

# Homecare Worker Application – Spanish

## Trabajador de atención en el hogar

### Solicitud - español

**Section 1: Personal Information**

**Sección 1: Información personal**

| Field # | Information Required  | Información requerida   |
|---------|---|---|
| 1       | Name: (last/first/middle initial) (as shown on your Social Security card) | Nombre: (apellido/nombre/inicial del segundo nombre) (como aparece en su tarjeta del Seguro Social) |
| 2       | Date of birth   | Fecha de nacimiento   |
| 3       | Other names used, including maiden and nicknames                          | Otros nombres utilizados, incluyendo el apellido de soltera y apodos                                |
| 4       | E-mail address  | Dirección de correo electrónico   |
| 5       | Street address  | Domicilio   |
| 6       | Mailing address: (if different than street address)                       | Dirección postal: (si es diferente al domicilio)  |
| 7       | City, State, Zip (for street address)                                     | Ciudad, estado, código postal (del domicilio)   |
| 8       | City, State, Zip (for mailing address)                                    | Ciudad, estado, código postal (de la dirección postal)  |
| 9       | Your phone number(s) Home   | Número(s) de teléfono de su casa  |
| 10      | Your phone number(s) Cell   | Número(s) de teléfono celular   |
| 11      | Your phone number(s) Message  | Número(s) de teléfono para mensajes   |

**Section 2: Specific Client – Employer – New Homecare Workers Only**

**Sección 2: Cliente específico – Empleador – Solo para nuevos trabajadores de atención en el hogar**

| Field # | Information Required   | Información requerida   |
|---------|--|---|
| 1       | Have you already agreed to work for a particular client-employer? If yes, please include the name of the individual. | ¿Ya aceptó trabajar para un cliente empleador en particular? Si es así, por favor, incluya el nombre de la persona. |

**Section 3: Orientation and Certified Training**

**Sección 3: Orientación y entrenamiento certificado**

| Field # | Information Required | Información requerida |
|---------|----------------------|-----------------------|
|---------|----------------------|-----------------------|

|   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | Have you attended a homecare worker orientation? Check Yes / No<br>If yes, where did you take it?<br>Date, if known: | ¿Ha asistido a una orientación para trabajadores de atención domiciliaria? Marque Sí / No<br>Si es así, ¿dónde la tomó?<br>Fecha, si la conoce: |
| 2 | Have you attended a live-in orientation? Check Yes / No<br>If yes, where did you take it?<br>Date, if known:         | ¿Ha asistido a una orientación para proveedores de planta? Marque Sí / No<br>Si es así, ¿dónde la tomó?<br>Fecha, si la conoce:                 |
| 3 | Are you CPR certified? Check Yes / No<br>If yes, when does it expire?  | ¿Tiene usted una certificación de Resucitación Cardiopulmonar (CPR, por sus siglas en inglés)? Marque Sí / No<br>Si es así, ¿cuándo vence?      |
| 4 | Are you first aid certified? Check Yes / No<br>If yes, when does it expire?  | ¿Tiene usted un certificación en primeros auxilios? Marque Sí / No<br>Si es así, ¿cuándo vence?   |

#### Section 4: Transportation

#### Sección 4: Transporte

| Field # | Information Required  | Información requerida   |
|---------|---|---|
| 1       | What kind of transportation do you use to get to work? (Check all that apply)<br>Motor vehicle / Public transportation / Bike-walk  | ¿Qué tipo de transporte usa para ir al trabajo? (Marque todas las opciones que correspondan)<br>Vehículo / transporte público / bicicleta, a pie  |
| 2       | Are you willing to (check all that apply)<br>Check Yes / No<br>Transport an employer in your car?<br>Drive an employer's car?<br>Escort an employer on public transportation?<br>Escort an employer in their car? | ¿Está dispuesto/a a (marque todas las opciones que correspondan) Marque Sí / No<br>transportar a un empleador en su coche?<br>conducir el coche de un empleador?<br>acompañar a un empleador en el transporte público?<br>acompañar a un empleador en su coche? |

