> Oak Glen | <input type="checkbox"/> Baldy Mesa | <input type="checkbox"/> <u>Yucaipa</u> |
| <input type="checkbox"/> Vidal Junction | <input type="checkbox"/> <u>Helendale</u> | <input type="checkbox"/> Pinon Hills | <input type="checkbox"/> <u>Yucca Valley</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Chino</u> | <input type="checkbox"/> Silver Lakes | | <input type="checkbox"/> Joshua Tree |
| <input type="checkbox"/> Chino Hills | <input type="checkbox"/> Oro Grande | | <input type="checkbox"/> Morongo Valley |
| <input type="checkbox"/> Pomona | <input type="checkbox"/> <u>Hesperia</u> | | <input type="checkbox"/> Twentynine Palms |
| | <input type="checkbox"/> Oak Hills | | <input type="checkbox"/> Wonder Valley |

13. Por favor responda a las siguientes preguntas:

OTRAS NORMAS RELATIVAS ALA INFORMACIÓN:

- a. ¿Usted fuma? Sí No
- b. En caso afirmativo, ¿está dispuesto fumar afuera? Sí No
- c. ¿Está dispuesto trabajar con un cliente que fuma? Sí No
- d. ¿Está dispuesto trabajar con un cliente que tiene mascotas? Sí No
- e. ¿Alergias y/o problemas que afectan su capacidad de trabajar con alguien que tiene: (En caso afirmativo, verifique todo lo que corresponda)
 Perros Gatos Perfumes Cigarrillos Other _____

REFERENCIAS DEL PROVEEDOR:

- f. ¿Está dispuesto a usar su automóvil en el trabajo? Sí No
- g. ¿Tiene una licencia de conducir válida? Sí No
- h. ¿Está dispuesto a conducir el automóvil de un cliente? Sí No
- i. ¿Usa el transporte público? Sí No
- j. ¿Ha sido condenado por un delito mayor o un delito menor? Sí No
En caso afirmativo, enumere la(s) fecha(s) y la(s) entrada(s) de delito(s):

- k. ¿Le han tomado las huellas dactilares para IHSS? Sí No
- l. ¿Ha completado verificación de antecedentes penales? Sí No

14. **FORMACIÓN Y CERTIFICACIÓN:** (Actualmente no es obligatorio)
Por favor, marque si tiene entrenamiento en esta área.

| Entrenamiento certificado: | Completado | Fecha de vencimiento |
|--|------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Primeros auxilios | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> RCP (cardio, pulmonaria, y reanimación) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> CHH (asistente de salud domiciliaria certificado) | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> CNA (asistente de enfermería especializada) | _____ | _____ |

15. El cliente de IHSS es el empleador.
El Registro de la Autoridad Pública está aquí para ayudar a los clientes de IHSS a seleccionar posibles proveedores. Proporcionamos a los clientes nombres de proveedores preseleccionados que están disponibles para trabajar.

- ¿Entiende que el Registro no tiene ni hace ofertas de empleo de parte de los clientes? Sí No
- ¿Entiende que el cliente de IHSS es el que toma la decisión de contratar o terminar el empleo de un proveedor, según lo desee por cualquier motivo? Sí No
- ¿Entiende que un cliente de IHSS puede solicitarle que no fume, que no use perfumes o puede hacer solicitudes razonables con respecto a su apariencia/higiene personal? Sí No

16. ¿Cómo se enteró de la Autoridad Pública?
 BOUNDS (Sistema de Inscripción de Proveedores) Radio Feria de empleo Periódico
 Remitente Redes Sociales Volante Valla publica Sitio web Amistad
 Orientación en persona Otro _____

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier tergiversación de la información en este formulario puede eliminarme de la consideración en el registro. Doy permiso al Registro de la Autoridad Pública del IHSS para compartir mi información de contacto en mi archivo con sus clientes.

Firma _____ Fecha _____



FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN/EXENCIÓN

A quien le corresponda:

Yo, (**Nombre de letra**) _____ por la presente autorizo a cualquier representante de la Autoridad Pública de IHSS del condado de San Bernardino que lleve este comunicado (o una copia de este) a comunicarse con todas y cada una de las referencias en mi solicitud, incluidas las referencias personales, y obtener cualquier información que pueda tener, escrita o de otro modo relacionado con mi empleo o historial personal, incluidos, entre otros, todos los registros e información relacionados con mi desempeño, asistencia, investigación, disciplina y otros asuntos de personal, antecedentes penales y otros antecedentes personales. Por la presente solicito y lo autorizo a divulgar toda esa información a la Autoridad Pública. También autorizo a la Autoridad Pública a divulgar dicha información a terceros en el curso de sus operaciones.

He enumerado a continuación todos los nombres que he usado durante el curso de mi empleo. Esta autorización y divulgación se aplica a toda la información que pueda tener sobre mí usando cualquiera de los nombres que he enumerado a continuación.

Esta autorización y divulgación se ejecuta con pleno conocimiento y comprensión de que la información que se divulgará es para uso oficial de la Autoridad Pública de IHSS del Condado de San Bernardino.

Por la presente divulgo y eximo de toda responsabilidad a la Autoridad Pública y a usted, y a cada uno de ustedes, y a sus respectivos funcionarios, agentes, empleados y personal relacionado, tanto individual como colectivamente, de cualquier y toda responsabilidad por daños y perjuicios de cualquier tipo, que pueda en cualquier momento resultado para mí, mis herederos, familia, sucesores, cesionarios o asociados debido a su cumplimiento con esta autorización y solicitud de divulgación de información, o cualquier intento de cumplir con ella, y/o debido al uso de dicha información por parte de la Autoridad Pública para cualquier propósito relacionado con sus operaciones.

Si tiene alguna pregunta sobre la validez de esta autorización y divulgación, puede comunicarse conmigo.

Firma

Fecha de firma