



# Real Care Inc, Formulario de cheque de referencia

Solicitante Name \_\_\_\_\_ puesto solicitado: Cuidador familiar

Referencia Name \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Organización/Agencia \_\_\_\_\_

1. Describa cómo conoce al Solicitante y en qué calidad. Por favor, incluya información sobre sus deberes y responsabilidades principales.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. En su opinión, ¿cuáles son los atributos y/o habilidades más fuertes de los solicitantes?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Qué tan bien responde el Solicitante al estrés y / o presión (de plazos, situaciones de crisis, etc.)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿El solicitante es elegible para ser recontratado?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Le gustaría agregar algo más que aún no se haya abordado?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gracias por completar esta referencia. Por favor, devuélvalo a Real Care, Inc. lo antes posible.

Fax: 720.242.6282 Correo electrónico: [rene@realcarecolorado.com](mailto:rene@realcarecolorado.com)

**Lo siguiente debe ser completado por el personal de Real Care, Inc.**

Notas / Comentarios

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Reseña by \_\_\_\_\_ opinión Date \_\_\_\_\_



# Real Care Inc, Formulario de cheque de referencia

Solicitante Name \_\_\_\_\_ puesto solicitado: Cuidador familiar

Referencia Name \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Organización/Agencia \_\_\_\_\_

1. Describa cómo conoce al Solicitante y en qué calidad. Por favor, incluya información sobre sus deberes y responsabilidades principales.

---

---

---

2. En su opinión, ¿cuáles son los atributos y/o habilidades más fuertes de los solicitantes?

---

---

---

3. ¿Qué tan bien responde el Solicitante al estrés y / o presión (de plazos, situaciones de crisis, etc.)?

---

---

---

4. ¿El solicitante es elegible para ser recontratado?

---

---

---

5. ¿Le gustaría agregar algo más que aún no se haya abordado?

---

---

---

Gracias por completar esta referencia. Por favor, devuélvalo a Real Care, Inc. lo antes posible.

Fax: 720.242.6282 Correo electrónico: [rene@realcarecolorado.com](mailto:rene@realcarecolorado.com)

**Lo siguiente debe ser completado por el personal de Real Care, Inc.**

Notas / Comentarios

---

---

---

Reseña by \_\_\_\_\_ opinión Date \_\_\_\_\_



# Real Care Inc, Formulario de cheque de referencia

Solicitante Name \_\_\_\_\_ puesto solicitado: Cuidador familiar

Referencia Name \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_

Organización/Agencia \_\_\_\_\_

1. Describa cómo conoce al Solicitante y en qué calidad. Por favor, incluya información sobre sus deberes y responsabilidades principales.

---

---

---

2. En su opinión, ¿cuáles son los atributos y/o habilidades más fuertes de los solicitantes?

---

---

---

3. ¿Qué tan bien responde el Solicitante al estrés y / o presión (de plazos, situaciones de crisis, etc.)?

---

---

---

4. ¿El solicitante es elegible para ser recontratado?

---

---

---

5. ¿Le gustaría agregar algo más que aún no se haya abordado?

---

---

---

Gracias por completar esta referencia. Por favor, devuélvalo a Real Care, Inc. lo antes posible.

Fax: 720.242.6282 Correo electrónico: [rene@realcarecolorado.com](mailto:rene@realcarecolorado.com)

**Lo siguiente debe ser completado por el personal de Real Care, Inc.**

Notas / Comentarios

---

---

---

Reseña by \_\_\_\_\_ opinión Date \_\_\_\_\_



# Autorización por escrito para solicitar un cheque CAPS

## INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Verificación de CAPS Identificación del empleador # (XXX-#####): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante: Real Care, Inc.

