



PUBLIC AUTHORITY
IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES
MARIN COUNTY

Solicitud para entrar en el Registro de Public Authority of Marin

Fecha: _____

¿Como supo de nosotros? _____

Nombre Completo: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Hombre Mujer Género: Masculino Femenino Otro Prefiero no contestar

Domicilio: _____

Apartado de correos (si lo tuviera) _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Correo Electrónico: _____

¿Autoriza a que Public Authority le envíe mensajes de texto? Sí No

(Puede que le cobren cuando le enviamos un mensaje de texto dependiendo de su plan)

Número de su licencia de conducir _____ Fecha de caducidad: _____

Número de identificación del estado (en caso de que la tenga): _____

Fecha de caducidad: _____

NOTA: El no tener una licencia de manejar valida no le impedirá ser parte del registro de PA Marin. Sin embargo, es su obligación informar al beneficiario del hecho de que no puede manejar.

DIAS Y HORARIO DE DISPONIBILIDAD: (Marque todas las que aplican):

Mañanas: Lunes ___ Martes ___ Miércoles ___ Jueves ___ Viernes ___ Sábado ___ Domingo ___

Tardes: Lunes ___ Martes ___ Miércoles ___ Jueves ___ Viernes ___ Sábado ___ Domingo ___

Noches: Lunes ___ Martes ___ Miércoles ___ Jueves ___ Viernes ___ Sábado ___ Domingo ___

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA QUE LE GUSTARÍA TRABAJAR: _____

INFORMACIÓN Y PREFERENCIAS LABORALES

1. ¿Tiene usted experiencia como proveedor de cuidado personal o doméstico?
 Sí No
Si su respuesta es "sí", ¿por cuántos años? _____
2. ¿Aceptaría usted trabajos a corto plazo? Sí No
3. ¿Aceptaría usted estar de guardia y tomar trabajos de emergencia? Sí No
4. ¿Aceptaría usted trabajos en los que tenga que vivir en la casa de sus clientes? Sí No
5. ¿Cuál es su principal medio de transporte? Coche Transporte Público A pie
6. ¿Fuma usted? Sí No
7. ¿Qué prefiere usted? Hombres Mujeres Ambos
8. ¿Está dispuesto a trabajar en una casa donde haya mascotas a su alrededor? Sí No
¿Con qué mascotas? Perros Gatos Pájaros Reptiles Cualquier animal
9. Idiomas que usted habla con fluidez: _____

Por favor enumere las áreas del condado de Marin en las cuales usted **NO ESTÁ DISPUESTO(a)** a trabajar:

**POR FAVOR INDIQUENOS CON QUE TIPO DE CLIENTES ESTA USTED DISPUESTO (A) A TRABAJAR
(Marque con una "X" en todos los que apliquen)**

1. Sí No Adultos con discapacidades cognitivas (autismo, parálisis cerebral, epilepsia, etc.)
2. Sí No Adultos con discapacidades físicas.
3. Sí No Clientes con Alzheimer's o Demencia.
4. Sí No Clientes con discapacidades visuales y ciegos.
5. Sí No Niños/menores con discapacidades cognitivas (autismo, parálisis cerebral, epilepsia, etc.)
6. Sí No Niños/menores con discapacidades físicas
7. Sí No Clientes con COVID-19
8. Sí No Clientes con discapacidad auditiva y/o sordos.

9. Sí No Adultos de 65 años para arriba
10. Sí No Clientes a punto de fallecer.
11. Sí No Clientes con problemas de memoria.
12. Sí No Clientes con enfermedades mentales (esquizofrenia, bipolaridad, acumuladores compulsivos, depresión, etc.).
13. Sí No Clientes con fuertes alergias que necesitan vivir en un ambiente inoloro (sin perfumes, fragancias, jabones, lociones, etc.)
14. Sí No Clientes que son cuadripléjicos.
15. Sí No Clientes que fuman.
16. Sí No Clientes con problemas para comunicarse (discapacidad para hablar, mudos).
17. Sí No Clientes con diabetes.

TIPO DE TRABAJO QUE ESTA DISPUESTO A HACER

1. Sí No Tareas domésticas (hacer de comer, lavar, barrer, fregar, aspirar, ir de compras, etc.).
2. Sí No Ayudar con la máquina y/o botella de oxígeno.
3. Sí No Limpiar las partes íntimas cuando se va al baño o se cambian pañales.
4. Sí No Aseo y cuidado personal: bañar, vestir, peinar, higiene bucal, dar de comer, etc.
5. Sí No Ayudar con baños de esponja en la cama.
6. Sí No Ayudar con la menstruación/período.
7. Sí No Ayudar a caminar.
8. Sí No Mover a clientes. Si responde que sí, elija los métodos que utilizaría:
 Elevador "Hoyer" Tabla deslizante Traslado de pivote Cinturón
9. Sí No Frotar la piel, cambiar de posición y proporcionar variedad de movimientos (ejercicios ligeros).

- 10. Sí No Cuidado y asistencia con prótesis (ayuda a poner / quitar, mantener y limpiar extremidades artificiales y recordarles tomar la medicina).
- 11. Sí No Llevarlos y traerlos a citas médicas (ha de tener su propio automóvil, licencia de conducir válida y seguro de automóvil).
- 12. Sí No Supervisión protectora (cuidar a los beneficiarios que no se pueden quedar solos).
- 13. Sí No Servicios paramédicos (cambiar sondas etc.).
- 14. Sí No Limpieza profunda.
- 15. Sí No Instrucción y demostración

INFORMACIÓN SOBRE SU TRAYECTORIA PROFESIONAL HAVE YOU EVER COMPLETED THE STATE MANDATED IHSS ENROLLMENT PROCESS IN IL

¿Ha completado alguna vez el proceso de inscripción en el IHSS exigido por el estado, incluidas las huellas dactilares?

