



Actualización de Disponibilidad del Proveedor de Registro

Para mantenerse en el Registro, a usted se le requiere actualizar su disponibilidad mensualmente o antes según haya cambios.

- Si su apellido comienza con las letras: A-M, UD tendrá que actualizar su disponibilidad entre el 1ro y el 15 de cada mes.
- Si su apellido comienza con las letras: N-Z, UD tendrá que actualizar su disponibilidad entre el 16 y el 31 de cada mes.

Nota: Usted debe ser un Proveedor del Registro activo para enviar esta información.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
---------------	-----------------------------------	-----------------

Dirección actual	No. Apartamento/unidad
-------------------------	-------------------------------

Ciudad	Código postal	Últimos 6 números del seguro social
---------------	----------------------	--

Dirección de correo electrónico: _____

1. **Incluya un número de teléfono actual en donde lo pueden contactar los consumidores para trabajar**

() _____

2. **¿Está disponible para aceptar trabajo de NUEVOS consumidores?**

Sí **No**

3. **Si contesto 'No' a la pregunta #2, escriba los nombres de consumidores IHSS con los cuales está trabajando actualmente y pase a la pregunta:**

a. _____ b. _____ c. _____

Quality Service = Quality Care

4. Marque los días y horas que está disponible para aceptar trabajo para NUEVOS consumidores:

Marque todas las que aplican	Lun	Mar	Miér	Jue	Vie	Sáb	Dom
Mañana							
Tarde							
Noche							

5. ¿Cuántas horas a la semana está Usted disponible para trabajarle a Clientes de IHSS?

- 5-10 horas
 10-15 horas
 15-20 horas
 20-25 horas
 25-30 horas
 30-35 horas
 35-40 horas
 40 horas o más

6. ¿Cuántas millas está dispuesto a manejar o desplazarse desde su hogar al trabajo para trabajar para un consumidor?

10 millas 15 millas

7. ¿Cuenta con un vehículo que se pueda utilizar al trabajar con los consumidores?

Sí No

**** Recuerde que usted debe ser la única persona que maneja al consumidor. Usted no puede pedirle a alguien más que maneje al consumidor a su nombre.**

8. Al firmar mi nombre a continuación, yo certifique que la información anterior es a mi leal saber y entender, verdadera y completa. Yo entiendo que cualquier información falsa podría eliminarme del Registro.

Firma

Fecha

Enviar el formulario por correo a:

County of San Diego IHSS Public Authority
 Attention: Registry Dept.
 401 Mile of Cars Way, Ste. 200
 National City, CA, 91950