



SFIHSS PUBLIC
AUTHORITY

APLICACIÓN DE PROVEEDOR

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

Fecha Recibida:

Fecha de Aceptación:

Entrevistador/a:

Revisor/a:

Referido/a:

Nombre:	<i>APELLIDO</i>		<i>PRIMER NOMBRE</i>	<i>SEGUNDO NOMBRE</i>	<i>NOMBRE PREFERIDO</i>
Dirección de Correo:	<i>CALLE</i>		<i>CIUDADA</i>	<i>ESTADO</i>	<i>CÓDIGO POSTAL</i>
Dirección de Residencia:	<i>CALLE</i>		<i>CIUDADA</i>	<i>ESTADO</i>	<i>CÓDIGO POSTAL</i>
Teléfono Móvil:		Teléfono de Casa:		Otro Teléfono:	
Permiso para Enviar Mensajes de Texto:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo Electrónico:		
# de Proveedor de IHSS: <i>(Si está disponible)</i>					
<i>Esta sección es OPCIONAL, pero puede proporcionar información útil al Registro. El género se utilizará solo cuando un consumidor solicite a un trabajador del mismo género que le brinde cuidados personales.</i>					
Género:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero Hombre a Mujer <input type="checkbox"/> Otra Identidad de Género <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero Mujer a Hombre <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar				
Pronombres:	<input type="checkbox"/> El <input type="checkbox"/> Ella <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Ellos <input type="checkbox"/> Le <input type="checkbox"/> Le <input type="checkbox"/> Otro:				
Raza / Etnia:	<input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Negro/a <input type="checkbox"/> Latino/a <input type="checkbox"/> Isleño/a Asiático/a o del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro:				

IDIOMA

Nivel de Fluidez en Inglés:	<input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Limitado <input type="checkbox"/> No Inglés		
Idioma Hablado Preferido: <i>(incluyendo el Inglés)</i>			
Idioma Escrito Preferido: <i>(incluyendo el Inglés)</i>			
Otro Idioma:			

ACCESIBILIDAD

¿Depende del transporte público para llegar al trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Está dispuesto a utilizar su propio coche para transportar a su(s) consumidor(es)?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
¿Está dispuesto/a a conducir el coche de un consumidor?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>* Si contesto que sí, debe tener una licencia de conducir actual y un seguro de automóvil. IHSS no paga los servicios de transporte; gasolina, kilometraje, mantenimiento, etc.</i>		

ENTRENAMIENTO Y CERTIFICACIÓN

ENTRENAMIENTO CERTIFICADO	ENTRENAMIENTO COMPLETO	FECHA DE TERMINACIÓN
Capacitación Básica de Homebridge de 48 horas:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Capacitación Básica de 48 horas de Homebridge en Línea:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Talleres de Homebridge o Entrenamientos Especializados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<small>NOMBRE DEL TALLER O ENTRENAMIENTO ESPECIALIZADO</small>		
Primeros Auxilios / RCP (reanimación cardiopulmonar):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene una Prueba de Tuberculosis Negativa?	<input type="checkbox"/> Sí** <input type="checkbox"/> No	<small>** SI ES SÍ, FECHA DE RESULTADO:</small>
¿Tiene Comprobante de Vacunación Contra COVID-19?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cantidad de Años de Experiencia como Cuidador/a:		

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

¿Fuma usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabajaría para Consumidores que fuman?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna alergia que afectaría su capacidad para trabajar en casa de alguien?			
Gatos:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Perros:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Otro:	
¿Está dispuesto/a a brindar servicios de atención domiciliaria en caso de un desastre?		<input type="checkbox"/> Sí*** <input type="checkbox"/> No	
<small>*** Si su respuesta es sí, marque todo lo que corresponda:</small>		<input type="checkbox"/> Hogar del Consumidor <input type="checkbox"/> Refugio de Emergencia	
Uso del Aroma:	<input type="checkbox"/> Usa aromas <input type="checkbox"/> No usa aromas	Sensibilidad Olfativa:	<input type="checkbox"/> Debe trabajar en un hogar libre de aromas <input type="checkbox"/> Dispuesto a trabajar con personas que usan aromas

PREFERENCIAS DE TRABAJO

Marque las casillas que indiquen todas sus preferencias / aquello con lo que está dispuesto a trabajar:

*No podemos garantizar que las necesidades de servicio de los consumidores coincidan con todas sus preferencias.
Le recomendamos estar disponible para la mayor cantidad de tareas y aceptar todo genero/tipos de clientes.*

