



# Condado de San Benito

## Registro de la Autoridad Pública

1111 San Felipe Rd., Suite 108  
Teléfono: (831) 634-0784 Fax: (831) 634-0796  
[PA-IHSS@sanbenitocountyca.gov](mailto:PA-IHSS@sanbenitocountyca.gov)

---

**Gracias por su interés en unirse al Registro de la Autoridad Pública del Condado de San Benito.**

**Por favor, siga las siguientes instrucciones para comenzar su proceso de solicitud:**

Entregue su solicitud y devuelva por correo electrónico o al: **1111 San Felipe Rd., Suite 108**

El proceso de solicitud debe completarse dentro de un plazo de 10 días hábiles.

*Las solicitudes incompletas no serán procesadas*

**El proceso de solicitud para el registro incluye los siguientes pasos:**

1. **Entrega de la Solicitud:** Complete y entregue la solicitud con toda la información requerida.
2. **Revisión de la Solicitud:** El personal de la Autoridad Pública revisará su solicitud para asegurarse de que cumpla con los criterios y requisitos necesarios.
3. **Proceso de Evaluación:** Si la solicitud es aceptada, el personal verificará sus referencias y realizará una entrevista telefónica o en persona. Una vez completado este paso, se le entregará una hoja con instrucciones para el proceso de inscripción en línea (internet).
4. **Proceso de Inscripción en Línea:** Lea y firme los documentos requeridos; programe una cita e imprima el formulario de huellas (Live Scan).  
**Nota:** El costo de la verificación de antecedentes es de \$52 a \$57.
5. **Acuerdo del Registro de Usuario:** Durante su cita programada, se le entregará un acuerdo que deberá firmar.
6. Después de completar su orientación en persona y una notificación de aprobación de antecedentes, su nombre será añadido al Registro y podrá ser referido a consumidores de IHSS.

**Nota:** Si usted ha sido un proveedor activo de IHSS en el Condado de San Benito en el último año y ya pasó una verificación de antecedentes, es posible que no tenga que repetir el proceso de huellas digitales ni asistir a la orientación. Por favor, comuníquese con la oficina de la Autoridad Pública para confirmar su situación antes de continuar con el proceso.

Si ya tiene un cliente de IHSS que desea contratarlo, no es necesario que presente una solicitud del Registro, a menos que esté buscando empleo con otros consumidores de IHSS.

**El Registro de la Autoridad Pública es un servicio de referencias que conecta a los beneficiarios de IHSS (consumidores) con proveedores preseleccionados (IPs), pero no garantiza empleo. El consumidor de IHSS es el empleador y es responsable de buscar, entrevistar, contratar, capacitar, supervisar y, si es necesario, despedir al proveedor.**

---

***Por favor, conserve esta página para su información***

*Registro de la Autoridad Pública  
del Condado de San Benito*

1111 San Felipe Rd., Suite 108  
Phone: (831) 634-0784 Fax: (831) 634-0796  
[PA-IHSS@sanbenitocountyca.gov](mailto:PA-IHSS@sanbenitocountyca.gov)

**SOLICITUD DE REGISTRO PARA CONSUMIDOR**

<b>*Nombre del Aplicante</b>	<b>Medio Nombre</b>	<b>*Apellido</b>
<b>*Domicilio</b>	<b>Ciudad/Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Dirección de Envío (Diferente)</b>	<b>Ciudad/Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>*Teléfono Celular</b>	<b>*Correo electrónico</b>	

**INFORMACION GENERAL**

<b>*Genero</b> <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<b>*Fecha de Nacimiento</b>	<b>*# de Caso de IHSS</b>
<b>Horas Mensuales</b>	<b>*Origen Étnico</b>	<b>¿Cómo se enteró de nosotros?</b>
<b>Estatura (Ft.-in.)</b>	<b>Peso (Lb.)</b>	<b>Movilidad</b>

**REFERENCIAS**

<b>*¿Recibir referencias por correo?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>*¿Recibir referencias por correo electrónico?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>*¿Idioma preferido de la carta de presentación?</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro
---	---	--

**LENGUAJE**

<b>*Idioma Principal Hablado</b>	<b>Otro:</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
<b>Idioma Secundario Hablado</b>	<b>Otro:</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
<b>*Idioma Principal Escrito</b>	<b>Otro:</b>	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español

