



**NAPA COUNTY**  
**PUBLIC AUTHORITY**  
**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES**  
 650 IMPERIAL WAY SUITE 101 NAPA, CA 94559  
 (707)259-8359  
 EMAIL: IHSSPUBLICAUTHORITY@COUNTYOFNAPA.ORG

**APLICACIONES NO SERÁN CONSIDERADAS A MENOS QUE ESTÉN COMPLETAMENTE LLENAS**

**I. INFORMACION PERSONAL:**

NOMBRE:		APELLIDO:	
DOMICILIO DE HOGAR:		# TELEFONO DE CELULAR	
CUIDAD/ESTADO:		# TELEFONO DE CASA:	
CODIGO POSTAL:		CORREO ELECTRONICO:	
DOMICILIO DE CORREO <i>SI ES DIFERENTE DE SU DOMICILIO ACTUAL:</i>			
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
FECHA DE NACIMIENTO:		# DE SEGURO SOCIAL:	
# DE LICENSIA DE CONDUCIR		FECHA DE VENCIMIENTO:	
TIENES ASEGURANZA DE AUTO?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es que si, favor de nombrar la compañía de seguridad:</i>		
<b>¿Cómo supo de nuestro registro de proveedores?</b>			
<input type="checkbox"/> Coordinador de Servicios/Trabajador(a) Social <input type="checkbox"/> Oficina de Empleo <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Centro de Vivienda Independiente <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Palabra de Boca <input type="checkbox"/> Otra manera _____			

**II. DISPONIBILIDAD PARA TRABAJO:**

*Favor de indicar los días/horarios que puede trabajar:*

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
MAÑANAS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TARDES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NOCHES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad de horas que gustaría trabajar por semana: _____							

**III. AREAS GEOGRAFICAS:** Favor de marcar las áreas en las que está disponible a trabajar. **NOTA:** Eligiendo más cajas no significa necesariamente que usted será referido a cabo con más frecuencia

<input type="checkbox"/> AMERICAN CANYON	<input type="checkbox"/> LAKE BERRYESSA	<input type="checkbox"/> RUTHERFORD
<input type="checkbox"/> ANGWIN	<input type="checkbox"/> NAPA	<input type="checkbox"/> YOUNTVILLE
<input type="checkbox"/> CALISTOGA	<input type="checkbox"/> ST. HELENA	

**IV. TIPO DE TRABAJO PREFERIDO:** La siguiente información será utilizada con el propósito de emparejar los proveedores y los recipientes de IHSS.

<p>Fumas cigarros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Trabajas con uno que fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Puedes trabajar con mascotas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Forma de transportación: _____</p> <p>Usará su carro para transportar un cliente? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Estarás acuerdo de usar el carro del cliente? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Lees e/o hablas en Ingles? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
---	--

**Por favor marque cuál de estos servicios usted está dispuesto hacer o aprender:**

<input type="checkbox"/> Servicios domésticos	<input type="checkbox"/> Deambulación
<input type="checkbox"/> Preparando comida	<input type="checkbox"/> Asistencia con transfiriendo
<input type="checkbox"/> Limpiando área de comer	<input type="checkbox"/> Asistencia con bañadas, la higiene oral y peinando
<input type="checkbox"/> Asistencia con ropa para lavar	<input type="checkbox"/> Masajeando la piel, reposicionamiento
<input type="checkbox"/> Compras de comida	<input type="checkbox"/> Cuidado y asistencia con prótesis
<input type="checkbox"/> Otros mandados y que-haceres	<input type="checkbox"/> Acompañamiento a citas medicas
<input type="checkbox"/> Respiración	<input type="checkbox"/> Acompañamiento a recursos alternativos
<input type="checkbox"/> Cuidado del intestino y la vejiga	<input type="checkbox"/> Supervisión con fines de proteger
<input type="checkbox"/> Dando de comer	<input type="checkbox"/> Servicios paramédicos
<input type="checkbox"/> Asistencia con baño en la cama	<input type="checkbox"/> Limpieza pesada
<input type="checkbox"/> Vistiendo	<input type="checkbox"/> Disminución de peligros en el jardín
<input type="checkbox"/> Cuidado menstrual	

**Dispuesto a trabajar con:**

Niños menores de edad  Hombres  Mujeres

**V. INFORMACIÓN GENERAL**

**Cuál es su identidad étnica?**

Afroamericano  De Asia y las Islas del Pacífico  Europeo

Nativo americano  Latino  Otro \_\_\_\_\_

**¿Qué idiomas habla con fluidez?**

Ingles  Otro \_\_\_\_\_

Español  Lenguaje primario \_\_\_\_\_

**Ha sido condenado de un crimen o felonía?**

Sí  No

Si marco que sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**Le da permiso a la Autoridad Pública para ordenar una verificación de antecedentes?**

