



Ventura County
In-Home Supportive Services (IHSS)

Public Authority

Autoridad Pública de IHSS Aplicación de Registro Apegado

Gracias por su interés en aplicar con el Registro de la Autoridad Publica de IHSS del Condado de Ventura. Por favor de llenar la aplicación completamente y regresarla. Aplicaciones incompletas serán eliminadas. Los proveedores más calificados serán escogidos.

Revisamos todas las aplicaciones durante la primera semana de cadames. Favor de enviar/llevar su aplicación a 4245 Market Street, Suite 213, Ventura, CA 93003. Nuestro coordinador de contrataciones le avisará si le invitarán o no a seguir con el proceso de entrevista. Si le invitan a una entrevista, favor de llevar a su cita 2 cartas de referencia, una identificación válida de California y su Tarjeta de Seguro Social.

El proceso de aplicación para el registro incluye los siguientes pasos:

- Selección de su aplicación de los más calificados
- Asistir a una junta donde se incluirá un chequeo de referencias de trabajo y personales y su record de manejo del Departamento de Motores y Vehículos (DMV)
- Completar un proceso de inscripción en línea y un proceso de orientación de video y asistir a un programa de inscripción de 2 días sin sueldo
- Ser un proveedor elegible de IHSS (Si todavía no ha pasado por el proceso del Estado), que incluye un chequeo del Departamento de Justicia (DOJ), (costo: como \$50.00), una orientación para proveedores nuevos, chequeo de identificación y someter formas.
- Verificar su número del seguro social con el Estado.

De nuevo, gracias por su interés.

Enrolled

Pending Enrollment

Not Enrolled

Date verified: _____

Background sent: _____

Background received: _____



Ventura County
In-Home Supportive Services (IHSS)
Public Authority

SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR
DEL CONDADO DE VENTURA

Autoridad Pública

4245 Market Street, Suite #213, Ventura, Ca. 93003
Phone: (805) 654-3416 Fax: (805) 654-3499

APLICACIÓN PARA SER CUIDADOR DEL REGISTRO

Su nombre debe ser escrito como aparece en su Tarjeta de Seguro Social.

Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre
Teléfono	Celular	Mensaje		
Dirección		Ciudad	Código Postal	
Dirección de Correo Electrónico				
Número de Seguro Social		Número de Licencia de Manejo o de Identificación de CA		Fecha de Vencimiento
Fecha de Nacimiento		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

DÍAS Y HORAS DISPONIBLES – FAVOR DE MARCAR UN X EN LAS CUADRAS CUANDO ESTÁ DISPONIBLE.

	Lun	Mart	Miérc	Juev	Viern	Sab	Dom
Mañanas (8am-12pm)	<input type="checkbox"/>						
Tardes (12-5pm)	<input type="checkbox"/>						
Noches (5-7pm)	<input type="checkbox"/>						

¿Está usted dispuesto a trabajar horarios alternos? ¿Si es que sí, cuales?
 Días Feriados _____ De Turno/Disponible las 24 horas _____ 1-2 Horas _____

¿Número de horas que desea trabajar cada semana? _____

PREFERENCIAS DEL CUIDADOR

¿Fuma usted? Si No

¿Trabajaría usted para gente que fuma? Si No

¿Qué forma de transporte usa? _____

¿Está dispuesto a estar disponible las 24-horas para proveer servicios de cuidado de Emergencia? Si No

¿Escribe/lee en inglés? Si No

¿Usará su vehículo para hacer los mandados del Recipiente? Si No

Preferencia de Recipiente Hombre Mujer Cualquiera

¿Está dispuesto a no usar perfumes/olores mientras trabaja con el Recipiente? Si No

¿Manejaría usted el vehículo de un Recipiente? Si No

¿Trabajaría con un Recipiente que tiene enfermedades contagiosas? Si No

¿Trabajaría usted con un Recipiente que tiene mascotas? Si No

ÁREAS GEOGRÁFICAS – Favor de anotar los lugares en donde estas dispuesto a trabajar:

OESTE DEL CONDADO ESTE DEL CONDADO

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Ventura | <input type="checkbox"/> Simi Valley |
| <input type="checkbox"/> Ojai | <input type="checkbox"/> Oak Park |
| <input type="checkbox"/> Camarillo | <input type="checkbox"/> Thousand Oaks |
| <input type="checkbox"/> Santa Paula | <input type="checkbox"/> Newbury Park |
| <input type="checkbox"/> Piru | <input type="checkbox"/> Moorpark |
| <input type="checkbox"/> Port Hueneme | <input type="checkbox"/> Westlake |
| <input type="checkbox"/> Fillmore | <input type="checkbox"/> Oak View |
| <input type="checkbox"/> Oxnard | <input type="checkbox"/> Somis |

