

INFORMACIÓN DEL APLICANTE		
Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellido: _____		
Nombre Anteriores: _____		
Dirección de Correo: _____		
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Fijo: _____ Celular: _____		
¿Aprueba recibir mensajes de texto por parte de Consumer Direct Care Network (CDCN)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección de Correo Electrónico: _____ Número de Seguridad Social: ____ - ____ - _____		
Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____ Lugar de Nacimiento (Estado): _____		
Nombre y Teléfono del Contacto de Emergencia: _____		
Idioma Principal: _____ Idioma Secundario: _____		
¿Cómo se enteró acerca de trabajar para CDCN? _____		

INFORMACIÓN ADICIONAL/EXPERIENCIA		
¿Licencia de Conducir Vigente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comentarios/Explicaciones:
¿Certificación Vigente de CPR?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Certificación Vigente de Primeros Auxilios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Experiencia con Elevador de Pacientes Hoyer Lift?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Puede cubrir un turno con poco tiempo de anticipación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cualquier restricción, tales como trabajar con ciertas mascotas, fumadores o levantamiento pesado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

CONDENAS CRIMINALES
<p>¿Alguna vez ha sido condenado por un crimen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(En caso de responder que sí, proveer fechas y sentencias impuestas. Las condenas no necesariamente prohibirán la contratación, pero serán consideradas con relación a requerimientos específicos del trabajo).</i></p>

UBICACIONES EN LAS QUE PUEDE TRABAJAR/DISPONIBILIDAD PARA VIAJAR
<p>¿Hacia qué zonas está dispuesto a viajar para trabajar? (rodee con un círculo o liste las ubicaciones):</p> <p>El Sur de NV: Las Vegas N. Las Vegas Henderson Boulder City Summerlin Sunrise Manor Winchester Spring Valley Pahrump Laughlin Mesquite Logandale Caliente</p> <p>Otra: _____</p> <p>El Norte de NV: Reno North Valleys (Sun Valley, Panther Valley, Golden Valley, Cold Springs) Washoe Sparks Spanish Springs Carson City Gardnerville Minden Mound House</p> <p>Otra: _____</p>

DÍAS Y HORARIOS EN LOS QUE ESTÁ DISPONIBLE PARA TRABAJAR							
	DOM	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	SÁB
Hora de Inicio							
Hora de Finalización							

LISTA DE CANDIDATOS/TAREAS ADICIONALES
<p>Estar incluido en la lista de posibles PCA (Lista de Candidatos) de Consumer Direct Care Network (CDCN) representa la oportunidad de conectarle con consumidores adicionales de CDCN luego de su colocación inicial. Los cuidadores que estén en la lista pueden querer más horas o más tareas permanentes. Usamos esta lista como una herramienta a largo plazo, corto plazo y necesidades urgentes de contratación. La <u>Lista de Candidatos</u> incluye su nombre, número de teléfono, disponibilidad y zona de la localidad en la que quiere trabajar. CDCN puede llamar a cuidadores de la lista para programar entrevistas y/o programas horas laborales.</p> <p>Para mantenerse con buena reputación en nuestra agencia se espera que cumpla las condiciones presentes en su Manual del Empleado – prueba de TB, CPR, Primeros Auxilios, Educación Continua, revisión de antecedentes y reseñas de Coordinadores de CDCN vigentes. Si sus requerimientos caducan, será eliminado de la <u>Lista de Candidatos</u>. Si no está disponible para un trabajo programado luego de aceptar la tarea, debe notificar a la oficina de CDCN. Una ausencia sin llamada puede resultar en la eliminación de la <u>Lista de Candidatos</u>.</p> <p>Su elección de debajo solamente afectará su estatus en la <u>Lista de Candidatos</u>. Una vez que esté contratado con un beneficiario, puede continuar trabajando con ese consumidor incluso si ha sido retirado de la lista.</p> <p>Estoy de acuerdo y entiendo la información de arriba con relación a la <u>Lista de Candidatos</u>. Deseo:</p> <p><input type="checkbox"/> Ser incluido en la <u>Lista de Candidatos</u>.</p> <p><input type="checkbox"/> No ser incluido en la <u>Lista de Candidatos</u>. No estoy interesado en trabajo adicional luego de la colocación inicial con un consumidor. Entiendo que, al tomar esta decisión, no seré elegible para presentar Reclamos de Desempleo.</p>