Yes  No

**Por favor escribe cualquier experiencia que ha tenido a relación con el Cuidado en el Hogar:**

**Por favor liste cualquier certificado, licencia, o entrenamiento que usted tiene relacionado al cuidado en el hogar:**

Primeros Auxilios    Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_     CNA    Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

CPR    Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_    Otro: \_\_\_\_\_

**Un currículum no se aceptara en lugar de una solicitud completa**

**VI. EXPERIENCIA LABORAL:** *Si usted tiene cartas de recomendación, currículum, o cualquier forma adicional, por favor grape esas hojas con esta aplicación.*

*Por favor escribe su experiencia laboral, comenzando con su empleador más reciente.*

Fechas de empleo: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_    Los podemos contactar?     Sí     No

Empleador : \_\_\_\_\_    Funciones relacionadas \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad , estado, código postal : \_\_\_\_\_    Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Razón de dejar el trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_    # teléfono del supervisor: \_\_\_\_\_

Fechas de empleo: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_    Los podemos contactar?     Sí     No

Empleador : \_\_\_\_\_    Funciones relacionadas \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad , estado, código postal : \_\_\_\_\_    Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Razón de dejar el trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_    # teléfono del supervisor: \_\_\_\_\_

Fechas de empleo: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_    Los podemos contactar?     Sí     No

Empleador : \_\_\_\_\_    Funciones relacionadas \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad , estado, código postal : \_\_\_\_\_    Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Razón de dejar el trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_    # teléfono del supervisor: \_\_\_\_\_

**VII. REFERENCIAS PERSONALES:** *Liste tres personas que conoce personalmente a quien podemos contactar como referencias. Por favor, no use miembros de su familia.*

1. Nombre : \_\_\_\_\_    # teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
Relación : \_\_\_\_\_    # teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo tiene conociendo a esta persona?: \_\_\_\_\_

2. Nombre : \_\_\_\_\_    # teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
Relación : \_\_\_\_\_    # teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo tiene conociendo a esta persona?: \_\_\_\_\_

3. Nombre : \_\_\_\_\_    # teléfono del hogar: \_\_\_\_\_  
Relación : \_\_\_\_\_    # teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo tiene conociendo a esta persona?: \_\_\_\_\_

**Currículumes y cartas de recomendación son OPCIONAL pero pueden ser entregados como suplementarios con la solicitud; por favor lea abajo**

**CARTAS DE RECOMENDACIÓN PERSONALES (OPCIONAL)**

Deberán ser legibles e incluir lo siguiente sobre el referente:

- Nombre y apellido
- Domicilio
- Número telefónico
- Correo electrónico (email)
- El tiempo que lleva el referente conociendo al solicitante (se requiere un mínimo de 6 meses)
- Relación al solicitante (amistad, empleador previo, maestro, etc.) (no se permiten familiares)
- Una breve descripción sobre la personalidad del solicitante
- La mejor hora para comunicarse con el referente (deberá ser entre 8am a5pm de Lunes a Viernes)
- Firma
- Fecha

**CARTAS DE RECOMENDACIÓN PROFESIONALES (OPCIONAL)**

Deberán ser legibles e incluir lo siguiente sobre el referente:

- Nombre del referente (así sea Cliente de IHSS, Cliente privado, supervisor, etc.)
- Domicilio
- Número telefónico
- Correo electrónico (email)
- El tiempo que trabajó el solicitante para el Cliente o para el empleador (especifique las fechas) (se requiere un mínimo de 6 meses)
- Los servicios que prestó el solicitante al Cliente o las labores que desempeñó para el Empleador
- La mejor hora para comunicarse con el referente (deberá ser entre 8am a5pm de Lunes a Viernes)
- Firma
- Fecha

**Yo certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, y en la medida de mis conocimientos. Entiendo que proporcionar información falsa me puede descalificar a partir de la inscripción y que toda la información proporcionada está sujeta a verificación.**

**Yo entiendo que mi nombre y número de teléfono se puede colocar en una lista que se da a las personas que buscan ayuda en sus hogares. Entiendo que la información en esta solicitud también puede ser compartida con empleadores posibles.**

**Yo entiendo que la Autoridad Pública de IHSS del condado de Napa pide información personal de mi parte con el fin de juntar recipientes del programa a proveedores, y que no será discriminado/a debido a mi edad o etnia.**

**También entiendo que el beneficiario de IHSS es mi patrón, y no a la Autoridad Pública de IHSS del condado de Napa.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha