



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

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

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

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

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 has 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

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.