## CONTACTOS

<b>*Primer Nombre</b>	<b>Medio Nombre</b>	<b>*Apellido</b>
<b>*Relación con el Consumidor</b>	<b>*Contacto de Emergencia</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Dirección de Envío</b>	<b>Cuidad/Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>*Recibir Referencias por correo:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>*Recibir Referencias por Correo electrónico:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>*Teléfono de Celular</b>	<b>*Correo electrónico</b>	
<b>Representante Autorizado:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Conservador:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Autorización para Revelar Información:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## REQUISITOS ESPECIALES

<input type="checkbox"/> Adulto con Discapacidades del Desarrollo: Autismo, Lesión Cerebral, Parálisis Cerebral, Epilepsia, etc.	<input type="checkbox"/> Cuidado de Hospicio
<input type="checkbox"/> Adulto con Discapacidades Físicas	<input type="checkbox"/> Problemas de Memoria
<input type="checkbox"/> Alzheimer 's o Demencia	<input type="checkbox"/> Problemas de Salud Mental: Trastorno Bipolar, Acumulación, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Esquizofrenia, etc.
<input type="checkbox"/> Ceguedad / Deficiencia Visual	<input type="checkbox"/> Cuadripléjico
<input type="checkbox"/> Niño/Menor con Discapacidades del Desarrollo: Autismo, Lesión Cerebral, Parálisis Cerebral, Epilepsia, etc.	<input type="checkbox"/> Sin-Aroma
<input type="checkbox"/> Niño/Menor con Discapacidades Físicas	<input type="checkbox"/> Discapacidad del habla / No puede hablar
<input type="checkbox"/> Enfermedad contagiosa (enfermedad infecciosa o enfermedad transmisible transmitida fácilmente por contacto físico o proximidad)	<input type="checkbox"/> <b>Fumar:</b> <input type="checkbox"/> No fumar <input type="checkbox"/> Fumar adentro y afuera <input type="checkbox"/> Fumar solamente afuera
<input type="checkbox"/> Sordera / Discapacitados Auditivos	<input type="checkbox"/> Estado de Emergencia
<input type="checkbox"/> Ancianos	

### NECESIDADES DEL CONSUMIDOR

<input type="checkbox"/> Coche/Vehículo: Equipado con rampa/elevador	<input type="checkbox"/> Coche/Vehículo: Vehículo Estándar de Pasajero
<input type="checkbox"/> Leer y Escribir en ingles	<input type="checkbox"/> Planificar: Días Festivos
<input type="checkbox"/> Planificar: Vivir en Casa Asignación	<input type="checkbox"/> Planificar: Disponible las 24 horas (On-Call)
<input type="checkbox"/> Planificar: Asignación a corto plazo	<input type="checkbox"/> Planificar: Atención Urgente
<input type="checkbox"/> Transferencia: Puede transferir consumidores con sobrepeso	<input type="checkbox"/> Transfers: Gait Belt Transfer
<input type="checkbox"/> Transferencia: Hoyer Lift	<input type="checkbox"/> Transferencia: Transferencia Pivot
<input type="checkbox"/> Transferencia: Puede con tablero deslizante	<input type="checkbox"/> Trabajar con diabéticos
<input type="checkbox"/> <b>De Fumar:</b> <input type="checkbox"/> No preferencia si el proveedor fuma o no <input type="checkbox"/> Proveedor debe ser un "No Fumador" <input type="checkbox"/> Proveedor puede fumar mientras trabaja	<input type="checkbox"/> El proveedor puede ser fumador pero no debe fumar mientras trabaja, o puede fumar afuera durante los descansos <input type="checkbox"/> El proveedor puede ser fumador pero no debe fumar mientras trabaja o durante los descansos

### NECESIDADES ESPECIALES

### PREFERENCIA DE GÉNERO

<input type="checkbox"/> No Preferencia	<input type="checkbox"/> Si:	<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre
---	------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

### EL CONSUMIDOR TIENE ESTOS ANIMALES

<input type="checkbox"/> Pájaros (enjaulados)	<input type="checkbox"/> Gatos	<input type="checkbox"/> Perros
<input type="checkbox"/> Reptiles (enjaulados)	<input type="checkbox"/> Otro:	

