



Favor marcar las tareas de las que usted es capaz y que desee realizar para el consumidor.

- |                                                      |                                                            |                                                           |                                                                 |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Servicios Domésticos        | <input type="checkbox"/> Acompañar a Recursos Alternativos | <input type="checkbox"/> Respiración                      | <input type="checkbox"/> Reposicionamiento y cuidado de la piel |
| <input type="checkbox"/> Preparación de Comidas      | <input type="checkbox"/> Quitar Zacate, Maleza, Basura     | <input type="checkbox"/> Cuidado del Intestino y Urinario | <input type="checkbox"/> Preparar, Recordar sobre Medicina      |
| <input type="checkbox"/> Limpieza post Comida        | <input type="checkbox"/> Quitar Hielo/Nieve                | <input type="checkbox"/> Alimentar                        | <input type="checkbox"/> Sondas/Bolsa De Colostomía             |
| <input type="checkbox"/> Lavar Ropa                  | <input type="checkbox"/> Supervisión Protectora            | <input type="checkbox"/> Baños de Cama                    | <input type="checkbox"/> Cambio de Pañales                      |
| <input type="checkbox"/> Compra de Comida            | <input type="checkbox"/> Enseñanza y Demostración          | <input type="checkbox"/> Vestir                           | <input type="checkbox"/> Ejercicio                              |
| <input type="checkbox"/> Otras Compras Y Diligencias | <input type="checkbox"/> Servicios Paramédicos             | <input type="checkbox"/> Cuidado Menstrual                | <input type="checkbox"/> Aparato para Levantar                  |
| <input type="checkbox"/> Limpieza Pesada             | <input type="checkbox"/> Dispuesto a usar su carro         | <input type="checkbox"/> Ambulación                       | <input type="checkbox"/> Levantamiento/ Transferir              |
| <input type="checkbox"/> Acompañ. Citas Médicas      |                                                            | <input type="checkbox"/> Moverse Dentro/Fuera de la cama  | <input type="checkbox"/> Problemas de Memoria                   |
|                                                      |                                                            | <input type="checkbox"/> Baños, Higiene Oral y Aseo       | <input type="checkbox"/> Ayuda para evacuar el cuerpo           |
|                                                      |                                                            | <input type="checkbox"/> Asistencia Con Silla de Ruedas   | <input type="checkbox"/> Signos Vitales                         |
|                                                      |                                                            | <input type="checkbox"/> Asistencia Protésica             |                                                                 |

¿Ha tenido usted experiencia y/o entrenamiento en alguno de los siguientes? (Marcar todos los correspondientes).

- |                                                 |                                                        |                                                         |                                                     |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mal de Alzheimer       | <input type="checkbox"/> Equipos Para Levantar         | <input type="checkbox"/> Parálisis                      | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral           |
| <input type="checkbox"/> Artritis               | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos           | <input type="checkbox"/> Mal de Parkinson               | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                      | <input type="checkbox"/> Rango de Movimiento            | <input type="checkbox"/> Deficiencia visual         |
| <input type="checkbox"/> Programa Intestinal    | <input type="checkbox"/> Hipertensión                  | <input type="checkbox"/> Asistencia respiratoria        | <input type="checkbox"/> Maquinas Respiratorias     |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                 | <input type="checkbox"/> Cuidados con insulina         | <input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia       | <input type="checkbox"/> Cuidado de heridas         |
| <input type="checkbox"/> Demencia               | <input type="checkbox"/> Discapacidad Mental/Emocional | <input type="checkbox"/> Dieta Especial                 | <input type="checkbox"/> Aparato para levantar      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple           | <input type="checkbox"/> Espina Bífida                  |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Sondas de Alimentación |                                                        | <input type="checkbox"/> Lesión en la columna vertebral |                                                     |

¿Está certificado(a) en alguna de las siguientes áreas? (Marcar todos los correspondientes). Se le pedirá presentar certificados.

- |                                            |                                                       |                                                            |                                                              |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Primeros Auxilios | <input type="checkbox"/> CNA (Asistente de Enfermera) | <input type="checkbox"/> LVN (Enfermera Vocacional)        | <input type="checkbox"/> HHA (ayudante de Salud a Domicilio) |
| <input type="checkbox"/> CPR               | <input type="checkbox"/> RN (Enfermera Registrada)    | <input type="checkbox"/> Entrenamiento de Cuidados en casa |                                                              |

Años de experiencia en homecare ó trabajos similares: \_\_\_\_\_

¿Estaría usted dispuesto(a) a no usar perfumes en el trabajo?

Sí  No

¿Estaría usted dispuesto(a) a trabajar para un consumidor que tenga un perro?  Sí  No

¿Estaría usted dispuesto(a) a trabajar para un consumidor que tenga un gato?  Sí  No

¿Estaría usted dispuesto(a) a trabajar en un hogar donde se fume?

Sí  No

¿Está dispuesto(a) a cumplir con la norma de no fumar en el hogar de su consumidor?  Sí  No

¿Trabaja usted actualmente para IHSS?

Sí

No

¿Cuántas horas trabaja para el IHSS? \_\_\_\_\_ por mes

¿Cuántas horas puede usted trabajar por mes? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted una licencia de manejar válida?

