SFIHSS PUBLIC AUTHORITY

三藩市家居護理登記處申請表

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

辦公室專用:
收表日期: ___/____/____
成為本機構會日期:___/___/_____
面試員:_____
覆核員: _____
從何得知本機構:_____

英文姓名:

中文姓名:

郵寄地址:

住所地址:

手機電話:( ) 家庭電話:( )

其它:( )

護理員编號（如有): 電郵:

此格內問題是否填答悉隨尊意, 但可提供有用的资料給登記處. 性別只用于於僱主需求同性別的員工提供個人護理服務時參考.

性別: ☐ 男 ☐ 女 ☐ 變性人 ☐ 其它

性取向: ☐ 異性戀 ☐ 同性戀 ☐其它 ☐ 拒絕回答

族裔: ☐ 非裔 ☐ 美裔非洲人 ☐ 中國人/亞太裔 ☐ 白人 ☐ 拉丁裔 ☐ 美國土著
☐ 拒絕回答 ☐ 其它:

你有没有在護理人員登記中心 - 77 Otis Street 完成家居護理員登記手續? ☐ 有 ☐ 沒有
你有没有通過加州司法部的背景調查（打手指纹）? ☐ 有 ☐ 沒有

語言

請寫上您能說的所有語言（包括廣東話, 國语, 台山話, 上海話. . .）如你能說英语,
請圈上你的英語程度
☐ 英語: ☐ 非常流利 / ☐ 有限 / ☐ 不懂 ☐ 其它:_____ ☐ 非常流利 / ☐ 有限
☐ 其它:_____ ☐ 非常流利 / ☐ 有限

首選語言*(包括英語)*:_____

駕駛和使用汽車

你是坐公車上班的嗎? ☐ 是 ☐ 不是
*工作時, 你願意使用自己的汽車嗎? ☐ 是 ☐ 不是
*工作時, 你願意駕駛僱主的汽車嗎? ☐ 是 ☐ 不是
* (如果你答是, 您必須要持有效的駕駛執照和汽車保險, IHSS是不會支付你駕駛汽車所需要的費用 : (當中包括汽油, 汽車里數, 維修等等)

護理員培訓課程及証書

護理員培訓課程證書	已完成訓練	完成日期 / 有效日期
Homebridge Basic 48 or 72 Hour:	☐	_____
急救 / 心肺行復甦術	☐	_____
其它: _____	☐	_____

護理經驗

請在方格中選擇☐代表你願意或有相關的工作經驗.
我們鼓勵您考慮完成所有家務和個人護理服務，同時可以服務不同族裔的僱主。從而增加吻合雇主要求的工作機會.

授權任務

僱主			**家務**		**個人護理服務**		
願意	**有經驗**		**願意**		**願意**	**有經驗**	
☐	☐	成人	☐	家居服務	☐	☐	呼吸
☐	☐	婦女	☐	準備餐點	☐	☐	大小便護理
☐	☐	男人	☐	收拾餐點	☐	☐	喂食
☐	☐	孩子	☐	清洗、烘乾、摺疊和收拾衣物	☐	☐	更換床單
☐	☐	情侶 / 夫婦	☐	買雜貨	☐	☐	穿衣服
☐	☐	長者（65+）	☐	其他購物和雜事	☐	☐	月經期護理
☐	☐	身體殘障者	☐	沉重清潔	☐	☐	走路協助
☐	☐	發育障礙者	☐	前往睇醫生	☐	☐	上下床
☐	☐	精神病患者	☐	前往社區中心/安老院	☐	☐	洗澡，梳洗，和口腔衛生
☐	☐	傳染病	☐	減轻庭園危害	☐	☐	皮膚護理
☐	☐	善终服務	☐	教學和示範	☐	☐	假肢的護理和協助
☐	☐	家居護理計划者	☐	獨立生活的醫療輔助服務	☐	☐	提醒服食藥物
					☐	☐	導管/結腸袋
					☐	☐	紙尿褲
					☐	☐	活動，訓練
					☐	☐	機械弔床操控
					☐	☐	坐下和站起/上下車協助
					☐	☐	記憶力問題
					☐	☐	如廁
					☐	☐	測量人體溫度，血壓

其他有關資料

你吸煙嗎？(不能在室內吸煙) ☐ 是 ☐ 不是

你願意護理有吸煙習慣的僱主嗎？ ☐ 是 ☐ 不是

你對動物是否過敏(或恐懼)並會影響你在僱主家中工作?