TIPO DE TRABAJO QUE DESEA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transporte a/de Recursos Alternativos
(por ejemplo, Oficina de Medi-Cal) | <input type="checkbox"/> Acostarse o Levantarse de la Cama |
| <input type="checkbox"/> Transporte a/de Servicios Médicos
(por ejemplo, Oficina del Doctor) | <input type="checkbox"/> Otros Mandados y Compras |
| <input type="checkbox"/> Deambular (ayudar a caminar) | <input type="checkbox"/> Transferencias Pivote |
| <input type="checkbox"/> Bañarse - Higiene Oral - Aseo Personal
<input type="checkbox"/> Hombres Únicamente <input type="checkbox"/> Mujeres Únicamente <input type="checkbox"/> Cualquier Género | <input type="checkbox"/> Servicios Paramédicos |
| <input type="checkbox"/> Cuidado del Intestino y la Vejiga
<input type="checkbox"/> Hombres Únicamente <input type="checkbox"/> Mujeres Únicamente <input type="checkbox"/> Cualquier Género | <input type="checkbox"/> Preparación de Comidas |
| <input type="checkbox"/> Cuidado y Ayuda con el Prótesis | <input type="checkbox"/> Supervisión Protectora |
| <input type="checkbox"/> Recipiente Usa Oxígeno | <input type="checkbox"/> Ayuda Respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Baños de Cama Rutinarias |
| <input type="checkbox"/> Servicios Domésticos | <input type="checkbox"/> Lavado de Ropa Rutinaria |
| <input type="checkbox"/> Ayudar a Dar de Comer | <input type="checkbox"/> Frotar la Piel |
| <input type="checkbox"/> Limpieza Pesada de Casa | <input type="checkbox"/> Reposicionar |
| <input type="checkbox"/> Elevador Hoyer | <input type="checkbox"/> Comprar Alimentos |
| | <input type="checkbox"/> Tabla para resbalar al Recipiente |
| | <input type="checkbox"/> Enseñando y Demostrando |
| | <input type="checkbox"/> Transportar el Recipiente bajo mi cuidado |

ESTOY DISPUESTO A TRABAJAR CON:

<input type="checkbox"/> Niños	<input type="checkbox"/> Personas Mayores	<input type="checkbox"/> Personas con Discapacidades en el Desarrollo	<input type="checkbox"/> Problemas de Memoria
<input type="checkbox"/> Enfermedades Contagiosas	<input type="checkbox"/> Enfermedades Terminales	<input type="checkbox"/> Hombres	<input type="checkbox"/> Mujeres

IDIOMAS QUE HABLA:

<input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas	<input type="checkbox"/> Eritreo/Tigrinya	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Farsi	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Tagalog
<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Chino Mandarín	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Vietnamés	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Otro _____

¿Alguna vez ha sido condenado o ha declarado “sin disputa” a un delito grave o un delito menor, o ha estado en libertad condicional? Si No

Si dijo que “Si”, favor de anotar todas sus condenas desde que cumplió 18 años. En una hoja adjunta, anote: fecha de ofensa y lugar de convicción, sentencia y fecha de liberación de custodia y/o de libertad condicional, y otros datos que quiere que sean considerados. Una respuesta “Si” a esta pregunta no le prohíbe automáticamente de ser parte del Registro. Se considera cada caso de manera individual.

Le informamos que todo aplicante será procesado a través de una revisión de antecedentes penales. La información de antecedentes penales puede ser compartida con IHSS y empleadores potenciales o actuales.

Anote todos los entrenamientos que ha tenido en relación con Cuidados en el Hogar:

Anote certificados o licencias que tiene:

Primeros Auxilios Expira: _____ CNA Expira: _____
 CPR Expira: _____ CNHHA Expira: _____

¿Cuántos años de experiencia tiene como proveedor de cuidado en el hogar? _____

¿Cómo se enteró de la Autoridad Pública? _____

REFERENCIAS DE TRABAJO: (POR FAVOR – NO DEJE LA SIGUIENTE SECCIÓN EN BLANCO)

Favor de anotar su experiencia de trabajo, empezando con su empleo más reciente. No use miembros de la familia como referencias. Si no tiene referencias de trabajo a quienes podemos contactar, por favor proveenos otras referencias como experiencia de voluntario, cuidado de niños, limpieza de casas, etc. **Nosotros estaremos en contacto con las personas que usted anote a continuación.**

1	Nombre del Empleador: _____ Tareas Relacionadas: _____ Nombre del Supervisor: _____ Número de Teléfono del Supervisor: _____ Motivo de Separación: _____ Fechas de empleo: _____
----------	--

2	Nombre del Empleador: _____ Tareas Relacionadas: _____ Nombre del Supervisor: _____ Número de Teléfono del Supervisor: _____ Motivo de Separación: _____ Fechas de empleo: _____
----------	--

3	Nombre del Empleador: _____ Tareas Relacionadas: _____ Nombre del Supervisor: _____ Número de Teléfono del Supervisor: _____ Motivo de Separación: _____ Fechas de empleo: _____
----------	--

Favor de indicar dos personas que usted conoce personalmente, a quienes podemos contactar como referencias. Favor de no incluir miembros de su familia.

1 Nombre _____ **Número de Teléfono de Casa:** _____
 ¿Cómo conoce a esta persona? _____ **Número de Teléfono de Trabajo:** _____
 ¿Por cuánto tiempo se han conocido? _____

2 Nombre _____ **Número de Teléfono de Casa:** _____
 ¿Cómo conoce a esta persona? _____ **Número de Teléfono de Trabajo:** _____
 ¿Por cuánto tiempo se han conocido? _____

Yo certifico que los datos arriba mencionados son verdaderos y ciertos. Entiendo que cualquier información falsa puede eliminar mi inscripción en el Registro de IHSS. Entiendo que representación falsa u omisión de datos es causa de despido del Registro de IHSS. Entiendo que mi nombre y número de teléfono pueden ser incluidos en una lista que se da a los Recipientes.

Entiendo que la información en esta aplicación, incluso los resultados de la revisión de antecedentes penales, también puede ser compartida con IHSS y recipientes actuales y futuros. También entiendo que mi empleador no es la Autoridad Pública de Servicios de Apoyo en el Hogar del Condado de Ventura y que mi empleador es el recipiente de IHSS.

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____