



APLICACION DE PROVEEDOR

832 Folsom Street 9th Floor - San Francisco CA 94107
Ph: 415-243-4477 | Email: info@sfihsppa.org | www.sfihsppa.org

Received: ___/___/___
Accepted: ___/___/___
Interviewer: _____
Reviewer: _____
Referred by: _____

Nombre:

Table with columns: Apellido, Primer Nombre, Inicial

Domicilio Correo:

Table with columns: Calle, Ciudad, Estado, Codigo Postal

Domicilio Residencial:

Table with columns: Street, City, State, Zip Code

Telefono Celular: () Telefono Casa: () Otro: ()

IHSS # de Proveedor (si disponible): Email:

Esta Seccion es OPCIONAL pero puede proporcionar informacion util al Registro. El genero sexual sera utilizado cuando un(a) consumidor(a) solicite contratar a una persona de su mismo sexo para que le asista con cuidado personal.

Sexo: [] Masculino [] Femenino [] Transgenero [] Otro [] Declino Contestar

Orientacion Sexual: [] Heterosexual [] LBGTQ [] Otro [] Declino Contestar

Etnicidad : [] Africano [] Africano-Americano [] Asiatico-Pacifico [] Latino
[] Caucasico [] Nativo Americano [] Otro: [] Declino Contestar

A completado el proceso de inscripcion con la oficina del IHSS del Condado de San Francisco, en IPAC - 77 Otis Street? [] Si [] No

A pasado la verificacion de antecedentes con el Departmaneto de Justicia de California (DOJ)? [] Si [] No

IDIOMAS

Indique cuales idiomas puede hablar con fluidez (Avanzado) o limitado

[] Ingles: [] Avanzado / [] Limitado [] Other: _____ [] Avanzado / [] Limitado
[] No Ingles [] Other: _____ [] Avanzado / [] Limitado
Idioma preferido: _____

ACCESIBILIDAD

Utiliza el transporte publico para llegar al trabajo? [] Si [] No

*Esta dispuesto(a) manejar su vehiculo para el trabajo? [] Si [] No

*Esta dispuesto(a) a manejar el vehiculo del cliente? [] Si [] No

*(Si contesto si, tiene que tener una licencia de manejo y aseguranza. IHSS no paga por servicios de transporte; gas, millaje, mantenimiento, etc)

ENTRENAMIENTOS Y CERTIFICACIONES

Entrenamientos Certificados Completado Fecha de Finalizacion

Homebridge Cuidado Personal Basico 48 or 72 Hour [] _____

CPR / First Aid (Resucitacion / Primeros Auxilios) [] _____

Otro: _____ [] _____

PREFERENCIAS LABORALES

Por favor, marque las Casillas que indiquen sus preferencias. No Podemos garantizarle que los clientes que llamen se van a ajustar a todas sus preferencias. Le recomendamos que trate de realizar todos los tipos de tareas y de servir a todos los tipos de clientes.

Work Preference

Tipo de Cliente		Domestic Tasks	Personal Tasks		
<u>Dispuesto</u>	<u>Experiencia</u>		<u>Willing</u>	<u>Experienced</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiracion
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mujeres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayuda para orinar e intestino
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hombres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dar de comer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ninos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baño en cama
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parejas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayudar a vestirse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seniors (65+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado menstrual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad Fisica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deambulacion (moverse/caminar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayudar a acostarse y levantarse cama
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad Fisiologica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bañar, aseo, higiene oral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad Infecciosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frotar la piel, reponicionar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado Paliativo (terminal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ayuda con protesis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IHSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recordatorios de medicina
				<input type="checkbox"/>	Cateteres/ Bolsa de Colostomia
				<input type="checkbox"/>	Cambiar Pañales
				<input type="checkbox"/>	Ayudar con ejercicios de mocion
				<input type="checkbox"/>	Levantador
				<input type="checkbox"/>	Mecanico
				<input type="checkbox"/>	Levantar/Desplazar
				<input type="checkbox"/>	Perdida de memoria
				<input type="checkbox"/>	Asistencia a ir al baño
				<input type="checkbox"/>	Tomar Señales vitales

OTHER RELEVANT INFORMATION

Usted fuma? (no puede fumar adentro) Si No

Trabajaria para clientes que fuman? Si No

Tiene alergias que le afectan a la hora de trabajar?

Gatos: Si No Perros: Si No Otros _____

Esta dispuesto(a) a proporcionar servicios durante un desastre? Yes No

Si puso si, marque los siguientes: Casa del Cliente Yes No
Albergue de emergencia Yes No

A trabajado para un cliente del IHSS antes? Si No

PREFERENCIAS DE HORARIO Y AREAS DE TRABAJO

La mayoría de los clientes necesitan Proveedores de tiempo parcial (part-time). Puede aceptar mas de un cliente para obtener horas de tiempo completo.