#### Section 5: Language – In Order of Ability

#### Sección 5: Idioma – según orden de habilidad

| Field # | Information Required   | Información requerida                                     |
|---------|--|---|
| 1       | What languages, including Sign Language, do you speak and/or read? | ¿Qué idiomas habla y/o lee, incluyendo lenguaje de señas? |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  | Mark Speak / Read for each language entered | Marque Hablado / Escrito en cada idioma ingresado |
|--|---|---|

**Section 6: Availability to Work**

**Sección 6: Disponibilidad para trabajar**

| Field # | Information Required   | Información requerida  |
|---------|--|--|
| 1       | Are you currently looking for work?<br>Check Yes / No  | ¿Actualmente está buscando trabajo?<br>Marque Sí / No  |
| 2       | Check all work types you are willing to consider:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>a. Full-time (over 20 hours per week)</li> <li>b. Part-time (20 hours per week or less)</li> <li>c. Being a 7 day live-in (24 hour service)</li> <li>d. Being a 6 day live-in (24 hour service)</li> <li>e. Being a 2 day live-in (24 hour service)</li> <li>f. Providing live-in relief</li> <li>g. Providing substitute services paid by the hour</li> <li>h. Working with short notice</li> <li>i. Being a 5 day live-in (24 hour service)</li> <li>j. Being a 1 day live-in (24 hour service)</li> </ul> | Marque todos los tipos de empleo que está dispuesto/a a considerar:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tiempo completo (más de 20 horas a la semana)</li> <li>b. Medio tiempo (20 horas a la semana o menos)</li> <li>c. Ser un trabajador de planta los 7 días de la semana (servicio las 24 horas)</li> <li>d. Ser un trabajador de planta 6 días a la semana (servicio las 24 horas)</li> <li>e. Ser un trabajador de planta 2 días a la semana (servicio las 24 horas)</li> <li>f. Brindar alivio de planta</li> <li>g. Brindar servicios sustitutos pagados por hora</li> <li>h. Trabajar con poca antelación</li> <li>i. Ser un trabajador de planta 5 días a la semana (servicio las 24 horas)</li> <li>j. Ser un trabajador de planta 1 día a la semana (servicio las 24 horas)</li> </ul> |
| 3       | Would you be willing to assist with evacuation and in-home services in the event of a natural disaster? Check Yes / No   | ¿Estaría dispuesto/a a ayudar con servicios domiciliarios y de evacuación en caso de un desastre natural? Marque Sí / No   |

**Section 7: Work Schedule**

**Sección 7: Horario de trabajo**

| Field # | Information Required | Información requerida |
|---------|----------------------|-----------------------|
|---------|----------------------|-----------------------|

|   |   |   |
|---|---|---|
| 1 | <p>Check the days/times you are available to work. If you are available at all times check box</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monday – Mornings / Afternoons / Evening / Nights</li> <li>b. Tuesday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights</li> <li>c. Wednesday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights</li> <li>d. Thursday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights</li> <li>e. Friday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights</li> <li>f. Saturday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights</li> <li>g. Sunday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights</li> <li>h. Holidays - Mornings / Afternoons / Evening / Nights</li> </ul> | <p>Marque los días y las horas en los que está disponible para trabajar. Si está disponible todo el tiempo, marque la casilla</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Lunes: mañanas / tardes / noches</li> <li>b. Martes: mañanas / tardes / noches</li> <li>c. Miércoles: mañanas / tardes / noches</li> <li>d. Jueves: mañanas / tardes / noches</li> <li>e. Viernes: mañanas / tardes / noches</li> <li>f. Sábado: mañanas / tardes / noches</li> <li>g. Domingo: mañanas / tardes / noches</li> <li>h. Días festivos: mañanas / tardes / noches</li> </ul> |
|---|---|---|