Sí

No

¿Piensa usted manejar al trabajo?

Sí

No

**Horarios de disponibilidad:** La flexibilidad en los horarios en que está dispuesto(a) a trabajar le brindará ventajas para la obtención de referencias. Favor seleccionar los días y horarios en los que está dispuesto(a) a trabajar, colocando "Sí" o "No" según corresponda.

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

**Áreas donde puede trabajar:** Favor ponga las ciudades o lugares en que está dispuesto(a) a trabajar. \_\_\_\_\_

**Educación:**

**Escuela Primaria:**  
Años completados \_\_\_\_\_

**Escuela Intermedia:**  
Años completados \_\_\_\_\_

**Escuela Secundaria**  
Años completados: \_\_\_\_\_

**Colegio / Universidad:**  
Años completados \_\_\_\_\_

¿Se graduó usted?  Sí  No

¿Se graduó usted?  Sí  No

Título / Certificación : \_\_\_\_\_

**Escuela Vocacional / Comercio:**

Años completados: \_\_\_\_\_

¿Se graduó usted?  Sí  No

Título / Certificación : \_\_\_\_\_

**Referencias personales: (No incluir parientes o familiares). El Registro le proporcionará estas referencias a sus empleadores o consumidores potenciales en cuanto lo soliciten. Asegúrese usted de que estos números telefónicos sean válidos y que las personas que aparecen como referencia han dado su consentimiento para ser contactados en relación a su búsqueda de trabajo.**

Nombre	Número de teléfono	¿Cuánto hace que conoce a esta persona?

**Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado arriba es, a mi leal entender, completa y verdadera. Asimismo, comprendo que cualquier declaración falsa de mi parte puede resultar en mi descalificación o eliminación del PASC Homecare Registry (Registro del PASC) en cualquier momento. Además, autorizo al Registro del PASC y/o al Consumidor a contactar los empleadores y referencias mencionados arriba, con respecto a mi trabajo y carácter, y autorizo al Registro a compartir tal información con otros para propósitos del Registro. Yo renuncio a cualquier reclamo que pueda tener con respecto a la información procedente de dichas referencias.**

X \_\_\_\_\_  
Firma

X \_\_\_\_\_  
Fecha

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

**PASC Homecare Registry**

**ACUERDO DE EXENCION Y DE SERVICIOS DEL PROVEEDOR**

**Si usted necesita asistencia para leer o comprender este documento, 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 del PASC). El Registro brinda servicios de referencia de Proveedores de cuidados en casa regulares a los Consumidores participantes. 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 a contactarse entre sí, y posiblemente establecer una relación laboral. **El Registro no realiza ningún estudio de los antecedentes de los Consumidores que participan en el Registro, y tampoco supervisa al Consumidor o la relación laboral. Por lo tanto, usted debe utilizar su propio criterio y asumir los riesgos de aceptar o establecer una relación laboral con un Consumidor.**
2. **El Consumidor como Empleador:** El Consumidor tiene autoridad exclusiva para contratar, asignar horarios y deberes, dirigir el trabajo, supervisar, evaluar y decidir si desea continuar o discontinuar los servicios del Proveedor. El Proveedor se reserva el derecho de renunciar a cualquier empleo, si así lo desea. El Registro no tiene ninguna responsabilidad por esas decisiones. El brindar servicios paramédicos tales como las inyecciones de insulina y la asistencia con sondas de alimentación por parte de un Proveedor (incluyendo aquellos que laboran como trabajadores sustitutos temporales) está bajo la autoridad exclusiva del Consumidor y del médico del Consumidor. **El PASC no tiene ninguna responsabilidad en cuanto a los asuntos laborales, ni por posibles lastimaduras que podrían resultar de las referencias o del empleo, o por investigar o resolver disputas, pérdidas, o lesiones que pudieran emerger entre Consumidor y Proveedor.**
3. **Disponibilidad de Referencias:** El Registro no tiene ningún control sobre la naturaleza o volumen de las solicitudes de referencias de los Consumidores, ni sobre el número de trabajadores que pudieran estar disponibles en un momento dado. Por lo tanto, **el Registro no puede garantizar el volumen de referencias disponibles para un Proveedor en un momento dado.**
4. **Verificaciones de Antecedentes Criminales:** La ley estatal que determina cuales personas pueden trabajar bajo el Programa de IHSS se encuentra en los estatutos del Código de Bienestar e Instituciones, Secciones 12305.81 y 12305.87. **El Registro se adhiere a estas leyes que rigen la elegibilidad de una persona para laborar como trabajador de IHSS.** También si el Registro se entera de alguna convicción o encarcelamiento descalificativo posterior del Proveedor, el Registro puede decidir reportar dicho incidente al Consumidor con el que el Proveedor esté empleado. De existir alguna disputa relacionada con el impacto de la Investigación de Antecedentes Criminales sobre el acceso al Registro para ciertos Proveedores, la disputa será resuelta solamente mediante los procedimientos del Comité de Supervisión del Registro, y no estará sujeta a ningún otro procedimiento o litigación de ninguna naturaleza.