猫: ☐是 ☐不是 **狗**: ☐是 ☐不是 **其它動物**:_____

災難發生時, 你是否願意提供服務給你僱主? ☐ 是 ☐ 不是
如果你選擇"是", 你將會繼續給你的僱主在: 家中工作 ☐ 是 ☐ 不是
緊急避難中心工作 ☐ 是 ☐ 不是

你曾做過家庭護理工作嗎? ☐ 是 ☐ 不是

工作時間和區域

通常僱主是要聘請半職護理員，如你需要一份全日護理工，你可以選擇為多個僱主工作。

你每週願意工作多少小時
(可以選擇适合的時間):

☐ 每星期工作10小時或以下 *(兼職)* ☐ 每星期工作10-25小時 *(兼職)* ☐ 每星期工作25小時或以上 *(全職)*
☐ 短期工作（三個月以下） ☐ 長期工作（三個月以上） ☐ 假期 ☐ 兩小時

請選擇你需要的工作時間:

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
早上 6am-12pm							
下午 12pm-5pm							
晚上 5pm-10pm							

請選擇你願意工作的區域，如果你能去不同的地方工作，找到工作的機會比較大.

☐ Bayview 灣景區
☐ Chinatown 唐人埠
☐ Downtown / Financial 市中心/金融區
☐ Fisherman's Wharf 漁人碼頭
☐ Hayes Valley 海耶斯谷
☐ Japantown 日本埠
☐ Mission District 16-24 街地鐵站附近
☐ North Beath 北岸區
☐ Parkside/Lake Merced 三藩市州立大學附近
☐ Presidio 三藩市藝術宮附近
☐ SoMa 孖结街以南
☐ Treasure Island 金銀島
☐ Western Addition 日本埠基爾街方向
☐ Bernal Heights 外米臣區
☐ Civic Center 市政府中心附近
☐ Embarcadero 海岸鐘樓附近
☐ Glen Park 格倫公園地鐵站附近
☐ Ingleside 市立大學附近
☐ Marina 海濱區
☐ Nob Hill 越南埠
☐ Outer Sunset 日落区(近海)
☐ Portola 消化區
☐ Richmond 列治文區
☐ South Beach 南岸區
☐ Twin Peaks 雙子山
☐ West Portal (K,L,M,N 街車隧道出口附近)
☐ Castro 孖结街尾
☐ Cole Valley (USCF 附近金門公園出入口)
☐ Excelsior (Ocean 區)
☐ Haight Ashbury (DMV 附近)
☐ Inner Sunset 日落區近19街
☐ Mission Bay 近火車站
☐ Noe Valley 近24街地鐵站
☐ Pacific Heights 太平洋山
☐ Potrero Hill 三藩市医院附近
☐ Russian Hill 花街附近
☐ Tenderloin 田德隆區
☐ Visitacion Valley 訪谷區
☐ All Neighborhoods 所有地區

你居住的地區: _____

工作經驗

請填上你五年內你的家護或其它工作經驗，及提供僱主的名字和電話號碼供登記處聯絡。如果你沒有家護或工作的經驗，填寫以前曾經當過義工也可，你亦可提供三個朋友當作諮詢人。
你必須列出三個可聯絡的諮詢人。(親屬不可以做你的諮詢人)

