



### Estándares Para el Proveedor Individual - Programa Servicios en el Hogar

Estimado Cliente,

Durante el proceso de determinación de elegibilidad, se ha determinado que usted puede supervisar a un proveedor individual para que le ayude en su hogar. El proveedor individual se define como un asistente personal, enfermera registrada, enfermera practicante titulada o con licencia, asistente de enfermera certificado, terapeuta ocupacional, terapeuta físico y terapeuta del habla. Su Plan de Servicios identifica qué tipos de proveedores individuales se utilizarán para satisfacer sus necesidades.

Cuando los clientes usan servicios de un proveedor individual, se requiere que reúnan y certifiquen la siguiente información para cada proveedor individual que utilicen. Si usted no completa la información en este formulario y la entrega antes de que el proveedor individual empiece a trabajar, puede resultar en que no le paguen al proveedor individual y que no sea elegible para continuar proporcionándole servicios.

**Por favor complete un formulario separado para cada proveedor individual que emplee y entréguelo con todos los documentos necesarios a su oficina del Programa Servicios en el Hogar**

**Información del Proveedor Individual:**

- 1. Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_
- 2. Sexo  Masculino  Femenino
- 3. Fecha de Nac. (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_
- 4. Número de Teléfono (incluya código de area): \_\_\_\_\_
- 5. Domicilio o Dirección Legal (Donde Vive el Proveedor Individual) \_\_\_\_\_
- 6. Dirección Postal (Donde el Proveedor Individual recibirá su cheque) \_\_\_\_\_

7. Dirección de correo electrónico del proveedor individual, si aplica, (para correspondencia electrónica tales como hojas dehorarios y avisos):

8. Proveedor Individual: (por favor marque la categoría apropiada)

	tiene 14 o 15 años de edad y no trabaja durante horario escolar, tiene un certificado de empleo y cumple con los todos otros requisitos de la Ley Laboral de Menores, y será supervisado por un adulto mayor de 21 años de edad
	tiene 16 a 18 años de edad registrado en la escuela, (no debe trabajar durante horario escolar)
	tiene 17 a 18 años de edad y no está registrado en la escuela
	es un adulto, 18 años de edad o mayor

9. La relación del proveedor individual con el cliente?

- Familia Por favor especifique: \_\_\_\_\_
- Amigo  Referencia



**Estándares Para el Proveedor Individual - Programa Servicios en el Hogar**

**Información del Proveedor Individual: (continuación)**

10. La experiencia previa y / o entrenamiento del Proveedor Individual / Asistente Personal son adecuados y consistentes con los siguientes deberes específicos que desempeñará para mí en mi hogar:

**Deberes**

**Experiencia / Entrenamiento**


11. Si el proveedor individual hará tareas referentes al cuidado de salud, se ha obtenido un permiso escrito de mi médico o de otro profesional médico apropiado y ha sido aprobado por el Programa Servicios en el Hogar.

No aplica                       Sí                       No

12. El proveedor individual ha demostrado un entendimiento satisfactorio de precauciones universales que satisfacen mis necesidades.

Sí                       No

13. El proveedor individual ha entregado copia de su tarjeta de Seguro Social u otra documentación al Programa Servicios en el Hogar verificando esta información.

Sí                       No

14. El proveedor individual ha completado y entregado un formulario de Verificación de Empleo (I-9, U. S. Departamento de Justicia) al Programa Servicios en el Hogar junco con la información requerida que se incluye.

Sí                       No

15. El proveedor individual ha recibido, completado y firmado el formulario Acuerdo de Exención del Programa al Proveedor Individual para participación en el Programa Asistencia Médica de Illinois y lo entregará a la oficina del Programa Servicios en el Hogar.

Sí                       No

Por lo tanto, yo certifico que la información indicada arriba es verdadera y correcta de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Además, certifico que el asistente personal indicado arriba tiene destrezas en comunicación satisfactorias para mis necesidades, sigue instrucciones y completa los deberes satisfactoriamente.

Yo entiendo que la falsificación de la información indicada arriba por mí puede arriesgar el pago al asistente personal y que yo reciba servicios por medio del Programa Servicios en el Hogar.

Firma del Cliente	Fecha

Nombre Impreso Padre, Tutor o Representante

Frmadel Padre, Tutor o Representante	Fecha

LOS NOMBRES DE ASISTENTES PERSONALES REFERIDOS A USTED POR LA DIVISIÓN SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DEBEN SER CONSIDERADOS COMO TRABAJADORES POTENCIALES Y NO COMO RECOMENDACIONES PARA EMPLEAR A ESE INDIVIDUO. LOS CLIENTES SELECCIONAN AL ASISTENTE PERSONAL Y DEBEN VERIFICAR TODAS LAS REFERENCIAS / RECOMENDACIONES ANTES DE TOMAR LA DECISIÓN DE DARLE TRABAJO AL INDIVIDUO.