

Aprobado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Aprobado por: Fecha de aprobación:
--

Registro de asistencia domiciliaria PASC

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO PARA PROVEEDORES

Nombre:	Apellido:	Inicial del segundo nombre:
Número de proveedor IHSS:		

Teléfono fijo: (____)_____-_____-_____- Teléfono móvil: (____)_____-_____-_____-

Al marcar esta casilla, usted autoriza a PASC a enviarle mensajes de texto y llamadas automáticas al número de teléfono que ha proporcionado. Si en cualquier momento decide que ya no desea recibir información sobre PASC, ya sea por mensaje de texto o por teléfono, puede enviar un correo electrónico con la palabra "Stop (Detener, por su traducción en español)" a info@pascla.org. Asegúrese de incluir el número de teléfono que desea cancelar. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajería.

Mensajes de texto: (____)_____-_____- Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Identidad de género: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Otro: _____
Fecha de nacimiento: _____

Indique el nombre y el número de teléfono de dos personas con las que podamos ponernos en contacto en caso de emergencia. Contacto de emergencia 1: _____ Teléfono _____ Contacto de emergencia 2: _____ Teléfono _____

¿Qué idioma(s) habla? 1: _____ 2: _____ 3. Lenguaje de signos: _____ Otro: _____

¿Tiene previsto mudarse a otro estado o condado en los próximos meses? <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> No </div>
--

Raza/grupo étnico: <i>(Opcional: esta información se recopila únicamente con fines estadísticos. No se utiliza para fines de compatibilidad o asignación)</i>

Marque las tareas que puede y está dispuesto a realizar para el beneficiario

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios Domésticos | <input type="checkbox"/> Quitar Zacate, Maleza, Basura | <input type="checkbox"/> Cuidado Intestinal y Vesical | <input type="checkbox"/> Cuidado y asistencia con prótesis |
| <input type="checkbox"/> Preparación de Comidas | <input type="checkbox"/> Quitar el Hielo/Nieve | <input type="checkbox"/> Alimentar | <input type="checkbox"/> Organización y recordatorio de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Limpieza después de las comidas | <input type="checkbox"/> Supervisión y Protección | <input type="checkbox"/> Baños en Cama Rutinarios | <input type="checkbox"/> Catéter/Bolsa de colostomía |
| <input type="checkbox"/> Lavar Ropa | <input type="checkbox"/> Formación y Demostración | <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Pañales |
| <input type="checkbox"/> Compras de Alimentos | <input type="checkbox"/> Servicios Paramédicos | <input type="checkbox"/> Cuidado Menstrual | <input type="checkbox"/> Ejercicio físico |
| <input type="checkbox"/> Otras Compras y Recados | <input type="checkbox"/> Dispuesto a utilizar su propio vehículo | <input type="checkbox"/> Ejercicios de Deambulación | <input type="checkbox"/> Grúa Hoyer |
| <input type="checkbox"/> Limpieza Profunda | <input type="checkbox"/> Atención Respiratoria | <input type="checkbox"/> Levantarse/ Acostarse de la Cama | <input type="checkbox"/> Levantamiento/Traslado |
| <input type="checkbox"/> Acompañar a Citas Medicas | | <input type="checkbox"/> Baño, Higiene Bucal y Aseo Personal | <input type="checkbox"/> Problemas de memoria |
| <input type="checkbox"/> Acompañar a Recursos Alternativos | | <input type="checkbox"/> Reposicionamiento y cuidado de la piel | <input type="checkbox"/> Asistencia para ir al baño |
| | | | <input type="checkbox"/> Signos vitales |
| | | | <input type="checkbox"/> Asistencia con sillas de ruedas |
| | | | <input type="checkbox"/> Asistencia con prótesis |

¿Tiene experiencia y/o formación en alguna de las siguientes áreas? (Marque todas las que correspondan)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Movilidad | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Atención respiratoria | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Trastorno Intestinales | <input type="checkbox"/> Equipos Para Levantar | <input type="checkbox"/> Convulsiones/ Epilepsia | <input type="checkbox"/> Ventilador Mecanico |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Tratamiento con insulina | <input type="checkbox"/> Dieta Especial | <input type="checkbox"/> Sondas de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental/emocional | <input type="checkbox"/> Espina Bífida | <input type="checkbox"/> Cuidado de heridas |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Lesión de la Medula Espinal | <input type="checkbox"/> Dispositivos de elevación/grúa Hoyer |
| <input type="checkbox"/> Sondas de Alimentación | <input type="checkbox"/> Parálisis | | |

**¿Tiene titulación en alguna de las siguientes áreas? (Marque todas las que correspondan)
Se le pedirá que presente los documentos de certificación**

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primeros auxilios | <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería Certificado (CNA) | <input type="checkbox"/> HHA (Formación como cuidador a domicilio) | <input type="checkbox"/> Enfermero Vocacional Titulado (LVN) |
| <input type="checkbox"/> Reanimación Cardiopulmonar (RCP) | <input type="checkbox"/> Enfermero Titulado (RN) | | <input type="checkbox"/> Entrenamiento de Cuidados en casa (IHSS) |

Años de experiencia en casa ó trabajos similares: _____

¿Estaría dispuesto (a) a no usar perfume u otras fragancias perfumadas en el trabajo?