公司或僱主:	*電話號碼* :
職位和職責:	*准許我們打電話聯絡僱主*: □*是* □*否*
主管或僱主姓名:	*受僱時間*: *由* _____ *至* _____ (*月／年*) (*月／年*)
離職原因:	
公司或僱主:	*電話號碼*:
主管或僱主姓名:	*准許我們打電話聯絡僱主*: □*是* □*否*
職位和職責:	*受僱時間*: *由*_____ *至* _____ (*月／年*) (*月／年*)
離職原因:	
公司或僱主:	*電話號碼*:
主管或僱主姓名:	*准許我們打電話聯絡僱主*: □*是* □*否*
職位和職責:	*受僱時間*: *由*_____ *至* _____ (*月／年r*) (*月／年*)
離職原因:	

諮詢人（朋友）

請提供兩位認識你但非親屬關係的諮詢人，以便我們可聯絡查詢。

姓名:	*關係*:	*電話 #*:
姓名:	*關係*:	*電話 #*:

❑本人確認所有有關此表格的資料都是正確的. 如果表格內有任何忽略或錯誤的資料,
以及提交一份不完整的申請表，登記處將取消本人的資格.

❑本人明白登記處是一個轉介機構以及不保証任何的工作安排.
我願意授權家居護理登記處將本人的資料提供給聘用員工的僱主.

❑本人願意准許雇主及登記處透過電話，文字短訊，電子郵件以及郵政服務與本人聯絡.

❑本人亦願意遵行並將一切關於僱主和服務內容保密。本人明白基於美國國家法例，倘若本人在有意或故意的情況下觸犯這保密協議條例，本人將會被處分龍或定罪.

簽名:	日期:

SFIHSS PUBLIC AUTHORITY

APLICACION DE PROVEEDOR

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

For Office Use Only

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

Nombre:

Apellido | Primer Nombre | Inicial

Domicilio Correo:

Calle | Ciudad | Estado | Codigo Postal

Domicilio Residencial:

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
☐ No Ingles

☐ Other:_____ ☐ Avanzado / ☐ Limitado
☐ 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 licensia 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		
Dispuesto	Experiencia		Willing		Willing	Experienced	
☐	☐	Adultos	☐	Servicios Domestico	☐	☐	Respiracion
☐	☐	Mujeres	☐	Preparacion de Comida	☐	☐	Ayuda para orinar e intestino
☐	☐	Hombres	☐	Limpiar después de las comidas	☐	☐	Dar de comer
☐	☐	Ninos	☐	Lavar,secar,doblar,guardar ropa	☐	☐	Baño en cama
☐	☐	Parejas	☐	Compras de alimentos	☐	☐	Ayudar a vestirse
☐	☐	Seniors (65+)	☐	Otras Compras y Mandados	☐	☐	Cuidado menstrual
☐	☐	Discapacidad Fisica	☐	Limpieza Intensa	☐	☐	Deambulacion (moverse/caminar)
☐	☐	Discapacidad Mental	☐	Acompañamiento a citas medicas	☐	☐	Ayudar a acostarse y levantarse cama
☐	☐	Discapacidad Fisiologica	☐	Acompañamiento a servicios alternativos	☐	☐	Bañar, aseo, hygiene oral
☐	☐	Enfermedad Infecciosa	☐	Remover Peligros del patio: hierbas, etc.	☐	☐	Frotar la piel, reposicionar
☐	☐	Cuidado Paliativo (terminal)	☐	Supervision Protectiva	☐	☐	Ayuda con protesis
☐	☐	IHSS	☐	Enseñanza y Demostracion para vivir independiente	☐	☐	Recordatorios de medicina
					☐	☐	Cateteres/ Bolsa de Colostomia
					☐	☐	Cambiar Pañales
					☐	☐	Ayudar con ejercisios de mocion
					☐	☐	Levantador Mecanico
					☐	☐	Levantar/Desplazar
					☐	☐	Perdida de memoria
					☐	☐	Asistencia a ir al baño
					☐	☐	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 mayoria de los clientes necesitan Proveedores de tiempo parcial (part-time). Puede aceptar mas de un cliente para obtener horas de tiempo complete.