- Sí No No estoy seguro (a)

Si su respuesta es "sí", ¿hace cuánto tiempo? _____

Enumere cualquier capacitación (y fecha de la capacitación) que haya tenido relacionada con el cuidado personal y doméstico

Enumere cualquier certificación o licencia que usted posea (vigente o vencido, incluso de otro país)

¿Alguna habilidad adicional que le gustaría destacar?

**ENUMERE SUS REFERENCIAS DE TRABAJO. PROPORCIONE AL MENOS 3 REFERENCIAS VERIFICABLES.
ASEGÚRESE DE OFRECER NÚMEROS TELÉFONICOS QUE FUNCIONEN.**

REFERENCIA DE TRABAJO # 1

Empleado desde: _____ hasta: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del cliente o nombre de la empresa: _____

Título del trabajo y deberes: _____

REFERENCIA DE TRABAJO #2:

Empleado desde: _____ hasta: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del cliente o nombre de la empresa: _____

Título del trabajo y deberes: _____

REFERENCIA DE TRABAJO #3:

Empleado desde: _____ hasta: _____ Número de teléfono: _____

Nombre del cliente o nombre de la empresa: _____

Título del trabajo y deberes: _____

¿Alguna vez ha sido consignado(a) por alguna delito menor o mayor, o ha estado en libertad condicional?

Sí No

Si su respuesta es "sí", por favor de una explicación: _____

Proporcione algún contacto en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Número telefónico: _____

Declaro que toda la información que he proveído es correcta y verdadera. Entiendo que cualquier tipo de representación falsa o el haber omitido hechos es razón suficiente para no ser aceptado(a) o para ser expulsado (a) del Registro de Public Authority of Marin. El no ser aceptado o el ser expulsado del Registro de Public Authority of Marin no significa que no pueda trabajar como proveedor(a) de IHSS.

Firma del Apicante

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY:

NOTES:



PUBLIC AUTHORITY
IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES
MARIN COUNTY

ACUERDO PARA PROVEEDORES DE IHSS

Yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo y me comprometo a (*por favor ponga sus iniciales en cada línea*):

- _____ Llegar a las entrevistas y comenzar a trabajar puntualmente y a ser compasivo, gentil y profesional en todo momento.
- _____ Llamar al cliente lo más rápido posible si voy a llegar tarde o no puedo ir a trabajar.
- _____ Proporcionar servicios fiables, seguros y de alta calidad según las indicaciones del cliente y la autorización del trabajador social.
- _____ Trabajar las horas y los días previamente acordados.
- _____ Mantener la confidencialidad sobre los asuntos personales y privados del cliente con excepción de los trabajadores sociales de IHSS o el personal del Registro de Public Authority.
- _____ Recibir pago dos veces al mes, después de que la hoja con mis horas trabajadas haya sido presentada electrónicamente a través de la ETT¹ o TTS² y aprobada por el cliente.
- _____ Informar a Public Authority de cualquier cambio de domicilio, número de teléfono y preferencias en cuanto al horario. Me comprometo a contestar el mensaje de texto de Public Authority a primeros de cada mes para confirmar mi disponibilidad.
- _____ Reportar cualquier sospecha de abuso a ancianos y personas discapacitadas a APS (Servicios de Protección al Adulto) al teléfono 415-473-2774
- _____ Pedir la ayuda y el consejo del Public Authority si tengo problemas con alguno de mis clientes.
- _____ Autorizar a Public Authority a revelar a posibles empleadores y a sus trabajadores sociales, cuando lo soliciten, la información obtenida durante la verificación de mis antecedentes penales.
- _____ Entiendo que el salario actual es de \$ _____ por hora y que no reclamaré horas que no haya trabajado realmente. Entiendo que es un fraude penalizado por la ley poner horas en las hojas electrónicas que contengan información falsa.
- _____ No realizaré tareas que no estén autorizadas por el Condado ni reclamaré que me paguen horas por ellas.
- _____ No le pediré al cliente salario extra. Entiendo que el incumplimiento de esta disposición es causa de baja en el Registro.

Provider's Name (Print)

Provider's Signature

Date

¹ (ETS) *Electronic Time Sheet* – Horas trabajadas entregadas y aprobadas electrónicamente.

² (TTS) *Telephone Time Sheet* – Horas trabajadas aprobadas telefónicamente.



PUBLIC AUTHORITY
IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES
MARIN COUNTY

**MANDATO DE REPORTAR ABUSO DE ANCIANOS Y PERSONAS
DISCAPACITADAS
(WELFARE AND INSTITUTIONS CODE 15630)**

**DECLARACION QUE DEBE DE SER FIRMADA POR TODOS LOS PROVEEDORES DE CUIDADO PERSONAL
Y CASERO**

Entiendo que como proveedor(a) de IHSS, debo reportar cualquier abuso o sospecha de cualquier incidente que implique abuso a algún anciano(a), persona discapacitada o adulto que no pueda valerse por sí mismo(a). Entiendo que para hacer este reporte debo de llamar inmediatamente o lo más pronto posible a APS (Servicios de Protección al Adulto del Condado de Marín) al teléfono 415-473-2774. Entiendo que la palabra “abuso” incluye lo siguiente:

- ✓ Abuso físico
- ✓ Abuso emocional
- ✓ Descuido/Abandono
- ✓ Abuso Financiero
- ✓ Aislamiento
- ✓ Secuestro o extorsión

Entiendo que el no reportar cualquiera de estos tipos de abuso es un crimen castigado por la ley.

Nombre: _____ (Use letra de molde)

Firma: _____ Fecha: _____