



SOLICITUD PARA EL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA AUTORIDAD PUBLICA DE IHSS DEL CONDADO DE SOLANO

Este proceso de aplicacion es para individuos que desean aplicar para nuestro registro de proveedores de cuidado. Los proveedores aceptados a nuestro registro pueden ser referidos a los recipientes de IHSS (clientes) para posible empleo. Nuestro Registro de proveedores es solo un servicio de referencia y no garantiza empleo.

Complete nuestra aplicacion para el Registro de proveedores solo si todo lo siguiente aplica a usted:

1. Yo puedo trabajar legalmente en los Estado Unidos, y tengo una identificacion emitida por el gobierno y tarjeta de Seguro Social.
2. Yo quiero ser proveedor/a para los recipientes de IHSS en el Condado de Solano.
3. Yo quiero que el Registro de Proveedores me refiera a los recipientes de IHSS.

Pasos para entregar una aplicacion para el Registro de Proveedores:

1. Imprima el paquete de aplicacion para el Registro de Proveedores, incluyendo ambas solicitudes de referencia de trabajo. (Tiene la opcion de recoger el paquete de aplicacion en la oficina de la Autoridad Publica de IHSS del Condado de Solano en el 275 Beck Ave. Fairfield)
2. Complete y firme la Aplicacion para el Registro de Proveedores
3. De las solicitudes de referencia de trabajo a dos empleadores anteriores o actuales para que se las completen.
 - a. Referencias de trabajo pueden ser de trabajos pagados o no pagado.
 - b. Deben ser completadas por recursos humanos o por un supervisor/a
 - c. No pueden ser completadas por familiares, aunque haiga trabajado para ellos
 - d. No aceptamos referencias personales.
 - e. Necesita entregar dos Referencias de trabajo separadas y tienen que ser dos referencias positivas.
4. Cuando tenga la aplicacion complete junto con las dos referencias nos la puede enviar por correo o traerla a la oficina a:

Solano County IHSS Public Authority
275 Beck Ave. MS 5-190
Fairfield, CA 94533

+++++Informacion Adicional+++++

1. Para mas informacion sobre nuestros servicios por favor vea nuestra presentacion en nuestra pagina web:(www.solanocounty.com/pa y oprima el link a Reclutamiento para Registro)
2. Despues de revisar su aplicacion y referencias de trabajo puede ser contactado/a para una entrevista en nuestra oficina.
3. Si su aplicacion es negada, usted puede reaplicar despues de un año.
4. Una verificacion de antecedentes penales sera requerida por el condado. No lo complete hasta que se lo pidamos.

IHSS PUBLIC AUTHORITY

275 Beck Avenue, MS 5-190
Fairfield, CA 94533
Phone (707) 784-8200
Fax (707) 435-2388



Para el uso de la oficina solamente:

Screened Date _____ Y N

CMIPS Y N T P _____

DOJ County _____

REVA Videos _____

IHSS Orientation _____

Interview Date/Time _____

Language _____

SOLICITUD PARA EL REGISTRO DE PROVEEDORES DE LA AUTORIDAD PUBLICA

Nombre _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Domicilio _____

Numero _____ Calle _____ Apt# _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Dirección de Correo
(Si Diferente)

Numero _____ Calle _____ Apt# _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Numero de Celular (____) _____ Casa/Otro Teléfono (____) _____

Correo Electrónico _____ Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____

Licencia de Manejo o ID _____ Fecha de Expiración _____ Estado de Emisión _____

Días y Horas Disponibles

	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat	Sun
Mañanas Tempranas:(6am-8am)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mañanas: (8am-12pm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medio Día: (12pm-3pm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por la tarde: (3pm-5pm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Al anochecer: (5pm-9pm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noches: (9pm-12am)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toda la noche: (12am-6am)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- También estoy dispuesta a trabajar estas asignaciones:**
- Días Festivos
 - Vivir con cliente
 - Estar disponible/de guardia
 - Tiempo corto
 - Emergencias

Cuantas horas por semana desea usted trabajar? _____ (horas/semana)

Preferencia de Locación

¿Cuantas millas está usted dispuesta a manejar a un trabajo? _____ (millas)

POR FAVOR MARQUE TODAS LAS CIUDADES EN LAS QUE ESTA DISPUESTA A TRABAJAR

<input type="checkbox"/> Fairfield	<input type="checkbox"/> Suisun City	<input type="checkbox"/> Vacaville	<input type="checkbox"/> Dixon
<input type="checkbox"/> Vallejo	<input type="checkbox"/> Benicia	<input type="checkbox"/> Rio Vista	<input type="checkbox"/> Todos

Mi Ingles es Fluido Limitado Otros Lenguajes _____

Experiencia and Educación:

Tengo experiencia como proveedora de cuidado Si No (En qué año empezó a proveer cuidado _____?)