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 dias 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 possible de conseguir mas clientes.

☐ Bayview	☐ Bernal Heights	☐ Castro
☐ Chinatown	☐ Civic Center	☐ Cole Valley
☐ Downtown / Financial	☐ Embarcadero	☐ Excelsior
☐ Fisherman's Wharf	☐ Glen Park	☐ Haight Ashbury
☐ Hayes Valley	☐ Ingleside	☐ Inner Sunset
☐ Japantown	☐ Marina	☐ Mission Bay
☐ Mission District	☐ Nob Hill	☐ Noe Valley
☐ North Beath	☐ Outer Sunset	☐ Pacific Heights
☐ Parkside/Lake Merced	☐ Portola	☐ Potrero Hill
☐ Presidio	☐ Richmond	☐ Russian Hill
☐ SoMa	☐ South Beach	☐ Tenderloin
☐ Treasure Island	☐ Twin Peaks	☐ Visitacion Valley
☐ Western Addition	☐ West Portal	☐ 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 ultimos 5 años. Si **3** referencias de trabajo no estan disponibles, indique minimo **1** trabajo o actividad voluntaria y **2** referencias personales que **no sean familiares.**

Empleador:	**Telefono #:**
Tipo de trabajo y responsabilidades:	**Permiso para llamar:** ☐ **Si** ☐ **No**
Nombre de Supervisor/Cliente	**Periodo de empleo:** **desde** _____ **hasta** _____ **(mes/año) (mes/año)**
Razon por dejar el trabajo:	

Empleador:	**Phone #:**
Tipo de trabajo y responsabilidades:	**Permission to call:** ☐ **Yes** ☐ **No**
Nombre de Supervisor/Cliente	**Periodo de empleo:** **desde** _____ **hasta** _____ **(mes/año) (mes/año)**
Razon por dejar el trabajo:	

Empleador:	**Phone #:**
Tipo de trabajo y responsabilidades:	**Permission to call:** ☐ **Yes** ☐ **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 ningun 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 referecia, y no garantizan trabajos. Entiendo que la Autoridad Publica y Consumidores se contactaran conmigo por medio del mi telefono proveido, mensages 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:**

SFIHSS PUBLIC AUTHORITY

PROVIDER APPLICATION

832 Folsom Street, 9th Floor ▪ San Francisco, CA 94107
(415) 243-4477 ▪ info@sfihsspa.org ▪ www.sfihsspa.org

Date Received:	
Date Accepted:	
Interviewer:	
Reviewer:	
Referred by:	

Name:	LAST		FIRST	M.I.	PREFERRED NAME
Mailing Address:	STREET		CITY	STATE	ZIP CODE
Residence Address:	STREET		CITY	STATE	ZIP CODE
Mobile Phone:		Home Phone:		Other Phone:	
Permission to Text:	☐ Yes ☐ No	Email:			
IHSS Provider #:					

This section is OPTIONAL, but may provide useful information to the Registry.
Gender will be used only when a consumer requests a worker of the same gender to provide personal care.

Gender:	☐ Male ☐ Female	☐ Transgender Male to Female ☐ Transgender Female to Male	☐ Another Gender Identity ☐ Declined to State Identity	☐ Non-Binary
Pronouns:	☐ He/Him ☐ She/Her	☐ They/Them ☐ Ze/Hir	☐ Other:	
Race/Ethnicity:	☐ White ☐ Black	☐ Latinx ☐ Asian or Pacific Islander	☐ Other:	

LANGUAGES

English Fluency Level:	☐ Fluent	☐ Limited	☐ No English
Preferred Spoken Language: *(including English)*			
Preferred Written Language: *(including English)*			
Other Language:			

ACCESSIBILITY

Do you rely on public transportation to get to jobs?	☐ Yes	☐ No
Are you willing to use your own car to transport your Consumer(s)?	☐ Yes*	☐ No
Are you willing to drive a consumer's car?	☐ Yes*	☐ No

** If yes, you must have a current driver's license and auto insurance.*
IHSS does not pay for transportation services; gas, mileage, maintenance, etc.

