

PASC Homecare Registry

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CONSUMIDORES DEL REGISTRO

Nombre:	Apellido:	Inicial del medio:
---------	-----------	--------------------

Complete por lo menos uno de los siguientes:

Número de Caso del IHSS 19- _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Mi(s) número(s) de teléfono: (____) _____ (____) _____

Fax: (____) _____ E-mail: _____

Mi dirección: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento (opcional): _____

Raza/Grupo Étnico: (Optativo – Se solicita esta información sólo por motivos estadísticos. No se utiliza para el emparejamiento o asignaciones).

Idiomas que hablo:

1: _____ 2: _____ Otro: _____

Ponga los nombres y números de teléfono de dos personas que podamos contactar en caso de una emergencia relacionada con su salud.

Contacto de

Emergencia 1: _____

No. de teléfono para emergencias

Contacto de

Emergencia 2: _____

No. de teléfono para emergencias

Favor marcar los servicios de IHSS que el Condado ha autorizado para usted.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acompañ. a cita con médico | <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Planchar | <input type="checkbox"/> Supervisión protectora |
| <input type="checkbox"/> Ejercicios de movimiento | <input type="checkbox"/> Cocinar | <input type="checkbox"/> Lavar ropa | <input type="checkbox"/> Reposicionamiento y cuidado de la piel |
| <input type="checkbox"/> Baños | <input type="checkbox"/> Vestir | <input type="checkbox"/> Administrar medicamentos | <input type="checkbox"/> Animales de Servicio |
| <input type="checkbox"/> Baños en la cama | <input type="checkbox"/> Mandados | <input type="checkbox"/> Otros cuidados personales | <input type="checkbox"/> Compras |
| | <input type="checkbox"/> Alimentar | <input type="checkbox"/> Asistencia protésica | <input type="checkbox"/> Asistencia con silla de ruedas |
| | <input type="checkbox"/> Arreglo personal | | |

Si requiere un proveedor con competencias y experiencia adicionales, favor especificar:

Esta usted autorizado (a) para recibir servicios paramédicos tales como inyecciones de insulina, asistencia con sondas de alimentación, etc. ?

- Sí No

En caso de contestar "Sí," favor proveer detalles en el espacio de arriba.

Si se incluye el cuidado personal, ¿a quién está dispuesto(a) a considerar?

- Hombre Mujer Cualquiera de los dos

Escoja una de las siguientes declaraciones:

- Deseo que el Registro me proporcione los nombres y números de teléfono de solicitantes para poder contactarlos yo mismo(a).
- Autorizo al Registro a proporcionar mi nombre, número de teléfono y otras informaciones a solicitantes para que puedan contactarme.

Nota: Cuado las referencias se hacen bajo el Programa de Referencia de Trabajadores Sustitutos Temporales, el Registro le dará el nombre, teléfono, y otras informaciones suyas a los trabajadores potenciales.

¿Exige usted que su proveedor no use perfumes en el trabajo?

Sí

No

Algunos trabajadores tienen alergias y otras aversiones a los animales domésticos.

¿Tiene usted un perro? Sí

No

¿Tiene usted un gato? Sí

No

¿Exige usted un ambiente en el que no se fume?

Sí

No

¿Necesita usted un proveedor en este momento?

Sí

No

Si respondió "No," PASC archivará su solicitud para uso futuro. Llame al Registro cuando necesite referencias de trabajadores.

Horario de trabajo Los consumidores tendrán una mayor selección de proveedores solicitantes si especifican los días y horas del día en que desean recibir los servicios. Indique los días y horas del día en que desea recibir los servicios colocando "SÍ" o "NO" donde mejor corresponda:

	Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
Mañana							
Tarde							
Noche							
Toda la noche							
Vivir Dentro							

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado arriba es, a mi leal entender, verdadera. Yo autorizo al Registro a obtener información adicional del Departamento de Servicios Sociales acerca de mi elegibilidad para los servicios de cuidados en casa y otros datos pertinentes para ayudar en el proceso de referencia.