He trabajado como proveedora de IHSS: Si No Actualmente Activo/a

Por favor liste otra experiencia que tenga como proveedora: (tipo de clientes, donde trabajo, y tareas completadas)

Por favor liste las certificaciones actuales y/o licencias que usted posee en relación a ser proveedor/a de cuidado:

Primer Auxilio Exp. _____ CPR Exp. _____

CNA Exp. _____ HHA Exp. _____

MA Exp. _____ Otros(s) _____

Liste todos los títulos, certificados y otros entrenamientos en relación con el cuidado de personas o adjunte copia de su currículo: _____

Con que tipo de clientes esta dispuesto/a a trabajar:

Preferencia de Clientes Mujer Hombre Ambos

Preferencia de edad Ancianos (65+) Adultos (18-64) Niños (0-17) Todos

Condiciones Médicas/Tipo de Cliente (Marque todas con las que esté dispuesto/a a trabajar)

Discapacidad en el desarrollo Discapacidad física Incapacidad Mental

Discapacidad auditiva/visual Cuadripléjico/Parálisis Acaparadores

Postración en cama Enfermos Terminales Alzheimer 's/Demencia

Enfermedades infecciosas Incontinencia Orinaria Levantamiento Pesado

Asistencia con transferencias (*puedo completar estas:*) giro/pivote cinturón tabla maquina Hoyer

Tareas de IHSS que estoy dispuesto/a completar:

Servicios Domésticos (Limpieza ligera)

Ambulación (Movilidad)

Preparación de Alimentos

Transferencias Físicas (salir y entrar a cama)

Limpieza de comida

Baño e higiene personal H _____ M _____

Lavado de ropa

Frotamiento de Postura y cuidado de piel

Compras de comida

Ayuda y cuidado de prótesis

Otros mandados y compras

Transportación a citas medicas

Respiración/Oxigeno

Transportación a otros recursos

Asistencia en la taza de baño

Supervisión Protectiva (clientes con autismo o demencia)

Asistencia con alimentos

Servicios Paramédicos

Baños rutinarios en cama

Limpieza Profunda/Pesada

Asistencia con vestir

Enseñanza y demostración a clientes

Cuidado de Menstruación

Otra Información:

Usted fuma? Si No Trabajara con un fumador? Si Fuman afuera No
Usted tiene mascota? Si No Es usted alérgico a algún animal? _____
Trabajara con clientes que tengan: perro(s) Gato(s) Ave(s) Reptiles (en jaula)
Tiene licencia de manejo valida? Si No Está dispuesto a manejar el auto del cliente? Si No
Tiene usted un auto? Si No Esta dispuesto a usar su auto para el trabajo? Si No

Preguntas Suplementales:

1. Que le hizo decidir ser proveedor/a de cuidado?

2. Cuales son sus cualidades mas fuertes como empleado y como proveedor?

Esta sección es **Opcional** (*no requerido*). Como escucho sobre nosotros? _____

Fecha de Nacimiento _____ Mujer Hombre

Origen Étnico: Afroamericano asiático-Pacífico islandés Caucásico Latino Otro

Revelación de historial criminal (*requerido*)

Como parte del proceso de solicitud para la Autoridad Publica de IHSS, se les pedirá a los aplicantes que completen el proceso de Inscripción de IHSS mandado por el estado. Esto incluye que pasen un chequeo de historial criminal (Livescan). Esto sera hecho en una fecha posterior, y puede costarle hasta \$70.

Yo entiendo y doy permiso para que el chequeo de mi historial criminal (Livescan) sea completado. Si No

Todo aplicante a la Autoridad Publica de IHSS debe revelar cualquier convicción criminal (felonías y delitos menores, incluyendo suplicas de ningun concurso) en esta aplicación.

Alguna vez a sido convicto de una felonía o delito menor? Si No

En caso afirmativo, todo aplicante debe proveer la siguiente informacion:

Fecha(s) _____ Felonía Delito Menor (Misdemeanor)

Crimen/Cargo(s) convictos _____

Disposición (*el resultado / explique qué paso, incluya cualquier multa, libertad condicional, termino de cárcel o prisión*)

Certificación de Aplicación *(requerido)*

Yo certifico que lo antedicho en esta solicitud es verdad. Entiendo que cualquier información falsa puede eliminarme de la inscripción.

Entiendo que la información en esta solicitud puede ser compartida con posibles empleadores. También entiendo que mi empleador no es la Autoridad Publica del Condado de Solano. El recipiente de IHSS es mi empleador.

Entiendo que, como parte del proceso de aplicación, Yo doy permiso a la Autoridad Publica del Condado de Solano para contactar y recibir información de mis referencias de trabajo sobre mi historial de empleo. (Valido por hasta un año de la fecha en que firmo)

Entiendo que si soy aceptado al Registro de Proveedores de la Autoridad Publica mi nombre se puede poner en una lista que se dará a las personas que están buscando proveedores de cuidado en el hogar (los recipientes de IHSS). La Autoridad Publica de IHSS retiene los derechos exclusivos para listar, referir, suspender, o remover a un proveedor del Registro.

