

# SOLICITUD DE RENOVACIÓN O CERTIFICADO DE HCBS MODIFICADO

## Para proveedores independientes

**Acción solicitada:**  Renovación     Modificación     Reactivar  
*(marque todo lo que corresponda)*

**Tipo de modificación:**  Cambio de nombre     Cambio de dirección     Eliminar servicio     Añadir servicio  
*(marque todo lo que corresponda)*  
 Cambio de número de teléfono o correo electrónico  
 Cambio de la ubicación del servicio  
 Añadir miembro del hogar     Eliminar miembro del hogar

### Sección 1: Información del solicitante

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_ QCID: \_\_\_\_\_ ID de AHCCCS: \_\_\_\_\_

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal (*Núm., Calle, Núm. de suite o Apto.*): \_\_\_\_\_

Dirección física (*Si es diferente de la anterior*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (*Hogar*): \_\_\_\_\_ Número de teléfono (*Móvil*): \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Sección 2: Detalles de la certificación

- 1) Seleccione TODAS las categorías de servicio que está solicitando:**  
 Ama de casa     Cuidado personal     Relevo     Habilitación, apoyo  
 Habilitación, arreglo de vivienda diseñado individualmente
- 2) ¿Transporta a miembros mientras proporciona servicios?**    Sí    No
- 3) ¿Ofrece servicios en su hogar para miembros que no residen con usted?**    Sí    No  
*Si contestó sí, responda lo siguiente:*
- a. ¿Cuál es la fecha de su última inspección del hogar? \_\_\_\_\_
- b. ¿Hay otros adultos (que no reciben servicios de la DDD) que viven en su hogar?    Sí    No

4) Proporcione la siguiente información de la certificación:	Fecha (mm/dd/aa)	N/A	Verified by Provider Coordinator <i>(Solo para el uso de la DDD)</i>
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, Nombre del miembro: _____			
Fecha de nacimiento del miembro: _____		Relación con el 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: _____			

4) Proporcione la siguiente información de la certificación (continuación):	Fecha (mm/dd/aa)	N/A	Verified by Provider Coordinator (Solo para el uso de la DDD)
l. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			
m. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			
n. Vencimiento de tarjeta de huellas digitales del miembro del hogar			
Nombre:			

Notas:

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

Firma del proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**For DDD Use Only (Solo para el uso de la DDD)**

Print DDD Provider Coordinator's Name: \_\_\_\_\_

Date Application Received by District: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Notes:

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

Provider Coordinator's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_