X _____
Firma del Consumidor

Fecha

Nota:

Si el consumidor recibió ayuda para completar esta solicitud, escriba con letra de imprenta el nombre y número de teléfono de la persona que le ayudó.

Nombre de la persona que ayudó al consumidor

No. de teléfono

=====

Personal Assistance Services Council
4730 Woodman Ave., Ste 405
Sherman Oaks, CA 91423

Toll Free: (877) 565-4477
Tele: (818) 206-7000
TTY: (818) 206-7015
Fax: (818) 206-8000

=====

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

¿Acuerdo de Exención y de Servicios al Consumidor firmado y recibido?
 Sí No

Fecha de procesamiento: _____ Por: _____

¿Aprobado(a) para registro? Sí No

Si 'no', explicar: _____

Aprobado (a) para el Programa de Referencia de Trabajadores Sustitutos Temporales
 Sí No

C

**IMPORTANTE – ACUERDO CON OBLIGACIÓN LEGAL – ANALIZARLO
CON MUCHA ATENCIÓN**

PASC Homecare Registry

ACUERDO DE EXENCION Y DE SERVICIOS DEL CONSUMIDOR

Si necesita asistencia para leer o comprender este documento, usted debe obtener la ayuda de un familiar, amigo o representante de confianza.

Usted desea utilizar los servicios del PASC Homecare Registry (Registro de Cuidados en Casa). El Registro brinda servicios de referencia de proveedores de cuidados en casa regulares para todos los consumidores inscritos. También brinda servicios de referencia de proveedores sustitutos temporales para ciertos consumidores elegibles bajo el Programa de Referencia de Trabajadores Sustitutos Temporales. El término "Proveedor" utilizado en este documento incluye tanto a los proveedores regulares como los proveedores que brindan servicios como trabajadores sustitutos temporales. Como condición para que usted pueda utilizar los servicios del Registro, los siguientes asuntos son aceptados y acordados entre el Personal Assistance Services Council (PASC) y usted:

1. **Finalidad Limitada del Registro.** El Personal Assistance Services Council ("PASC") se ocupa de las operaciones del Registro, sin cargo para los participantes, con la finalidad de asistir a Consumidores y Proveedores individuales en contactarse entre sí. Luego, el Consumidor y el Proveedor deben tomar por sí mismos la decisión de formar, o no, una relación de empleo. El Registro solamente realiza algunas verificaciones limitadas de los antecedentes de los Proveedores y no garantiza la calidad de las destrezas o cualidades de los Proveedores referidos.
2. **El Consumidor como Empleador:** Usted decide si contrata o no a un Proveedor referido por el Registro o si desea obtener otra referencia. Usted retiene la autoridad exclusiva para asignar horarios y deberes, supervisar, y discontinuar los servicios del Proveedor. Además, los servicios paramédicos tales como inyecciones de insulina o ayuda con sondas de alimentación brindados por cualquier proveedor (incluyendo los trabajadores sustitutos temporales) quedan enteramente bajo su autoridad y la autoridad de su médico. **Por lo tanto usted debe utilizar su propio criterio y tomar sus propias decisiones con respecto a la competencia, carácter, y compatibilidad del Proveedor, y tiene que hacerse cargo de la relación laboral. Usted asume y acepta el riesgo de dichas decisiones y responsabilidades como empleador. El Registro no tiene responsabilidad sobre dichos asuntos, ni por lesiones o daños que pudieran surgir de la referencia de Proveedores o de la relación laboral.**
3. **Verificaciones de Antecedentes Criminales.** El Registro requiere que los Proveedores solicitantes se sometan a una Investigación de Antecedentes Criminales (Criminal Background Investigation - CBI), para poder garantizar a los Consumidores que el Proveedor no haya tenido ciertos tipos de sentencias condenatorias o encarcelamientos criminales en California en los últimos años. **Aun cuando el individuo no cuenta con registro de condenación o encarcelamiento por ciertos crímenes en el Estado de California, esto no significa que la persona no tenga antecedentes criminales en otro lugar o que la persona no haya tenido algún comportamiento malo.**
4. **Uso de Informaciones Personales.** Como parte de sus operaciones, el Registro puede recibir información del Consumidor, el Condado, y en ciertas ocasiones, de terceras partes, sobre la participación del Consumidor en el Programa de Cuidados en Casa y sobre sus necesidades de cuidado. El Registro solamente podrá utilizar la información personal descrita arriba para propósitos del Registro.