Entiendo que la Póliza de Eliminación del Registro de la Autoridad Publica de IHSS del Condado de Solano explica las violaciones de quejas menores y mayores, que incluye ningún use de drogas o alcohol en el lugar de trabajo. Violaciones confirmadas de nuestra póliza serán motivos para eliminación de nuestro Registro de Proveedores.

Entiendo que, si soy aceptado al Registro de Proveedores, la Autoridad Publica de IHSS del Condado de Solano no acepta ninguna responsabilidad de Proveedores de Cuidado que eligen usar su vehículo personal para completar las tareas autorizadas por IHSS. Es recomendado que los proveedores de cuidado consulten con su aseguranza de auto privada.

Yo entiendo que soy responsable de pagar las tarifas asociadas con la investigación de historial criminal del Departamento de Justicia.

Yo entiendo que el pasar el chequeo de historial criminal de Livescan no me garantiza empleo. **Entiendo también que la Autoridad Publica NO me garantiza empleo.** El Registro de Proveedores de la Autoridad Publica es un servicio de referencia para los recipientes y proveedores de IHSS; no es una agencia de empleos.

Firma de Apicante

Fecha



LA AUTORIDAD PUBLICA DE IHSS DEL CONDADO DE SOLANO FORMULARIO DE REFERENCIAS DE TRABAJO

Referencias personales o de miembros de familia **NO** serán aceptadas.
Por favor de este formulario de Referencia a sus empleadores anteriores para que sea completada, después entregue junto con su aplicación.

Para ser completado por el Apicante al Registro de Proveedores:

Yo, _____ (nombre del aplicante al Registro), he aplicado como proveedor de cuidado a la Autoridad Publica de IHSS del Condado de Solano. Yo les autorizo a ellos recolectar cualquier información sobre mis cualificaciones y desempeño en trabajos pasados. También le autorizo y pido que usted responda a las siguientes preguntas. Por la presente yo le libero de cualquier y toda responsabilidad en el suministro de cualquier información sobre mi empleo.

Por favor regrese el formulario completado a:

Nombre de Apicante: _____

Domicilio: _____

Firma de aplicante al registro

Fecha

Para ser completado por el empleador anterior/actual:

Persona Completando el Formulario _____ Supervisor Cliente Otro

Agencia/Nombre de Compañía _____ Teléfono (____) _____

Título del Apicante _____

Fechas de Empleo De ____ / ____ A ____ / ____ Tiempo conociendo al aplicante? ____ (Años)
Mes Año Mes Año

Deberes de trabajo: _____

Por favor seleccione la calificación apropiada:

Era el Apicante:	Si	No	Comentarios
Un Buen trabajador?			
Tiene Buena asistencia? A tiempo?			
Completa el trabajo asignado?			
Trabaja bien con otros? Cortes?			
Es Confiable?			

Recontrataría al Apicante? _____

Algún otro comentario que quiere que sepamos?

Firma de la persona completando el formulario

Fecha



LA AUTORIDAD PUBLICA DE IHSS DEL CONDADO DE SOLANO FORMULARIO DE REFERENCIAS DE TRABAJO

Referencias personales o de miembros de familia **NO** serán aceptadas.
Por favor de este formulario de Referencia a sus empleadores anteriores
para que sea completada, después entregue junto con su aplicación.

Para ser completado por el Apicante al Registro de Proveedores:

Yo, _____ (nombre del aplicante al Registro), he aplicado como proveedor de cuidado a la Autoridad Publica de IHSS del Condado de Solano. Yo les autorizo a ellos recolectar cualquier información sobre mis cualificaciones y desempeño en trabajos pasados. También le autorizo y pido que usted responda a las siguientes preguntas. Por la presente yo le libero de cualquier y toda responsabilidad en el suministro de cualquier información sobre mi empleo.

Por favor regrese el formulario completado a:

Nombre de Apicante: _____

Domicilio: _____

Firma de aplicante al registro

Fecha

Para ser completado por el empleador anterior/actual:

Persona Completando el Formulario _____ Supervisor Cliente Otro

Agencia/Nombre de Compañía _____ Teléfono (____) _____

Título del Apicante _____

Fechas de Empleo De ____ / ____ A ____ / ____ Tiempo conociendo al aplicante? ____ (Años)
Mes Año Mes Año

Deberes de trabajo: _____

Por favor seleccione la calificación apropiada:

Era el Apicante:	Si	No	Comentarios
Un Buen trabajador?			
Tiene Buena asistencia? A tiempo?			
Completa el trabajo asignado?			
Trabaja bien con otros? Cortes?			
Es Confiable?			

Recontrataría al Apicante? _____

Algún otro comentario que quiere que sepamos?

Firma de la persona completando el formulario

Fecha