Título del solicitante: Coordinador de Apoyo al Programa

Número de teléfono del solicitante: 303-284-5818

Correo electrónico del solicitante: [programsupport@realcarecolorado.com](mailto:programsupport@realcarecolorado.com)

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE / EMPLEADO

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN (últimos 4 dígitos): \_\_\_\_\_

Apellido de soltera/Nombre(s) anterior(es)/Alia(s): \_\_\_\_\_

Licencia DORA # \_\_\_\_\_

Teléfono residencial (incluido el código de área): \_\_\_\_\_

Teléfono celular/móvil (incluido el código de área): \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo (incluido el código de área): \_\_\_\_\_ Extensión del teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico de inicio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del trabajo: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL RESIDENCIAL: ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS

Todos los solicitantes/empleados deben tener 5 años de historial residencial. Si la persona mencionada anteriormente tiene menos de 5 años en su dirección actual, enumere las direcciones anteriores de los últimos 5 años. Use otra hoja de papel, si es necesario.

Dirección actual Calle: \_\_\_\_\_

Dirección actual Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado actual: \_\_\_\_\_ Código postal actual: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la dirección actual: \_\_\_\_\_

Dirección anterior (número de calle, calle, unidad, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

Dirección Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_

Dirección anterior (número de calle, calle, unidad, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

Dirección Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_

Dirección anterior (número de calle, calle, unidad, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

Dirección Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_

Dirección anterior (número de calle, calle, unidad, ciudad, estado, código postal): \_\_\_\_\_

Dirección Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha final: \_\_\_\_\_

---

**EMPLEO ANTERIOR**

---

Empleador(es) anterior(es) Nombre(s) de la agencia: \_\_\_\_\_

---

**DIVULGACIÓN Y FIRMA**

---

Con mi firma, a continuación, doy fe de que toda la información proporcionada en esta autorización por escrito es verdadera y completa. Mi firma autoriza al empleador mencionado anteriormente a solicitar una verificación de CAPS para determinar si he sido corroborado en un caso de APS como perpetrador de abuso físico, abuso sexual, negligencia del cuidador y / o explotación de un adulto en riesgo. Reconozco que la información resultante de dicha verificación se compartirá directamente con el empleador, quien puede usar los resultados para informar su decisión de contratación. Con mi firma, reconozco que esta solicitud marcará mi nombre para permitir que se notifique a este empleador de cualquier hallazgo fundamentado en el futuro, siempre y cuando sea empleado de esta agencia.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Oficina de Investigación de Colorado

## Formulario de información de registro

**POR FAVOR, IMPRIMA CON CLARIDAD**



Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Alias/Doncella: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a Real Care, Inc. a completar una verificación de antecedentes utilizando la información de identificación que he proporcionado anteriormente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Real Care, Inc. – Solicitud de contratista

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Fecha disponible: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Puesto que solicita: Cuidador Familiar  
 ¿Es usted ciudadano de los EE. UU.?  Sí  No Si no es así, ¿está autorizado a trabajar en los EE. UU.?  Sí  No  
 ¿Alguna vez ha trabajado para Real Care, Inc. antes de presentar su solicitud hoy?  Sí  Si es así, ¿cuándo?  
 ¿Alguna vez ha sido condenado por un delito grave?  Sí  No  
 En caso afirmativo, proporcione una explicación detallada: \_\_\_\_\_

## EDUCACIÓN

Escuela secundaria: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ ¿Te graduaste?  Sí  No  
 Universidad: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ ¿Te graduaste?  Sí  Sin título: \_\_\_\_\_

## REFERENCIAS

*Enumere tres (3) referencias profesionales, no referencias personales. Consulte las páginas de referencia adjuntas. Entregue la página a su referencia y pídale que la devuelvan a Real Care, Inc. lo antes posible.*

