

**PASC Homecare Registry**

**FORMULARIO DE SOLICITUD PARA CONSUMIDORES DEL REGISTRO**

|                |                  |                           |
|----------------|------------------|---------------------------|
| <b>Nombre:</b> | <b>Apellido:</b> | <b>Inicial del medio:</b> |
|----------------|------------------|---------------------------|

**Número del Caso de IHSS-** \_\_\_\_\_  
Siete Dígitos

**Nombre del Trabajador Social-** \_\_\_\_\_

**Teléfono de Casa:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **Teléfono Celular:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Fax:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Mi dirección:** \_\_\_\_\_ **Apt. #** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

|              |   |  |                                      |
|--------------|---|--|--------------------------------------|
| <b>Sexo:</b> | <input type="checkbox"/> <b>Masculino</b> | <input type="checkbox"/> <b>Femenino</b> | <input type="checkbox"/> <b>Otro</b> |
|--------------|---|--|--------------------------------------|

**Fecha de Nacimiento (Optativo):** \_\_\_\_\_

**Raza/Grupo Étnico: (Optativo – Se solicita esta información solo por motivos estadísticos. No se utiliza para el emparejamiento o asignaciones).**

\_\_\_\_\_

**Idiomas que hablo:** 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

**3. Lenguaje de Señas:** \_\_\_\_\_ **Otro:** \_\_\_\_\_

**Ponga los nombres y números de teléfono de dos personas que podamos contactar en caso de una emergencia relacionada con su salud.**

|  |   |
|--|---|
| <b>Contacto de Emergencia 1:</b> _____ | <b>No. de teléfono para emergencias</b> _____ |
| <b>Contacto de Emergencia 2:</b> _____ | <b>No. de teléfono para emergencias</b> _____ |

**Está usted autorizado (a) para recibir servicios paramédicos tales como inyecciones de insulina, asistencia con sondas de alimentación, etc.?**

**Sí**

**No**

**En caso de contestar “Sí,” recuerde usted que los servicios de tipo paramédico son servicios que su doctor le ha enseñado a usted a realizar por cuenta propia. Por lo tanto, es su responsabilidad enseñarle al trabajador de ayuda en casa y cuidado personal cómo brindar estos servicios.**

**Si se incluye el cuidado personal, ¿a quién está dispuesto(a) a considerar?**

**Hombre**

**Mujer**

**Cualquiera de los dos**

**¿Necesita ayuda para levantarse?**

**Sí**

**No**

**¿Tiene usted levantador de Hoyer?**

**Sí**

**No**

**Escoja una de las siguientes declaraciones:**

- Deseo que el Registro me proporcione los nombres y números de teléfono de solicitantes para poder contactarlos yo mismo(a).**
- Autorizo al Registro a proporcionar mi nombre, número de teléfono y otras informaciones a solicitantes para que puedan contactarme.**

**Nota: Cuando las referencias se hacen bajo el Programa de Referencia de Trabajadores Sustitutos Temporales, el Registro le dará el nombre, teléfono, y otras informaciones suyas a los trabajadores potenciales.**

**¿Exige usted que su proveedor no use perfumes en el trabajo?**

**Sí**

**No**

**Algunos trabajadores tienen alergias y otras aversiones a los animales domésticos.**

**¿Tiene un perro?**

**Sí**

**No**

**¿Tiene un gato?**

**Sí**

**No**

**¿Otros animales?**

**Sí**

**No**

**Por favor especifique: \_\_\_\_\_**

**¿Vive cerca de una ruta de transporte público?**

**Sí**

**No**

¿Exige usted un ambiente en el que no se fume?

Sí

No

¿Necesita usted un proveedor en este momento?

Sí

No

**Si respondió "NO," PASC archivará su solicitud para uso futuro. Llame al Registro cuando necesite referencias de trabajadores.**

**Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado arriba es, a mi leal entender, verdadera. Yo autorizo al Registro a obtener información adicional del Departamento de Servicios Sociales acerca de mi elegibilidad para los servicios de cuidados en casa y otros datos pertinentes para ayudar en el proceso de referencia.**

Firma del Consumidor X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Nota:**

**Si el consumidor recibió ayuda para completar esta solicitud, escriba con letra de imprenta el nombre y número de teléfono de la persona que le ayudó.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que ayudó al consumidor

\_\_\_\_\_  
No. de teléfono

=====

***Personal Assistance Services Council  
3452 East Foothill Blvd, Suite 900  
Pasadena, CA 91107***

***Telephone: (818) 206-7000  
Toll Free: (877) 565-4477  
Fax: (818) 206-8000***

=====

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

**PASC Homecare Registry**

**ACUERDO DE EXENCION Y DE SERVICIOS DEL CONSUMIDOR**

**Si necesita asistencia para leer o comprender este documento, usted 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). El Registro brinda servicios de referencia de proveedores de cuidados en casa regulares para todos los consumidores inscritos. 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 en contactarse entre sí. Luego, el Consumidor y el Proveedor deben tomar por sí mismos la decisión de formar, o no, una relación de empleo. El Registro solamente realiza algunas verificaciones limitadas de los antecedentes de los Proveedores y no garantiza la calidad de las destrezas o cualidades de los Proveedores referidos.
2. **El Consumidor como Empleador:** Usted decide si contrata o no a un Proveedor referido por el Registro o si desea obtener otra referencia. Usted retiene la autoridad exclusiva para asignar horarios y deberes, supervisar, y discontinuar los servicios del Proveedor. Además, los servicios paramédicos tales como inyecciones de insulina o ayuda con sondas de alimentación brindados por cualquier proveedor (incluyendo los trabajadores sustitutos temporales) quedan enteramente bajo su autoridad y la autoridad de su médico. **Por lo tanto usted debe utilizar su propio criterio y tomar sus propias decisiones con respecto a la competencia, carácter, y compatibilidad del Proveedor, y tiene que hacerse cargo de la relación laboral. Usted asume y acepta el riesgo de dichas decisiones y responsabilidades como empleador. El Registro no tiene responsabilidad sobre dichos asuntos, ni por lesiones o daños que pudieran surgir de la referencia de Proveedores o de la relación laboral.**
3. **Verificaciones de Antecedentes Criminales:** El Registro se adhiere a las leyes que rigen la elegibilidad de una persona para laborar como trabajador de IHSS. La ley estatal que determina cuales personas pueden o no trabajar bajo el Programa de IHSS se encuentra en los estatutos del Código de Bienestar e Instituciones, Secciones 12305.81 y 12305.87.