### LENGUAJE REQUERIDO

<input type="checkbox"/> Proveedor debe hablar el idioma seleccionado	<input type="checkbox"/> Proveedor puede hablar cualquier idioma seleccionado
<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:	

### LICENCIAS Y CERTIFICADOS REQUERIDOS

☐ CNA    ☐ CPR    ☐ FIRST AID    ☐ EMT    ☐ RN    ☐ RNA    ☐ TB TEST CERTIFICATE

### ÁREAS GEOGRÁFICAS - Marque la ciudad o área donde vive el consumidor:

<input type="checkbox"/> Aromas	<input type="checkbox"/> Hollister	<input type="checkbox"/> Paicines	<input type="checkbox"/> Panoche	<input type="checkbox"/> San Juan Bautista	<input type="checkbox"/> Tres Pinos	<input type="checkbox"/> New Idria
---------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--	-------------------------------------	------------------------------------

### SERVICIOS AUTORIZADOS DEL CONSUMIDOR

<input type="checkbox"/>	Servicios Domésticos (limpieza del hogar – barrer, lavar pisos, aspirar, limpiar polvo, etc.)	<input type="checkbox"/>	Transferir/Traslado <input type="checkbox"/> Hoyer Lift <input type="checkbox"/> Slide Board <input type="checkbox"/> other:
<input type="checkbox"/>	Preparación de Comidas	<input type="checkbox"/>	Bañar, Higiene Oral, Arreglo (ayudar o asistir al consumidor)
<input type="checkbox"/>	Limpieza después de Comidas	<input type="checkbox"/>	Frotar la piel/Reacomodar (pierna/pie masaje, asistir ejercicios de rango de movimiento)
<input type="checkbox"/>	Lavandería (lavar y secar ropa, arreglar, doblar y guardar	<input type="checkbox"/>	Cuidado y Asistir al Consumidor (asistir con audífonos, anteojos, prótesis, etc.)
<input type="checkbox"/>	Compras de Comida	<input type="checkbox"/>	Acompañamiento a Citas Médicas
<input type="checkbox"/>	Otras Compras y diligencias	<input type="checkbox"/>	Acompañamiento a Recursos Alternativos
<input type="checkbox"/>	Respiración (ayuda con aparato auto administrado, oxígeno, etc.)	<input type="checkbox"/>	Supervisión de Protección (observar el comportamiento del cliente con deterioro cognitivo)
<input type="checkbox"/>	Cuidado Personal (ayuda con usar el baño, cambiar pañales)	<input type="checkbox"/>	Servicios Paramédicos (inyecciones, cuidado de heridas, etc.)
<input type="checkbox"/>	Alimentación (asistir al cliente con las comidas)	<input type="checkbox"/>	Limpieza Pesada (limpieza completa – servicio una vez
<input type="checkbox"/>	Baño en cama de rutina	<input type="checkbox"/>	Reducción de Riesgos en el Patio (Yard Hazard Abatement)
<input type="checkbox"/>	Vestir (ayuda a poner/quitar ropa o zapatos)	<input type="checkbox"/>	Remover Hielo, Nieve
<input type="checkbox"/>	Cuidado menstrual	<input type="checkbox"/>	Enseñanza y Demostración (Asistir con medicamentos (recordar al cliente de tomar sus medicamentos)
<input type="checkbox"/>	Deambulación (ayuda al consumidor a caminar o moverse de un lugar a otro)		

### MARQUE LA HORA Y LOS DÍAS QUE SOLICITARÁ EL CONSUMIDOR PARA RECIBIR SERVICIOS

	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
Temprano en la mañana (6am - 8am)							
En la mañana (8am - 10am)							
Tarde en la mañana (10am - 12pm)							
Hora del mediodía (12pm a 1pm)							
Tarde (1pm - 3pm)							
Tarde (3pm - 5pm)							
Tarde (5pm - 7pm)							
Tarde en la noche (7pm - 9pm)							
Noche (9pm - 11pm)							
Tarde en la noche (11pm - 1am)							
Durante la noche (12am - 8am)							