TRAINING & CERTIFICATION

CERTIFIED TRAINING	COMPLETED TRAINING	COMPLETION DATE
Homebridge Basic 48-hour Training:	☐ Yes ☐ No	
Homebridge Basic 48-hour Training Online:	☐ Yes ☐ No	
Homebridge Workshops or Specialized Trainings:	☐ Yes ☐ No	
CPR / First Aid (Cardio-Pulmonary Resuscitation):	☐ Yes ☐ No	
Do you have a Tuberculosis Test Clearance?	☐ Yes** ☐ No	*** IF YES, RESULT DATE:*
Do you have proof of COVID-19 vaccination?	☐ Yes ☐ No	
Number of Years of Caregiving Experience :		

OTHER RELEVANT INFORMATION

Do you smoke?	☐ Yes ☐ No	**Will you work for consumers who smoke?**	☐ Yes ☐ No

Do you have an allergy that would affect your ability to work in a home with?

Cats:	☐ Yes ☐ No	**Dogs:**	☐ Yes ☐ No	**Other:**	

Are you willing to provide IP services in the event of a disaster?	☐ Yes*** ☐ No
****** If yes, please check all that apply:***	☐ Consumer's Home ☐ Emergency Shelter

Scent Usage:	☐ Uses scents ☐ Does not use scents	**Scent Sensitivity:**	☐ Must work in scent-free home ☐ Willing to work with people who use scents

WORK PREFERENCES

Please check boxes indicating all your preferences / that which you are willing to work with:

We cannot guarantee that consumers service needs will match all your preferences.
We encourage you to consider performing all tasks and serving all consumers.

CLIENT GENDER

- ☐ Males
- ☐ Females
- ☐ Other / Non-binary

CLIENT TYPES

- ☐ Child / Minor
- ☐ Cognitive / Psych Disability *(dementia, bipolar, etc.)*
- ☐ Palliative Care *(hospice / end of life)*

DOMESTIC TASKS

- ☐ Accompaniment to Alternate Resources
- ☐ Accompaniment to Medical Appointments
- ☐ Domestic Services
- ☐ Heavy Cleaning
- ☐ Meals Clean Up
- ☐ Other Shopping & Errands
- ☐ Paramedical Services
- ☐ Preparation of Meals
- ☐ Protective Supervision
- ☐ Yard Hazard Abatement
- ☐ Remove Ice / Snow
- ☐ Routine Laundry
- ☐ Shopping for Food
- ☐ Teaching & Demonstration

PERSONAL TASKS

- ☐ Respiration
- ☐ Bowel & Bladder Care
- ☐ Feeding
- ☐ Routine Bed Baths
- ☐ Dressing
- ☐ Menstrual Care
- ☐ Ambulation
- ☐ Moving In / Out of Bed
- ☐ Bathing / Oral Hygiene / Grooming
- ☐ Rubbing Skin / Repositioning
- ☐ Care & Assistance with Prosthesis
- ☐ Set Up / Remind Meds
- ☐ Catheter / Colostomy Bag
- ☐ Diapers
- ☐ Exercise
- ☐ Hoyer Lift
- ☐ Lifting / Transferring
- ☐ Memory Problems
- ☐ Toileting
- ☐ Vital Signs

SCHEDULE & GEOGRAPHIC PREFERENCES

Number of hours per week you are willing to work *(check all that apply)*:

Most consumers need part-time workers. You can accept more than one part-time job if you prefer a full-time schedule.

