

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN PARA HCBS

Por este medio, solicito la certificación para proporcionar Servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad (HCBS por sus siglas en inglés). Entiendo que, al firmar y enviar este formulario, autorizo a la OLCR para que evalúe mi capacitación, educación, experiencia y antecedentes, inclusive los penales y de los servicios de protección (los Registros Centrales de los Servicios de Protección al Adulto y de los Servicios de Protección al Menor), a fin de determinar si cumpla con los estándares de la certificación para proporcionar HCBS. Doy fe, bajo pena de perjurio y según mi leal saber y entender, que la información proporcionada en esta solicitud es fiel y cierta

Además, entiendo los requisitos para recibir la certificación y convengo en cumplir todas las leyes y regulaciones correspondientes. En particular, yo entiendo:

- Los estándares de certificación de los HCBS, conforme al Código Administrativo de Arizona en su Título 6, Capítulo 6, Artículo 15.
- Las normas para manejar conductas impertinentes conforme al Código Administrativo de Arizona en su Título 6, Capítulo 6, Artículo 9; y que el castigo físico es una forma prohibida de disciplina que no se usará mientras se proporcione HCBS.
- Que el abuso o uso ilegal de bebidas alcohólicas o de medicamentos recetados está estrictamente prohibido mientras yo tenga la responsabilidad de proporcionar HCBS.
- Que el uso o posesión de cualquier cantidad de drogas ilegales está estrictamente prohibido durante mi solicitud de certificación y mientras mi certificación esté vigente.
- Que la certificación no garantiza que se recomiende clientes a mi hogar o programa.
- Que suministrar información falsa, o tergiversar intencionalmente la información contenida en mi solicitud, puede resultar en la denegación de la misma o en la revocación de mi certificación.
- Todas las personas mayores de 18 años de edad que residan conmigo tienen que leer y firmar la página 2 de este formulario, si se prestan HCBS en mi hogar.

Además, al firmar esta Declaración de Entendimiento, autorizo a un representante de la División de Discapacidades del Desarrollo (DDD por sus siglas en inglés) para que introduzca mis datos y actualice mi solicitud electrónica para la certificación de HCBS. Esta autorización seguirá vigente hasta el término de mi certificación a menos que yo la revoque por escrito.

Nombre del solicitante (*Apellido, Nombre, S.I.*): _____
(*en letra de molde o a máquina*)

Núm. de QuickConnect o de Certificación de HCBS: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del representante de la DDD: _____ Fecha: _____

MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR QUE RESIDAN EN EL DOMICILIO DEL SOLICITANTE

Todas las personas mayores de 18 años de edad, que residan con el solicitante, tienen que leer y firmar la siguiente declaración de entendimiento, si se prestarán HCBS en el hogar del solicitante. Si no se prestan servicios en el propio hogar del solicitante, no es necesario que los demás miembros del hogar llenen y firmen este formulario.

Yo entiendo que _____, una persona con quien resido, solicita una certificación para proporcionar servicios Basados en el Hogar y en la Comunidad. Entiendo que, ya que soy mayor de 18 años de edad y resido en el hogar, se verificarán mis huellas digitales, mis antecedentes penales y mi expediente de los servicios de protección (Registros Centrales de los Servicios de Protección al Adulto y de los Servicios de Protección al Menor).

MIEMBRO DEL HOGAR #1

Nombre del adulto: _____ Relación con el solicitante: _____
(*en letra de molde o a máquina*)

Núm. de Seg. Soc.: _____ Fec. Nac. (*M/DD/AAAA*): _____ Sexo: Masculino Femenino

Firma: _____ Fecha: _____

MIEMBRO DEL HOGAR #2

Nombre del adulto: _____ Relación con el solicitante: _____
(en letra de molde o a máquina)

Núm. de Seg. Soc.: _____ Fec. Nac. (M/DD/AAAA): _____ Sexo: Masculino Femenino

Firma: _____ Fecha: _____

MIEMBRO DEL HOGAR #3

Nombre del adulto: _____ Relación con el solicitante: _____
(en letra de molde o a máquina)

Núm. de Seg. Soc.: _____ Fec. Nac. (M/DD/AAAA): _____ Sexo: Masculino Femenino

Firma: _____ Fecha: _____

MIEMBRO DEL HOGAR #4

Nombre del adulto: _____ Relación con el solicitante: _____
(en letra de molde o a máquina)

Núm. de Seg. Soc.: _____ Fec. Nac. (M/DD/AAAA): _____ Sexo: Masculino Femenino

Firma: _____ Fecha: _____

MIEMBRO DEL HOGAR #5

Nombre del adulto: _____ Relación con el solicitante: _____
(en letra de molde o a máquina)

Núm. de Seg. Soc.: _____ Fec. Nac. (M/DD/AAAA): _____ Sexo: Masculino Femenino

Firma: _____ Fecha: _____

MIEMBRO DEL HOGAR #6

Nombre del adulto: _____ Relación con el solicitante: _____
(en letra de molde o a máquina)

Núm. de Seg. Soc.: _____ Fec. Nac. (M/DD/AAAA): _____ Sexo: Masculino Femenino

Firma: _____ Fecha: _____