EDUCACIÓN						
Tipos de Escuela	Nombre de la Escuela	Ubicación (Dirección completa)	Rodee con un círculo el último grado cursado		Especialidad y Licenciatura	
Escuela Secundaria			9	10	11	12
			9	10	11	12
Universidad/ Negocio/ Escuela de Oficios			1	2	3	4
			1	2	3	4



EXPERIENCIA LABORAL			
Por favor, liste su experiencia de trabajo comenzando con el trabajo más reciente que ha tenido. Si era autónomo, proporcione el nombre de la firma. Adjunte hojas adicionales de ser necesario.			
Nombre del Empleador:	Nombre del Último Supervisor	Fechas del Empleo	Pago o Salario
Dirección:		Desde: Hasta:	Inicio: Final:
Número de Teléfono:	Su último cargo:		
Razón por la que se fue:			
Liste labores que ha tenido, tareas realizadas, habilidades utilizadas o aprendidas, progresos o ascensos mientras trabajaba en esta empresa:			

Nombre del Empleador:	Nombre del Último Supervisor	Fechas del Empleo	Pago o Salario
Dirección:		Desde: Hasta:	Inicio: Final:
Número de Teléfono:	Su último cargo:		
Razón por la que se fue:			
Liste labores que ha tenido, tareas realizadas, habilidades utilizadas o aprendidas, progresos o ascensos mientras trabajaba en esta empresa:			

Nombre del Empleador:	Nombre del Último Supervisor	Fechas del Empleo	Pago o Salario
Dirección:		Desde: Hasta:	Inicio: Final:
Número de Teléfono:	Su último cargo:		
Razón por la que se fue:			
Liste labores que ha tenido, tareas realizadas, habilidades utilizadas o aprendidas, progresos o ascensos mientras trabajaba en esta empresa:			



Referencias		
Liste tres referencias que puedan comprobar su carácter e historia laboral (<i>Requerido por el Código Administrativo de Nevada, Capítulo 449</i>).		
1. <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Profesional	Nombre de la referencia:	Teléfono:
Título de la referencia:		Parentesco:
Información adicional:		
2. <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Profesional	Nombre de la referencia:	Teléfono:
Título de la referencia:		Parentesco:
Información adicional:		
3. <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Profesional	Nombre de la referencia:	Teléfono:
Título de la referencia:		Parentesco:
Información adicional:		

