

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 LICENCIA DE CONDUCIR O ID		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 aseguranza:</i>		
¿Cómo supo de nuestro registro de proveedores?			
<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>Trabajaras 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"/> Preparando comida <input type="checkbox"/> Limpiando área de comer <input type="checkbox"/> Asistencia con ropa para lavar <input type="checkbox"/> Compras de comida <input type="checkbox"/> Otros mandados y que-haceres <input type="checkbox"/> Respiración <input type="checkbox"/> Cuidado del intestino y la vejiga <input type="checkbox"/> Dando de comer <input type="checkbox"/> Asistencia con baño en la cama <input type="checkbox"/> Vistiendo <input type="checkbox"/> Cuidado menstrual	<input type="checkbox"/> Deambulación <input type="checkbox"/> Asistencia con transfiriendo <input type="checkbox"/> Asistencia con bañadas, la higiene oral y peinando <input type="checkbox"/> Masajeando la piel, reposicionamiento <input type="checkbox"/> Cuidado y asistencia con prótesis <input type="checkbox"/> Acompañamiento a citas medicas <input type="checkbox"/> Acompañamiento a recursos alternativos <input type="checkbox"/> Supervisión con fines de proteger <input type="checkbox"/> Servicios paramédicos <input type="checkbox"/> Limpieza pesada <input type="checkbox"/> Disminución de peligros en el jardín
---	--

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 _____

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.

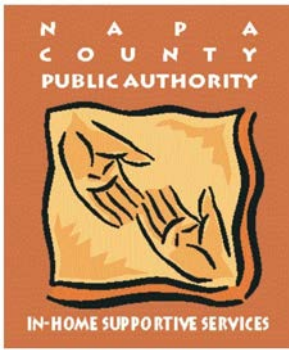
Yo entiendo que mi nombre y número de teléfono se puede colocar en una lista que se da a las personas que buscan ayuda en sus hogares. Entiendo que la información en esta solicitud también puede ser compartida con empleadores posibles.

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



Disclosure Authorization and Release

"I authorize any present or former employer, its employees, representatives, and agents to provide any and all information about my employment and job performance to George Ayala/Luis Valdivia as the agent for the County of Napa In- Home Supportive Services Public Authority. The agency may provide this information either verbally or in writing. I also waive any and all rights and claims I have or may have against any present employer, its employees, representatives, or agents, or any person listed as a reference, and release any former employer, its person listed as a reference, from any and all liability, claims, or damages that may directly or indirectly result from the use, disclosure, or release of such information by any person or party, whether such information is favorable or unfavorable to me. I am willing for a photocopy or faxed copy of this authorization to be accepted with the same authority as the original."

(Applicant Signature)

Date

Applicant Name (printed/typed)

Social Security Number