**Section 8: Services and Work Experience**

**Sección 8: Servicios y experiencia de trabajo**

| <b>Field #</b> | <b>Information Required</b>   | <b>Información requerida</b>  |
|----------------|---|---|
| 1              | <p>Check all of the services below that you are “willing” to provider. In addition, if you have “experience” in any of these tasks, please check the “experience” column. You must be physically able to perform all the services you check in this section. DO NOT check any tasks where you have physical limitations (such as lifting, bending or stooping) that would prevent you from performing any of these services.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ambulation</li> <li>b. Bathing</li> <li>c. Bladder Care</li> <li>d. Bowel Care</li> <li>e. Cognition</li> <li>f. Dressing</li> </ul> | <p>A continuación, marque todos los servicios que está “dispuesto/a” a brindar. Además, si tiene experiencia en cualquiera de estas tareas, por favor, marque la columna “experiencia”. Usted debe ser físicamente capaz de realizar todos los servicios que marque en esta sección. NO marque ninguna tarea en la que tenga limitaciones físicas (como levantar cosas pesadas, inclinarse o agacharse) que le podrían impedir realizar cualquiera de estos servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Movilización</li> <li>b. Dar baños</li> <li>c. Cuidado de la vejiga</li> <li>d. Cuidado del intestino</li> <li>e. Cognición</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>g. Feeding</li> <li>h. Grooming</li> <li>i. Personal Hygiene</li> <li>j. Positioning</li> <li>k. Toileting</li> <li>l. Transferring</li> <li>m. Giving or setting up medications</li> <li>n. Housekeeping</li> <li>o. Laundry</li> <li>p. Meal preparation</li> <li>q. Shopping</li> <li>r. Transportation</li> <li>s. Bowel program</li> <li>t. Feeding Tube</li> <li>u. Home dialysis</li> <li>v. Injections</li> <li>w. Ostomy care (example, colostomy, ileostomy)</li> <li>x. Oxygen management</li> <li>y. Suctioning</li> <li>z. Tracheotomy care</li> <li>aa. Urinary catheter care</li> <li>bb. Ventilator care</li> <li>cc. Wound care</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>f. Vestir a la persona</li> <li>g. Alimentar a la persona</li> <li>h. Arreglo personal</li> <li>i. Higiene personal</li> <li>j. Posicionar</li> <li>k. Ayudar a la persona a ir al baño</li> <li>l. Transferencia</li> <li>m. Dar o programar medicamentos</li> <li>n. Tareas del hogar</li> <li>o. Lavado de ropa</li> <li>p. Preparación de alimentos</li> <li>q. Compras</li> <li>r. Transporte</li> <li>s. Programa de control intestinal</li> <li>t. Sonda de alimentación</li> <li>u. Diálisis en el hogar</li> <li>v. Inyecciones</li> <li>w. Cuidado de ostomía (por ejemplo, colostomía, ileostomía)</li> <li>x. Gestión del oxígeno</li> <li>y. Succión</li> <li>z. Cuidado de una traqueotomía</li> <li>aa. Cuidado de un catéter urinario</li> <li>bb. Cuidado del respirador</li> <li>cc. Cuidado de heridas</li> </ul> |
|--|---|

**Section 9: Additional Information**

**Sección 9: Información adicional**

| <b>Field #</b> | <b>Information Required</b>  | <b>Información requerida</b>   |
|----------------|--|--|
| 1              | Your gender: Check Female / Male   | Su género: Marque Femenino / Masculino   |
| 2              | Do you want to receive quit smoking information and/or materials via E-mail? Check Yes / No  | ¿Desea recibir información y/o materiales para dejar de fumar vía correo electrónico? Marque Sí / No   |
| 3              | Do you smoke? Check Yes / No   | ¿Usted fuma? Marque Sí / No  |
| 4              | Are there employers you are NOT willing to work with or services you are NOT willing to provider? (Check all that apply)<br>a. Activities of daily living (see page 2) | ¿Hay empleadores con los que NO está dispuesto/a a trabajar o servicios que NO está dispuesto/a a brindar? (Marque todos los que correspondan) |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Alzheimer's or other dementias</li> <li>c. Behavioral disorders</li> <li>d. Females</li> <li>e. Males</li> <li>f. People with pets</li> <li>g. Self-management tasks</li> <li>h. 65 years of age or older</li> <li>i. Smokers</li> <li>j. Terminally ill</li> <li>k. Under 65 years of age</li> <li>l. Individuals that use medical marijuana</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Actividades de la vida diaria (ver página 2)</li> <li>b. Alzheimer u otras demencias</li> <li>c. Trastornos del comportamiento</li> <li>d. Mujeres</li> <li>e. Hombres</li> <li>f. Personas con mascotas</li> <li>g. Tareas de autogestión</li> <li>h. 65 años de edad o más</li> <li>i. Fumadores</li> <li>j. Enfermos terminales</li> <li>k. Menos de 65 años de edad</li> <li>l. Personas que usan marihuana medicinal</li> </ul> |
|--|--|--|