Sí No

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

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

¿Estaría dispuesto (a) a trabajar en una casa donde se fuma?

Sí No

¿Estaría dispuesto (a) a cumplir con la regla de no fumar en la casa del beneficiario?

Sí No

¿Tiene licencia de conducir? Sí No

¿Piensa usted manejar al trabajo? Sí No

¿Trabaja actualmente como proveedor IHSS? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas horas al mes trabaja actualmente para IHSS? _____

¿Cuántas horas puedes trabajar al mes? _____

Disponibilidad horaria: La flexibilidad en los horarios en los que está dispuesto (a) a trabajar le da una ventaja a la hora de obtener referencias. Marque (✓) los días y las horas del día en los que está dispuesto a trabajar.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toda la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivir Dentro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Áreas de disponibilidad: Indique las ciudades o zonas geográficas en las que estaría dispuesto (a) a trabajar.

Referencias: (No incluya familiares) Si así lo solicita, el registro proporcionará estas referencias a cualquiera de sus posibles empleadores. Asegúrese de que los números de teléfono sean válidos y de que las personas mencionadas hayan dado su consentimiento para ser contactadas.

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

A continuación, se incluye un enlace al *SOC form 2327: Derecho de los proveedores IHSS a presentar una denuncia por acoso sexual.*

https://pascla.org/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2025/10/SOC-2327-8_25-In-Home-Supportive-Services-IHSS-Providers-Right-to-File-a-Sexual-Harassment-Complaint.pdf

(800) 844-1684

Certifico bajo juramento que la información proporcionada anteriormente es verdadera y exacta según mi leal saber y entender. También entiendo que cualquier declaración falsa por mi parte puede dar lugar a la descalificación o eliminación de mi nombre del Registro de Asistencia Domiciliaria de PASC en cualquier momento. Además, autorizo al registro y/o al beneficiario (a) a ponerse en contacto con las referencias anteriores en relación con mi imagen y autorizo al registro a compartir dicha información con terceros para fines propios del registro. Renuncio a cualquier reclamo que pueda tener en relación con dicha información.

X

Firma

Fecha

Exclusivamente para proveedores IHSS

**IMPORTANTE: ACUERDO LEGALMENTE OBLIGATORIO. LÉALO
ATENTAMENTE**

**REGISTRO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA PASC
SERVICIOS Y ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL
PROVEEDOR IHSS**

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

Usted tiene la intención de utilizar los servicios del Registro de Asistencia Domiciliaria PASC. El registro proporciona referencias de proveedores IHSS a los beneficiarios participantes. Para ciertos beneficiarios inscritos que reúnen los requisitos, el registro también proporciona referencias de los asistentes suplentes temporales en el marco del Programa de Asistentes de Suplencia PASC. **El término “proveedor”, tal y como se utiliza en este acuerdo, abarca tanto a los proveedores habituales como a los de suplencia.** Como condición para utilizar los servicios del registro, se reconocen y aceptan las siguientes disposiciones:

- 1. Función limitada del registro:** PASC gestiona el registro de asistencia domiciliaria de forma gratuita para todos los participantes, con el objetivo principal de ayudar a los beneficiarios y proveedores a ponerse en contacto entre sí y, posiblemente, establecer una relación laboral. **El registro no realiza ninguna verificación de antecedentes de los beneficiarios que participan en los programas. Tampoco supervisa a los beneficiarios ni el trabajo. Por lo tanto, debe utilizar su propio criterio y asumir todos los riesgos que conlleva aceptar o participar en una relación laboral con cualquier beneficiario.**
- 2. El beneficiario es el empleador:** El beneficiario tiene la autoridad exclusiva para contratarle, asignarle tareas, supervisarle y despedirle, y usted tiene derecho a dimitir de cualquier empleo con el beneficiario. El registro no interviene en estas decisiones. La prestación de servicios paramédicos, como inyecciones de insulina y asistencia con sondas de alimentación, por parte de cualquier proveedor (incluidos los asistentes de suplencia) es competencia exclusiva del beneficiario y de su médico, y no del registro. **PASC no se hace responsable de cuestiones laborales, de lesiones que puedan surgir a raíz de la derivación o el empleo, ni de investigar o resolver disputas, perjuicios o daños que puedan surgir entre un proveedor y un beneficiario.**
- 3. Disposición de referencias:** El registro no tiene control sobre la naturaleza o la cantidad de solicitudes de referencias de los beneficiarios, ni sobre el número de proveedores que pueden estar disponibles en un momento dado y, por lo tanto, **el registro no puede garantizar la cantidad de referencias que pueden estar disponibles para los proveedores.**
- 4. Verificación de antecedentes penales:** La autoridad legal para determinar los criterios de inhabilitación de un proveedor potencial o actual de IHSS es *Welfare & Institutions Code (W&IC), Sections 12305.81 and 12305.8*. El registro se rige por las leyes estatales vigentes en materia de elegibilidad de los solicitantes para trabajar como proveedores IHSS. Además, en caso de que el registro tenga conocimiento de una condena o encarcelamiento posterior que suponga una inhabilitación, podrá comunicarlo al beneficiario que le esté contratando en ese momento. Si surge alguna controversia sobre el resultado de la verificación de antecedentes penales que afecte al acceso de un proveedor al registro, se resolverá únicamente mediante los procedimientos del Comité de Revisión del Registro y no estará sujeta a ningún otro procedimiento o litigio de ningún tipo.