- ☐ **10 hours or less/week** *(part time)*
- ☐ **10 – 25 hours/week** *(part time)*
- ☐ **25 hours or more/week** *(full time)*
- ☐ **Long-term**
- ☐ **'Temporary Assignment'** *(work from a couple of days to a couple of months)*

Check all the days and times you are available to work weekly:

		MON	TUES	WED	THUR	FRI	SAT	SUN
MORNINGS	*Anytime between* ***6 am – 12 pm***	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AFTERNOONS	*Anytime between* ***12 pm – 5 pm***	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
EVENINGS	*Anytime between* ***5 pm – 10 pm***	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
OVERNIGHT	*Anytime between* ***10 pm – 6 am***	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Please check off all the locations you would be willing to work:

The more areas you are willing to work in, the more jobs you may be referred to.

- ☐ Bayview
- ☐ Bernal Heights
- ☐ Castro
- ☐ Chinatown
- ☐ Civic Center
- ☐ Cole Valley
- ☐ Downtown / Financial District
- ☐ Duboce Triangle
- ☐ Embarcadero / Northern Waterfront
- ☐ Excelsior
- ☐ Fisherman's Wharf
- ☐ Glen Park
- ☐ Haight Ashbury
- ☐ Hayes Valley
- ☐ Ingleside
- ☐ Inner Sunset
- ☐ Japantown
- ☐ Lower Haight
- ☐ Marina
- ☐ Mission Bay
- ☐ Mission District
- ☐ Nob Hill
- ☐ Noe Valley
- ☐ North Beach
- ☐ Outer Sunset
- ☐ Pacific Heights
- ☐ Pacific Heights / Lower Pacific Heights
- ☐ Parkside / Lake Merced
- ☐ Portola
- ☐ Potrero Hill
- ☐ Presidio
- ☐ Richmond
- ☐ Russian Hill
- ☐ SoMa
- ☐ South Beach
- ☐ Tenderloin
- ☐ Treasure Island
- ☐ Twin Peaks
- ☐ Visitacion Valley
- ☐ Western Addition
- ☐ West Portal

SF Neighborhood you live in:		... or other county:	

WORK HISTORY

List one verifiable work reference *(home care experience preferred)*, or volunteer work experience *within the past five years*...

Employer:		**Phone #:**	
Job Title and Responsibilities:		**Permission to Call:**	☐ Yes ☐ No
Job Supervisor's or Consumer's Name:	**Period of Employment:**	*FROM (MONTH/YEAR)*	*TO (MONTH/YEAR)*
Reason for Leaving:			

PERSONAL REFERENCES

... plus two personal references who *are not relatives*.
Please do not list family members (sisters, nieces, grandparents, etc.)

Name:		**Relationship:**		**Phone #:**	
Name:		**Relationship:**		**Phone #:**	

HOW DID YOU LEARN ABOUT THE REGISTRY PROGRAM?

☐ Flyer ☐ IHSS Orientation ☐ Job Fair ☐ LiveScan Department (fingerprints) ☐ Presentation
☐ Other:

I certify that all information on this form is true to the best of my knowledge and that any omission or misrepresentation of information may disqualify me from being listed in the registry. I also understand that submitting an incomplete application will disqualify me from being considered for the Registry.

I understand the Public Authority is a referral agency, and job placement is not guaranteed. I give the Public Authority permission to share relevant information in my file with individual Consumers who are looking for Independent Home Care Providers.

I agree to keep confidential all information regarding Consumers and services I provide. I understand that per state law if I knowingly and intentionally violate this confidentiality agreement, I would be guilty of a misdemeanor.

I authorize the SF IHSS Public Authority (SFIHSSPA) and its consumers to contact me via text messages to my cell phone and telephone calls as well. I understand that text messaging rates will apply to any messages received from the SFIHSSPA. I also understand that I can opt-out at any time. I agree not to hold SFIHSSPA liable for any electronic messaging charges or fees generated by this service. I further agree that in the event my contact/cell phone number changes that I will inform SFIHSSPA or be liable for any fees or charges incurred. Additionally, SF IHSS Public Authority staff can also contact me through my e-mail address (If provided) and by mail as well.

Signature:		**Date:**	