**Section 10: Geographical Location**

**Sección 10: Ubicación geográfica**

| Field # | Information Required  | Información requerida   |
|---------|---|---|
| 1       | Where are you willing to work? (Select a maximum of three counties) Counties: | ¿En qué lugares está dispuesto/a a trabajar? (Elija un máximo de tres condados) Condados: |
| 2       | Cities / areas within the counties:   | Ciudades / áreas dentro de los condados:  |

**Section 11: Abuse Investigation**

**Sección 11: Investigación de abuso**

| Field # | Information Required  | Información requerida  |
|---------|---|--|
| 1       | Have you ever been investigated for abuse, neglect or domestic violence?<br>Check Yes / No<br>If you, please explain: | ¿Alguna vez ha sido objeto de investigación por abuso, abandono o violencia doméstica? Marque Sí / No<br>Si es así, por favor, explique: |

**Section 12: Minimum Qualifications for Homecare Workers (HCW's)**

**Sección 12: Calificaciones mínimas para trabajadores de atención en el hogar (HCW, por sus siglas en inglés)**

| Field # | Information Required   | Información requerida   |
|---------|--|---|
| A       | An individual who would like to be a HCW must meet the following minimum | Una persona que desea convertirse en un trabajador de atención domiciliaria |

|          |  |  |
|----------|--|--|
|          | <p>qualifications: Submit a completed application packet.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pass a DHS criminal history clearance and cooperate with a criminal history re-check when requested.</li> <li>2. Complete a HCW orientation within 90 days. Complete a live-in orientation if applicable.</li> <li>3. Be capable of providing or learning to provide necessary services.</li> <li>4. Be 18 years of age or older (age exceptions may be made on a case-by-case basis for family members only, but exceptions will not be granted for anyone under the age of 16).</li> </ol>   | <p>(HCW, por sus siglas en inglés) debe cumplir con los siguientes requisitos mínimos: enviar un paquete de solicitud completado.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aprobar una verificación de antecedentes penales del DHS y aceptar una nueva verificación de antecedentes penales cuando se solicite.</li> <li>2. Completar una orientación para HCW en un plazo de 90 días. Completar una orientación para proveedores de planta, si corresponde.</li> <li>3. Ser capaz de brindar o aprender a brindar los servicios necesarios.</li> <li>4. Tener 18 años de edad o más (se pueden hacer excepciones con respecto a la edad según el caso, únicamente para familiares, pero no se otorgarán excepciones a ninguna persona menor de 16 años).</li> </ol> |
| <p>B</p> | <p>An individual who would like to be a career HCW and be referred to the general public to provider homecare services through the Registry and Referral System (RRS) must meet the requirements listed above, plus the following:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Be 18 years of age or older (no exceptions).</li> <li>2. Disclose qualifications, skills (including language skills), and experience that can be verified and evaluated by a potential client-employer, as well as submit references upon request.</li> <li>3. Disclose any job related limitations.</li> <li>4. Review and update homecare worker information in the RRS at</li> </ol> | <p>Una persona que desea ser un HCW profesional y que se le refiera al público general para brindar servicios de atención domiciliaria a través del Sistema de Registro y Referencias (RRS, por sus siglas en inglés) debe cumplir con los requisitos mencionados arriba, además de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tener 18 años de edad o más (sin excepciones).</li> <li>2. Declarar cualificaciones, habilidades (incluyendo habilidades lingüísticas) y experiencia que un cliente-empleador potencial pueda verificar y evaluar, así como presentar referencias, según se solicite.</li> </ol>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>least every 60 days, if looking for work.</p> <p>5. Immediately notify the local SPD/AAA office or the Oregon Home Care Commission of address and phone number changes.</p> | <p>3. Declarar cualquier limitación relacionada con el empleo.</p> <p>4. Revisar y actualizar la información del trabajador de atención domiciliaria en el RRS mínimo cada 60 días, si está buscando trabajo.</p> <p>5. Notificar de inmediato cualquier cambio de domicilio y número telefónico a la oficina local de SPD/AAA o a la Comisión de Atención Domiciliaria de Oregon.</p> |
|--|--|--|