4. **Uso de Informaciones Personales.** Como parte de sus operaciones, el Registro puede recibir información del Consumidor, el Condado, y en ciertas ocasiones, de terceras partes, sobre la participación del Consumidor en el Programa de Cuidados en Casa y sobre sus necesidades de cuidado. El Registro solamente utilizará la información personal descrita arriba para propósitos del Registro.

Los propósitos del Registro también pueden incluir el utilizar dicha información para suspender, excluir o quitar a un Consumidor del Registro, por causa justificada, mediante procedimientos confidenciales. Toda disputa relacionada con la suspensión, exclusión, o eliminación de un Consumidor del Registro, y cualquier decisión relacionada con estos procedimientos, están sujetas a revisión y resolución final por el Comité de Supervisión del Registro. Las decisiones del Comité de Supervisión del Registro son finales y obligatorias para todos los involucrados, incluyendo el personal del Registro y todo Consumidor y/o Proveedor involucrado, y no estarán sujetas a ningún proceso futuro o litigación futura de cualquier naturaleza.

5. **Responsabilidades del Consumidor para con el Registro:** Como condición permanente para la participación en el Registro, todo Consumidor del Registro tiene la obligación de:

- (a) Cumplir con todos los reglamentos, procedimientos y directivas del Registro, y cooperar plenamente con el personal del Registro;
- (b) Mantener al Registro actualizado con respecto de las referencias; y
- (c) Tratar al personal del Registro y otros participantes del Registro con cortesía y respeto.

6. **Exención de responsabilidad emitida por el Consumidor:** En consideración por los servicios que le serán brindados a usted a través del Registro, mediante la presente usted exenta al Registro y al Condado de Los Angeles (junto con sus empleados, mesas directivas, agentes, representantes, consultores, aseguradoras, voluntarios y cualesquiera otra persona u entidad que brindaron informaciones o servicios o cooperaron con el PASC) de cualquier reclamación, daño, lesión, responsabilidad o reparación de cualquier naturaleza, que se relacione de cualquier forma con el Registro, sus servicios o denegación de servicios, o sus acciones o falta de acción. Esta Exención se realiza en nombre de sus representantes, familiares, herederos, dependientes, y designados personales. Esta exención no afecta los derechos y reclamaciones que usted pueda tener en contra de algun Proveedor.

7. **Firma:** El abajo firmante ha analizado y considerado cada uno de los términos y condiciones de este Acuerdo con mucho cuidado, los comprende y ha decidido voluntariamente proporcionar su acuerdo a los mismos. El PASC se basará en este Acuerdo cuando se le brinde a usted servicios de Registro.

x \_\_\_\_\_  
Firma del Consumidor

x \_\_\_\_\_  
Imprima su Nombre Completo

x \_\_\_\_\_  
Fecha

x \_\_\_\_\_  
No. de teléfono residencial

Personal Assistance Services Council- Registry



Greg Thompson  
Executive Director

Nota: Si alguien ayudó al consumidor con este documento, imprima el nombre y el teléfono de la persona que ayudó al Consumidor.

x \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

## AUTORIZACION DEL SOLICITANTE PARA DAR INFORMACION

(DEPENDENCIA/AGENCIA O PERSONA A QUIEN SE LE PIDE LA INFORMACION)

A: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

YO, SU NOMBRE COMPLETO

, CON DOMICILIO EN SU DOMICILIO

, POR MEDIO DE LA PRESENTE LES AUTORIZO PARA QUE LE DEN A

**PERSONAL ASSISTANCE SERVICES COUNCIL (PASC)**

(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA/AGENCIA/INSTITUCION O PROGRAMA POR PATROCIJAR)

LA INFORMACION ESPECIFICA QUE ESTA DEPENDENCIA/AGENCIA PIDIO Y QUE YO NO PUEDO PROPORCIONAR EN RELACION A

MIS ARCHIVOS DEL

**PROGRAMA DE CUIDADOS EN CASA**

**ELEGIBILIDAD Y PARTICIPACION EN LOS SERVICIOS OFRECIDOS**

ESTA INFORMACION SE NECESITA PARA EL SIGUIENTE PROPOSITO

**POR EL PASC, INCLUYENDO SERVICIOS DE REGISTRO Y OTROS TIPOS DE SERVICIO.**

ESTE FORMULARIO SE LLENO POR COMPLETO Y LO LEI (O ME LO LEYERON) ANTES DE FIRMARLO.

|   |   |   |
|---|---|---|
| FIRMA DEL SOLICITANTE                   |   | FECHA   |
| LUGAR DE NACIMIENTO                     | FECHA DE NACIMIENTO                     | NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE                     |
| FIRMA O NOMBRE DEL/DE LA ESPOSO(A)      |   | FECHA   |
| LUGAR DE NACIMIENTO DEL/DE LA ESPOSO(A) | FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA ESPOSO(A) | NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE DEL/DE LA ESPOSO(A) |