GÉNERO DEL CLIENTE	TAREAS DOMESTICAS	TAREAS PERSONALES
<input type="checkbox"/> Hombres <input type="checkbox"/> Mujeres <input type="checkbox"/> Otro / No Binario	<input type="checkbox"/> Acompañamiento a Recursos Alternativos <input type="checkbox"/> Acompañamiento a Cita Médica <input type="checkbox"/> Servicios Domésticos <input type="checkbox"/> Limpieza Profunda <input type="checkbox"/> Limpieza de Comidas <input type="checkbox"/> Otras Compras y Diligencias <input type="checkbox"/> Servicios Paramédicos <input type="checkbox"/> Preparación de Comidas <input type="checkbox"/> Supervisión Protectora <input type="checkbox"/> Limpieza de Peligros en el Jardín <input type="checkbox"/> Quitar Hielo / Nieve <input type="checkbox"/> Lavandería <input type="checkbox"/> Comprando Comida <input type="checkbox"/> Enseñanza y Demostración para la Vida Independiente	<input type="checkbox"/> Respiración <input type="checkbox"/> Cuidado de los Intestinos y la Vejiga <input type="checkbox"/> Alimentación <input type="checkbox"/> Baños de Rutina en la Cama <input type="checkbox"/> Vestir <input type="checkbox"/> Cuidado Menstrual <input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Entrar / Salir de la Cama <input type="checkbox"/> Baño / Higiene Bucal / Aseo <input type="checkbox"/> Frotar la Piel / Reposicionar <input type="checkbox"/> Atención y Asistencia con Prótesis <input type="checkbox"/> Acomodar / Recordar Medicamentos <input type="checkbox"/> Bolsa de Catéter / Colostomía <input type="checkbox"/> Cambios de Pañales <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Grúa Ortopédica <input type="checkbox"/> Elevación / Transferencia <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria <input type="checkbox"/> Ir al Baño (Ayudar con el Baño) <input type="checkbox"/> Signos Vitales
TIPOS DE CLIENTES		
<input type="checkbox"/> Niño/a o Menores de Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad Cognitiva / Psíquica (demencia, bipolar, etc.) <input type="checkbox"/> Cuidados Paliativos (hospicio / final de la vida)		

HORARIO Y PREFERENCIAS GEOGRÁFICAS

Número de horas a la semana que está dispuesto/a a trabajar *(marque todas las que correspondan)*:

La mayoría de los consumidores necesitan trabajadores a tiempo parcial.

Puede aceptar más de un trabajo a tiempo parcial si prefiere un horario de tiempo completo.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 10 Horas o menos / Semana
<i>(tiempo parcial)</i> | <input type="checkbox"/> 10 - 25 Horas / Semana
<i>(tiempo parcial)</i> | <input type="checkbox"/> 25 Horas or más / Semana
<i>(tiempo completo)</i> |
| <input type="checkbox"/> A Largo Plazo | <input type="checkbox"/> 'Asignación Temporal'
<i>(trabajo desde un par de días hasta un par de meses)</i> | |

Marque todos los días y horas en que está disponible para trabajar semanalmente:

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
MAÑANAS <i>A cualquier horario entre 6 am - 12 pm</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TARDES <i>A cualquier horario entre 12 pm - 5 pm</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOCHES <i>A cualquier horario entre 5 pm - 10 pm</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DURANTE LA NOCHE <i>A cualquier horario entre 10 pm - 6 am</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque todas las ubicaciones en las que estara dispuesto/a a trabajar:

Cuantas más áreas esté dispuesto/a a trabajar, más trabajos podrán ser referidos.

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

Barrio de San Francisco
donde usted vive:

... u otro Condado:

HISTORIAL DE TRABAJO

Nombre una referencia laboral verificable (*se prefiere la experiencia de cuidado en el hogar*), o experiencia de trabajo voluntario *en los últimos cinco años...*

Empleador/a:		# de Teléfono:	
Título del Trabajo y Responsabilidades:		Permiso para Llamar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Supervisor de Trabajo o Nombre del Consumidor:		Periodo de Empleo:	DESDE (MES/AÑO) HASTA (MES/AÑO)
Razón para Irse:			

REFERENCIAS PERSONALES

... más dos referentes personales *que no son familiares*.
No incluya miembros de la familia (*hermanas, sobrinas, abuelos, etc.*)

Nombre:		Relación:		# de Teléfono:	
Nombre:		Relación:		# de Teléfono:	

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera a mi leal saber y entender y que cualquier omisión o falsa información puede descalificarme de ser incluido en el registro.

Yo, también, entiendo que enviar una solicitud incompleta me descalificará para ser considerado para el Registro.

Entiendo que la Autoridad Pública es una agencia de referencia y la colocación laboral no está garantizada.

Doy el permiso de la Autoridad Pública para compartir información relevante en mi archivo con Consumidores individuales que están buscando proveedores de atención domiciliaria independientes.

Acepto mantener la confidencialidad de toda la información sobre los consumidores y los servicios que proporciono. Entiendo que de acuerdo con la ley estatal, si violé consciente e intencionalmente este acuerdo de confidencialidad, sería culpable de un delito menor.

Autorizo a la Autoridad Pública de SF IHSS (SFIHSSPA) y a sus consumidores a comunicarse conmigo a través de mensajes de texto a mi celular y llamadas telefónicas también. Entiendo que las tarifas de mensajes de texto se aplicarán a cualquier mensajes recibidos de la SFIHSSPA. También entiendo que puedo optar por no participar en cualquier momento. Estoy de acuerdo en no responsabilizar a SFIHSSPA por cualquier cargo o tarifa de mensajería electrónica generada por este servicio. Yo, además, estoy de acuerdo en que, en caso de que cambie mi número de teléfono de contacto / celular, informaré a SFIHSSPA o seré responsable por cualquier tarifa o cargo incurrido. Además, el personal de la Autoridad Pública de SF IHSS también puede comunicarse conmigo a través de mi dirección de correo electrónico (si se proporciona) y también por correo.

Firma:		Fecha:	
--------	--	--------	--