**Section 13: Applicant Certification**

**Sección 13: Certificado del solicitante**

| <b>Field #</b> | <b>Information Required</b>   | <b>Información requerida</b>  |
|----------------|---|---|
| 1              | <p>I certify that all information I supplied in this application is accurate to the best of my knowledge. I understand that should I knowingly misrepresent information may result in rejection of my application and/or denial of placement on the Oregon Home Care Commission (OHCC) Registry and Referral System (RSS). I understand and agree to the minimum qualifications for homecare workers established by the OHCC.</p> | <p>Certifico que toda la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera, según mi conocimiento. Entiendo que presentar información falsa deliberadamente puede dar como resultado que se rechace mi solicitud y/o que no se coloque mi información en el Sistema de Registro y Referencias (RRS, por sus siglas en inglés) de la Comisión de Atención Domiciliaria de Oregon (OHCC, por sus siglas en inglés). Entiendo y acepto las cualificaciones mínimas para trabajadores de atención domiciliaria establecidas por la OHCC.</p> |
| 2              | <p>The OHCC has an internet-based registry to assist seniors and individuals with disabilities find qualified in-home providers. I understand that if I agree to be referred to prospective client-employers through the RRS, my contact information, (name, phone number, provider number and city of residence) will be released to anyone seeking in-home services.</p>  | <p>La OHCC tiene un registro en Internet para ayudar a los adultos mayores y a las personas con discapacidades a encontrar proveedores domiciliarios calificados. Entiendo que si acepto que me refieran a clientes-empleadores potenciales a través del RRS, se divulgará mi información de contacto (nombre, teléfono, número de proveedor y ciudad de residencia) a cualquier persona que esté buscando servicios domiciliarios.</p>   |



|   |  |   |
|---|--|---|
| 3 | <p>Future changes to the following questions must be submitted in writing to the local office.</p> <p>A. I agree to have my contact information released through the internet. Check Yes / No<br/>I understand that checking “No” will limit the number of referrals I will receive.</p> <p>B. I agree to have my contact information referred to individuals who pay privately for in-home services. Check Yes / No</p> | <p>Los cambios futuros a las siguientes preguntas se deben presentar por escrito en la oficina local.</p> <p>A. Acepto que se publique mi información de contacto en Internet. Marque Sí / No Entiendo que marcar “No” limitará el número de referencias que recibiré.</p> <p>B. Acepto que se refiera mi información de contacto a personas que pagan de forma privada por servicios domiciliarios. Marque Sí / No</p> |
| 4 | <p>I understand the hours worked for individuals who pay privately for services DO NOT count towards Service Employees International Union (SEIU) local 503, Oregon Public Employees Unions (OPEU) negotiated benefits and may not have worker's compensation or unemployment insurance.</p>   | <p>Entiendo que las horas trabajadas para personas que pagan de forma privada por servicios NO cuentan para los beneficios negociados de los Sindicatos de Trabajadores Públicos de Oregon (OPEU, por sus siglas en inglés) del Sindicato Internacional de Trabajadores de Servicios (SEIU, por sus siglas en inglés) local 503, y que pueden no contar con compensación del trabajador o seguro de desempleo.</p>      |
| 5 | <p>Furthermore, I understand it is my responsibility to keep my availability information updated, and I must review my information in the RRS at least one time every 60 days to continue to be referred for new jobs.</p>   | <p>Asimismo, entiendo que es mi responsabilidad mantener la información sobre mi disponibilidad actualizada, y que debo revisar mi información en el RRS al menos una vez cada 60 días para continuar recibiendo referencias para nuevos trabajos.</p>  |
| 6 | Applicant Signature:   | Firma del solicitante:  |
| 7 | Date:  | Fecha:  |

- The last page 6 of 6 is for office use only and does not need to be reviewed or completed by the applicant.
- La última página, 6 de 6, es para uso de la oficina solamente y no necesita ser revisada o completada por el solicitante.