

SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN INICIAL DE HCBS

Para proveedores independientes

Llene todas las preguntas de manera precisa y legible. La falsificación y/u omisión de información puede resultar en una demora o denegación (A.A.C. R6-6-1514) de la certificación de HCBS.

A.R.S. 41-1030. **Nulidad de reglas no hechas de acuerdo con este capítulo; acción de agencia prohibida; actos prohibidos por empleados estatales; ejecución; aviso.**

B. Una agencia no basará una decisión de licenciamiento total o parcial en un requisito o condición de licencia que no esté específicamente autorizado por estatuto, regla o pacto tribal estatal de juego. Una concesión general de autoridad por ley no constituye una base para imponer un requisito o condición de licencia a menos que se establezca una regla de conformidad con esa concesión general de autoridad que autorice específicamente el requisito o condición.

D. Esta sección puede hacerse cumplir en una acción civil privada y una concesión puede adjudicarse en contra del estado. El tribunal puede otorgar honorarios razonables para abogados, daños y todos los honorarios asociados con la solicitud de licencia a una parte que prevalezca en una acción contra el estado por una violación de esta sección.

E. Un empleado estatal no puede violar esta sección de manera intencional o consciente. Una violación de esta sección es motivo de acción disciplinaria o despido de conformidad con la política de personal adoptada por la agencia.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Fecha de solicitud _____

Apunte todos los nombres usados anteriormente _____

NÚM. SEG. SOC. _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección postal (*Núm., Calle, Apt., Ciudad, Estado, Código postal*) _____

Dirección física (*Si es diferente a la anterior*) _____

Número de teléfono (*Hogar*) _____ Número de teléfono (*Móvil*) _____

Correo electrónico _____

1. ¿Alguna vez ha sido autorizado o certificado para cuidar de niños o adultos? Si contestó "Sí", proporcione las fechas, el estado y tipo (<i>tal como cuidado de niños, ACYF, etc.</i>) de la autorización o certificación y adjunte una copia si está disponible. Desde: _____ A: _____ Estado: _____ Tipo: _____ Desde: _____ A: _____ Estado: _____ Tipo: _____	Sí	No	
2. ¿Alguna vez le han denegado, revocado o suspendido una autorización o certificación? (<i>Si contestó "Sí", adjunte una explicación.</i>)	Sí	No	
3. ¿Alguna vez ha sido sujeto de una investigación por el Departamento de Seguridad de Niños (DCS, por sus siglas en inglés) o los Servicios de Protección al Adulto (APS, por sus siglas en inglés)? (<i>Si contestó "Sí", adjunte una explicación.</i>)	Sí	No	
4. Si los servicios deben prestarse en una instalación o residencia del solicitante, ¿ha sido algún miembro de hogar sujeto de una investigación por DCS y/o APS? (<i>Si contestó "Sí", adjunte una explicación.</i>)	Sí	No	N/A
5. ¿Alguna vez ha estado registrado para proporcionar servicios para AHCCCS? Si contestó "Sí", ¿qué es/era su número de AHCCCS? _____	Sí	No	
6. ¿Reside con usted la persona con discapacidades del desarrollo a la que pretende atender?	Sí	No	
7. Seleccione TODAS las categorías de servicio que está solicitando: 23 Ama de casa 28 Cuidado personal 26 Relevo 32 Habilitación 31 Transporte sin emergencia			

8. ¿Planea transportar miembros mientras brinda servicios? Si contestó "Sí", asegúrese de que la licencia de conducir, el seguro del automóvil y el registro del automóvil estén enumerados en la Sección 4	Sí No
9. ¿Planea brindar servicios en su hogar para miembros que no residen con usted? Si contestó "Sí", asegúrese de que la información de los miembros adultos del hogar se ingrese en la Sección 4. ¿Hay otros adultos (que no sean miembros de DDD) en su hogar? Si es así, asegúrese de que los miembros adultos del hogar estén incluidos en la sección Requisitos de Certificación.	Sí No Sí No

SECCIÓN 2: HISTORIAL DE TRABAJO
(NO SE REQUIERE PARA PADRES O FAMILIARES INMEDIATOS)
APUNTE EL TRABAJO MÁS RECIENTE PRIMERO O ADJUNTE SU CURRÍCULUM.

Nombre del empleador _____

¿Podemos comunicarnos con su supervisor? Sí No Núm. de teléfono _____

Dirección (Núm., Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del supervisor (Apellido, Nombre) _____

Duración del empleo (Desde/A) Desde: _____ A: _____

Puesto de trabajo o profesión _____

Deberes laborales _____

Nombre del empleador _____

¿Podemos comunicarnos con su supervisor? Sí No Núm. de teléfono _____

Dirección (Núm., Calle) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre del supervisor (Apellido, Nombre) _____

Duración del empleo (Desde/A) Desde: _____ A: _____

Puesto de trabajo o profesión _____

Deberes laborales _____

SECCIÓN 3: EXPERIENCIA

Último grado escolar completado _____ Título _____

Describa cualquier habilidad especial, licencia profesional, capacitación y/o experiencia anterior con niños o adultos relacionada al servicio que desea proporcionar. (p.ej., niñera/o, voluntariado, compañero, deportes o recreación organizada, cuidado de niños, campamentos, residencia de ancianos, hospitales y trabajando con personas discapacitadas; e indique la duración de experiencia en años)

SECCIÓN 4: REQUISITOS DE LA CERTIFICACIÓN

Llene lo siguiente:

REQUISITOS DE LA CERTIFICACIÓN	FECHA (MM/DD/AA)	N/A	VERIFIED BY PROVIDER COORDINATOR (SOLO PARA USO DE DDD)
a. Vencimiento de resucitación cardiopulmonar (RCP)			
b. Vencimiento de primeros auxilios			
c. Vencimiento de Artículo 9			
d. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales			
Si seleccionó N/A, el nombre del miembro: Relación al miembro:			
e. Auto divulgación de antecedentes penales			
f. Vencimiento de licencia de conducir			
g. Vencimiento de seguro del vehículo			
h. Vencimiento de registro del vehículo			
i. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			
j. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			
k. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			
l. Auto divulgación de antecedentes penales del miembro del hogar			
Nombre:			
m. Auto divulgación de antecedentes penales del miembro del hogar			
Nombre:			
n. Auto divulgación de antecedentes penales del miembro del hogar			
Nombre:			

Juro bajo pena de ley que incluye perjurio, falso testimonio o falsificación no jurada, que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Firma del proveedor _____ Fecha _____

SECCIÓN 5: FOR DDD USE ONLY (SOLO PARA EL USO DE DDD)

Print DDD Provider Coordinator's Name _____

Date Application Received by District _____ Phone Number _____

By signing, I affirm that I have reviewed this application for completeness and reviewed the provider's certification file.

Provider Coordinator's Signature _____ Date _____