POR FAVOR, LEA CON ATENCIÓN
<p>Ni el consentimiento de esta información o la entrada subsecuente a cualquier tipo de relación de empleo, ya sea en el cargo aplicado o en cualquier otro cargo, y sin importar el contenido de los manuales del empleado, manuales personales, planes de beneficios, declaraciones de políticas y elementos similares, ya que pueden existir de vez en cuando, u otras prácticas de la Empresa, deben funcionar para crear un contrato de empleo efectivo o implícito o para conferir cualquier derecho de mantener a un empleado en esta empresa. La relación no puede ser alterada, a excepción de que sea a través de un instrumento escrito que esté firmado por el Presidente de la Empresa. En caso de ser contratado, entiendo que la empresa puede cambiar o revisar unilateralmente sus beneficios, políticas y procedimientos, y que tales cambios pueden incluir la reducción de beneficios.</p> <p>Autorizo la investigación de todas las declaraciones incluidas en esta aplicación. Entiendo que la malinterpretación u omisión de datos solicitados es causa de despido en cualquier momento y sin notificación previa. Autorizo la investigación de todos los puntos presentes en este formulario y, por la presente, otorgo permiso a la Empresa para contactar escuelas, empleadores previos, referencias y otros, y también libero a la Empresa de cualquier responsabilidad como resultado de tal contacto. En caso de ser contratado, esta Autorización permanecerá archivada. Se utilizará para obtener información actualizada acerca de mí desde el Registro Central durante mi empleo. Una fotocopia o fax de esta Autorización es tan válida como la original.</p> <p>La Ley de Informes de Crédito Justos nos exige avisarle que, en conexión con nuestro procesamiento rutinario de su información de contratación, puede que solicitemos a una agencia de informes de solvencia un reporte investigativo de consumidor, incluyendo información como su carácter, reputación general, características personales y modo de vida. Tras una solicitud escrita por parte de usted, le proveeremos información adicional con relación a la naturaleza y alcance de cualquier reporte solicitado por nosotros.</p> <p>Entiendo que mi contratación en esta empresa será de prueba por un período de hasta 180 días, durante el cual mi relación de empleo con la empresa es finalizable a voluntad por cualquier razón y por cualquier parte.</p> <p>Firma del Apicante: _____ Fecha: _____</p> <p>Esta empresa es un empleador de igualdad de oportunidades y considera a los aplicantes sobre la base de cualificación sin importar el género, raza, color, discapacidad, origen nacional, religión, edad, preferencia sexual o cualquier otro criterio prohibido por leyes locales, estatales o federales.</p>



APLICANTES PARA ASISTENTES DE CUIDADO PERSONAL - Luego de haber sido seleccionado como candidato a contratar, usted debe completar, firmar y entregar la siguiente información a Consumer Direct Care Network (CDCN). Luego de la revisión y aprobación de todos los materiales entregados, CDCN le notificará por escrito cuándo podrá comenzar a trabajar con un formulario de "Autorización para Comenzar a Trabajar".

Requerimientos de Nómina

- Formulario de Datos del Empleado/Aplicación de Empleo
- Aviso Legal de Igualdad de Oportunidades en el Empleo
- I-9 - *el Empleado completa la Sección 1, el Empleado completa la Sección 2.*
- W-4
- Formulario de Selección de Pago
- Formulario de Reconocimiento del Empleado
- Nota de Salario
- Deducción de la Nómina
- Cuestionario de Salud
- Declaración de Buen Estado de Salud
- Horas Semanales Esperadas por el Nuevo Contratado
- Licencia de Conducir y Seguro de Automóvil (de ser aplicable)

Requerimientos del Programa

- Prueba de TB de piel de dos pasos - CDCN le proporcionará información sobre ubicaciones de las clínicas
- Oportunidad de Vacunación contra la Hepatitis B - firme el formulario para aceptar o rechazar la vacunación
- Tarjetas de Huellas Dactilares o Carta de Autorización para Recolección de Huellas Dactilares - Revisión de Antecedentes Criminales
- Exención de Aplicante Civil - Revisión de Antecedentes Criminales
- Entrenamientos Completados - Entrenamiento Inicial: 16 horas. Entrenamiento Anual: 8 horas.
- Copia del Certificado CPR y de Primeros Auxilios - CDCN le proporcionará información sobre locaciones para las clases. La certificación online no es válida o suficiente.

Después de completar todos los documentos de aplicación, debe entregarlos o enviarlos a nuestra oficina estatal vía correo postal, fax o como archivos adjuntos a un correo electrónico, utilizando la información de contacto de debajo.

Recordatorio: Usted no puede comenzar a trabajar como empleado hasta que todos los requisitos listados arriba sean completados, entregados y aprobados, y que CDCN le entregue un formulario de "Autorización para Comenzar a Trabajar". Necesitará mantenerse en cumplimiento con las regulaciones de Medicaid y requerimientos del programa como condición de empleo a través de CDCN.

Recordatorio: Las instrucciones de la EVV de AuthentiCare y los formularios relacionados con la nómina pueden descargarse desde el sitio web de CDCN Nevada: <http://consumerdirectnv.com/>