C

Los propósitos del Registro también pueden incluir el utilizar dicha información para suspender, excluir o quitar a un Consumidor del Registro, por causa justificada, mediante procedimientos confidenciales. Toda disputa relacionada con la suspensión, exclusión, o eliminación de un Consumidor del Registro, y cualquier decisión relacionada con estos procedimientos, están sujetas a revisión y resolución final por el Comité de Supervisión del Registro. Las decisiones del Comité de Supervisión del Registro son finales y obligatorias para todos los involucrados, incluyendo el personal del Registro y todo Consumidor y/o Proveedor involucrado, y no estarán sujetas a ningún proceso futuro o litigación futura de cualquier naturaleza.

5. **Responsabilidades del Consumidor para con el Registro:** Como condición permanente para la participación en el Registro, todo Consumidor del Registro tiene la obligación de:

- (a) Cumplir con todos los reglamentos, procedimientos y directivas del Registro, y cooperar plenamente con el personal del Registro;
- (b) Mantener al Registro actualizado con respecto de las referencias; y
- (c) Tratar al personal del Registro y otros participantes del Registro con cortesía y respeto.

6. **Exención de responsabilidad emitida por el Consumidor:** En consideración por los servicios que le serán brindados a usted a través del Registro, mediante la presente usted exenta al Registro y al Condado de Los Angeles (junto con sus empleados, mesas directivas, agentes, representantes, consultores, aseguradoras, voluntarios y cualesquiera otra persona u entidad que brindaron informaciones o servicios o cooperaron con el PASC) de cualquier reclamación, daño, lesión, responsabilidad o reparación de cualquier naturaleza, que se relacione de cualquier forma con el Registro, sus servicios o denegación de servicios, o sus acciones o falta de acción. Esta Exención se realiza en nombre de sus representantes, familiares, herederos, dependientes, y designados personales. Esta exención no afecta los derechos y reclamaciones que usted pueda tener en contra de algun Proveedor.

7. **Firma:** El abajo firmante ha analizado y considerado cada uno de los términos y condiciones de este Acuerdo con mucho cuidado, los comprende y ha decidido voluntariamente proporcionar su acuerdo a los mismos. El PASC se basará en este Acuerdo cuando se le brinde a usted servicios de Registro.

Firma del Consumidor

Nombre completo del Consumidor

Fecha

No. de teléfono residencial

PASC Homecare Registry

Simon Golledge,
Interim Chief Executive Officer

Nota: Si alguien ayudó al consumidor con este documento, imprima el nombre y el teléfono de la persona que ayudó al Consumidor _____.

APPLICANT'S AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

(AGENCY OR INDIVIDUAL FROM WHOM INFORMATION IS REQUESTED)

To: the Department of Public Social Services

I, Your name, RESIDING AT Your address

HEREBY AUTHORIZE YOU TO RELEASE TO THE

Personal Assistance Services Council(PASC) SPECIFIC
(NAME OF AGENCY, INSTITUTION, INDIVIDUAL PROVIDER)

INFORMATION REQUESTED BY THIS AGENCY WHICH I CANNOT PROVIDE CONCERNING my IHSS case records.

THIS INFORMATION IS NEEDED FOR THE FOLLOWING PURPOSE Eligibility and participation in
services offered by the Personal Assistance Services Council
(PASC), including Registry and other services.

THIS FORM WAS COMPLETED IN ITS ENTIRETY AND WAS READ BY ME (OR READ TO ME) PRIOR TO SIGNING.

SIGNATURE OF APPLICANT		DATE
BIRTHPLACE	BIRTHDATE	MAIDEN NAME OF MOTHER
SIGNATURE OR NAME OF SPOUSE		DATE
BIRTHPLACE OF SPOUSE	BIRTHDATE OF SPOUSE	MAIDEN NAME OF SPOUSE'S MOTHER