Numero de horas que guste trabajar por semana (seleccione todas que apliquen):

- 10 hrs. o menos/semana *(part time)*
 10-25 hrs./semana *(part time)*
 25 hrs. o mas/semana *(full time)*
 Temporal
 Permanente
 Dias Festivos
 Turnos 2 hrs.

Indique todos los días y horas que este disponible para trabajar en la semana:

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Mañanas Entre: 6am-12pm							
Tardes Entre: 12pm-5pm							
Noches Entre: 5pm-10pm							

Indique todas las zonas en donde esta dispuesto(a) a trabajar. Entre mas disponibilidad, es mas posible de conseguir mas clientes.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bayview | <input type="checkbox"/> Bernal Heights | <input type="checkbox"/> Castro |
| <input type="checkbox"/> Chinatown | <input type="checkbox"/> Civic Center | <input type="checkbox"/> Cole Valley |
| <input type="checkbox"/> Downtown / Financial | <input type="checkbox"/> Embarcadero | <input type="checkbox"/> Excelsior |
| <input type="checkbox"/> Fisherman's Wharf | <input type="checkbox"/> Glen Park | <input type="checkbox"/> Haight Ashbury |
| <input type="checkbox"/> Hayes Valley | <input type="checkbox"/> Ingleside | <input type="checkbox"/> Inner Sunset |
| <input type="checkbox"/> Japantown | <input type="checkbox"/> Marina | <input type="checkbox"/> Mission Bay |
| <input type="checkbox"/> Mission District | <input type="checkbox"/> Nob Hill | <input type="checkbox"/> Noe Valley |
| <input type="checkbox"/> North Beach | <input type="checkbox"/> Outer Sunset | <input type="checkbox"/> Pacific Heights |
| <input type="checkbox"/> Parkside/Lake Merced | <input type="checkbox"/> Portola | <input type="checkbox"/> Potrero Hill |
| <input type="checkbox"/> Presidio | <input type="checkbox"/> Richmond | <input type="checkbox"/> Russian Hill |
| <input type="checkbox"/> SoMa | <input type="checkbox"/> South Beach | <input type="checkbox"/> Tenderloin |
| <input type="checkbox"/> Treasure Island | <input type="checkbox"/> Twin Peaks | <input type="checkbox"/> Visitacion Valley |
| <input type="checkbox"/> Western Addition | <input type="checkbox"/> West Portal | <input type="checkbox"/> All Neighborhoods |

En que zona vive usted: _____

Escriba el condado si vive fuera de San Francisco: _____

WORK HISTORY

Entre **3** referencias de trabajo que sean verificables (servicios de cuidado personal preferidos) entre los últimos 5 años. Si **3** referencias de trabajo no están disponibles, indique mínimo **1** trabajo o actividad voluntaria y **2** referencias personales que **no sean familiares**.

Empleador:	Telefono #:
Tipo de trabajo y responsabilidades:	Permiso para llamar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nombre de Supervisor/Cliente	Periodo de empleo: desde _____ hasta _____ (mes/año) (mes/año)
Razon por dejar el trabajo:	
<hr/>	
Empleador:	Phone #:
Tipo de trabajo y responsabilidades:	Permission to call: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Nombre de Supervisor/Cliente	Periodo de empleo: desde _____ hasta _____ (mes/año) (mes/año)
Razon por dejar el trabajo:	
<hr/>	
Empleador:	Phone #:
Tipo de trabajo y responsabilidades:	Permission to call: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Nombre de Supervisor/Cliente:	Periodo de empleo: desde _____ hasta _____ (mes/año) (mes/año)
Razon por dejar el trabajo:	

REFERENCIAS PERSONALES

Indique **2** personas que le conozcan. No incluya ningún familiar (hermanos, sobrinos, padres, etc).

Nombre:	Relacion:	Telefono #:
Nombre:	Relacion:	Telefono #:

Declaro que toda la información de este formulario es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que toda omisión o distorsión de información en este formulario puede descalificarme para ser incluido(a) en el registro. Doy permiso a la Autoridad Pública para compartir información pertinente en mi expediente con clientes que estén buscando personas para emplearlas.

Acepto que la Autoridad Public es una agencia de referencia, y no garantizan trabajos. Entiendo que la Autoridad Publica y Consumidores se contactaran conmigo por medio del mi telefono proveido, mensajes de texto, y por correo. Si en algun momento quiero revocar cualquier metodo de comunicacion lo are directamente con la Autoridad Publica.

También estoy de acuerdo en mantener la confidencialidad de toda información pertinente a los consumidores y servicios ofrecidos. Comprendo que basado en la ley estatal si a sabiendas o intencionalmente violo este acuerdo de confidencialidad se me encontraría culpable de un delito menor.

Signature:	Date:
-------------------	--------------