## INFORMACIÓN ADICIONAL

**¿Alguna vez ha sido objeto de una investigación por sospecha de maltrato, abuso, negligencia y / o explotación relacionada con una persona con una discapacidad u otra persona en riesgo (incluidos los jóvenes)?**  Sí  No  
 En caso afirmativo, proporcione una explicación detallada: \_\_\_\_\_  
 ¿Qué CCB completó la investigación? \_\_\_\_\_  
 ¿La acusación fue fundamentada o fundada?  Sí  No  
**¿Tiene algún otro miembro de la familia que también sea proveedor de casas anfitrionas?**  Sí  No  
 En caso afirmativo, proporcione una explicación detallada, incluido el nombre y la agencia con la que trabaja: \_\_\_\_\_  
**¿Proporcionan un respiro / supervisión a las personas que residen en el hogar (s), o le gustaría hacerlo?**  Sí  No  
 En caso afirmativo, proporcione una explicación detallada, incluido el lugar donde proporciona un respiro y la frecuencia: \_\_\_\_\_  
**¿Opera alguna casa anfitriona que no sea la dirección indicada anteriormente en esta solicitud?**  Sí  No  
 En caso afirmativo, proporcione una explicación detallada, incluyendo dónde se encuentra la casa anfitriona y cómo se reunirá con el anfitrión.  
 Requisitos de supervisión de todas las personas que reciben servicios en los hogares anfitriones que opera. \_\_\_\_\_  
 Enumere las iniciales de los servicios de recepción de las personas y la agencia con la que está contratado para proporcionar Estos servicios: \_\_\_\_\_  
**¿Con qué CCB ha trabajado anteriormente?** \_\_\_\_\_

## DESCARGO DE RESPONSABILIDAD Y FIRMA

*Certifico que mis respuestas anteriores son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender. Si esta solicitud conduce a una relación contractual, entiendo que la falsificación o el engaño de información en mi solicitud o entrevista puede resultar en la terminación del contrato sin previo aviso.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Envíe todos los paquetes de solicitud y la documentación de respaldo a Real Care, Inc. en:

Correo electrónico: [rene@realcarecolorado.com](mailto:rene@realcarecolorado.com)

Fax: 720.242.6282

En persona: 10200 W 44th Ave, Suite #200, Wheat Ridge, CO 80033



# AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud de identificación individual como se describe a continuación. Entiendo que esta autorización es voluntaria. Entiendo que si la persona/organización autorizada por este comunicado para recibir mi información no es un plan de salud o un proveedor de atención médica, la información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no está protegida por la regulación federal de privacidad.

Nombre del consumidor: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Personas/Organizaciones que proporcionan la información:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Personas/Organizaciones receptoras de la información:

Real Care, Inc.  
10200 West 44th Avenue, Suite #200  
Wheat Ridge, CO 80033

Propósito de la divulgación: \_\_\_ At solicitud de registros de \_\_\_ Personal individuales \_\_\_ Eligibility Determinación \_\_\_ Coordinación de servicios  
\_\_\_ Program Planificación \_\_\_ Transition Planificación \_\_\_ Audits/Revisión de Programas/Servicios \_\_\_ Communication con mi familiar  
\_\_\_ Communication con mi abogado \_\_\_ Other (Especifique) \_\_\_\_\_

## Descripción específica de la información que se divulgará con la(s) fecha(s) incluida(s):

\_\_\_ Datos identificativos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_ IP/IFSP/IEP/ISSP \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Valoraciones/Evaluaciones \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Psicológico/Psychiatric \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Historia Social \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Reportes de Incidentes \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Comunicación con el familiar (especificar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Comunicación con el defensor (especifique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Otros (describir) \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Evaluaciones de Terapia \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Registros médicos \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Aplicación/Eligibility \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Educación/Capacitación/Servicios \_\_\_\_\_  
\_\_\_ HRC \_\_\_\_\_

Entiendo que la información en mi registro de salud puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud conductual o mental, y tratamiento para el abuso de alcohol y drogas.

Entiendo que, a menos que especifique una fecha o condición de vencimiento, esta autorización es válida por el período de tiempo necesario para cumplir su propósito, o hasta por un año a partir de la fecha de firma. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que se me pedirá que firme la Sección de Revocación en el reverso de este formulario. Además, entiendo que cualquier divulgación de información antes de la fecha de rescisión es legal y vinculante. Esta autorización expirará el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (MM/DD/AA). También entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que mis servicios no se verán afectados si no firmo, excepto para determinar la elegibilidad para los servicios de discapacidad del desarrollo, la elegibilidad puede ser denegada si no se otorga la autorización. Además, entiendo que puedo solicitar una copia de esta autorización firmada y que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si la solicito.

\_\_\_\_\_  
**Firma de la persona que recibe los servicios/tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**testigo, si es necesario**

\_\_\_\_\_  
*Relación con el consumidor*

Una fotocopia de este comunicado será tan válida como el original.