5. **Verificación de referencias: consentimiento y exención de responsabilidad:** Por la presente, usted da su consentimiento para que PASC y/o cualquier beneficiario se ponga en contacto con sus antiguos empleadores y referencias personales, y **también exime a cualquier antiguo empleador y a cualquier referencia de cualquier reclamación o responsabilidad que surja de cualquier declaración o información que puedan proporcionar.**
6. **Uso de la información personal:** Como parte de sus operaciones, el registro recibe información personal del beneficiario, del condado y, en algunos casos, de terceros sobre la participación del beneficiario o del proveedor en el programa IHSS. El registro utilizará dicha información únicamente para fines relacionados con el propio registro. El registro también puede utilizar dicha información para excluir, suspender o eliminar a un participante del registro por una causa justificada, mediante procedimientos confidenciales. Cualquier disputa relacionada con exenciones, suspensiones y/o eliminaciones del registro está sujeta a revisión y resolución exclusivamente por parte del Comité de Revisión del Registro, cuyas decisiones son definitivas y obligatorias para todos los interesados, y no serán objeto de ningún otro procedimiento o litigio de ninguna naturaleza.
7. **Responsabilidades del proveedor ante el registro:** Como condición indispensable para participar en el registro, todos los participantes (proveedores y beneficiarios) deben: (a) cumplir todas las políticas, procedimientos y directivas del registro, y cooperar plenamente con el personal del registro; (b) mantener al registro actualizado en cuanto a todas las decisiones relacionadas con las derivaciones y (c) tratar al personal del registro y a todos los demás participantes con cortesía y respeto. (d) Actualizaciones de disponibilidad: Los proveedores deben ponerse en contacto con PASC al menos una vez cada 30 días para actualizar su disponibilidad laboral y su situación de empleo. El incumplimiento de esta norma dará lugar a que el proveedor sea clasificado como inactivo. Los proveedores inactivos no serán derivados a los beneficiarios hasta que restablezcan el contacto y proporcionen información actualizada sobre su disponibilidad y situación. Además, todos los proveedores deben disponer en todo momento de un número de teléfono operativo y accesible. (e) Área de referencia: Las referencias de los proveedores se realizarán en función de la proximidad geográfica a la residencia del beneficiario. Las referencias se realizarán dentro de un radio de 5, 10 o 15 millas, dependiendo de la disponibilidad y las necesidades del beneficiario.
8. **Acuerdo de exención:** A cambio de los servicios que le prestará el registro, por la presente usted exime a PASC y al condado de Los Ángeles (junto con sus empleados, juntas directivas, agentes, aseguradoras, contratistas, voluntarios y otras personas que hayan proporcionado información o servicios o que hayan cooperado de cualquier otra forma con PASC) de cualquier reclamación, daño, lesión, responsabilidad o recurso de cualquier naturaleza relacionado de alguna manera con el registro, sus servicios o la denegación de éstos, o sus acciones u omisiones. Esta exención también se realiza en nombre de sus representantes personales, familiares, personas a su cargo, herederos y sucesores. Esta exención no afecta a ningún derecho o reclamación que usted pueda tener en virtud del acuerdo PASC-SEIU, ni contra el Estado de California en virtud de las leyes de indemnización por accidentes de trabajo o de seguro de desempleo.
9. **Firma:** El abajo firmante ha revisado y considerado cuidadosamente todos y cada uno de los términos y condiciones del presente Acuerdo, los comprende y decide voluntariamente aceptarlos. PASC tomará como referencia el presente acuerdo a la hora de prestarle servicios de registro.

Firma del proveedor/solicitante IHSS

Nombre del proveedor/solicitante IHSS

Fecha

Número de teléfono particular

Consejo de Servicios de Asistencia Personal



Luis Bravo
Director Ejecutivo