



# Channel Islands Social Services

*Sirviendo las Necesidades de Respiro del Condado de Ventura*

900 Calle Plano, Suite K, Camarillo, CA 93012

Phone (805) 384-0983 Fax (805) 384-0986

[www.IslandSocialServices.org](http://www.IslandSocialServices.org)

Estimado Aplicante:

Gracias por su interés en ser un Trabajador de Respiro para nuestras familias. Si tiene alguna pregunta referente al proceso de aplicación, llámenos al (805) 384-0983 ext. 0.

Si ha sido referido específicamente para trabajar con una familia, debe someter toda la siguiente información al mismo tiempo.

Por favor encuentre las siguientes formas incluidas en este paquete:

- Aplicación de Trabajador de Respiro
- Recibo de las Descripciones de Trabajo y Reconocimiento de los Requerimientos de la Posición
- Autorización de Antecedentes Personales y Legales
- Forma de Preferencia del Trabajador de Respiro
  
- W-4 Certificado de Exención de la Retención del Empleado (*para los impuestos*)
- Forma I-9 Verificación de Elegibilidad para Empleo
- Dos formas de identificación valida, como descrita atrás de la forma I9 [uno de la lista A o dos (uno de la lista B y uno de la lista C)]
  
- Copia de sus tarjetas de RCP y Primeros Auxilios
- Copia de Licencia de Manejo y Tarjeta de Asegurancia de Auto valida con su nombre asignado en la póliza
- Reconocimiento de Padre/Guardián (*Requerido específicamente si la familia lo esta refiriendo para ser empleado*)

Puede marcar las formas como las vaya completando. Mantenga esta carta como recordatorio propio de las formas que ha sometido.

Si esta aplicando para trabajar con múltiples familias, la Forma de Preferencia del Trabajador de Respiro, Autorización de Antecedentes Personales y Legales, W4 y I9 son requeridas después de una oferta de empleo. Las puede someter ahora, pero no son necesarias inicialmente.

Todos los Trabajadores de Respiro deben de haber tomado el entrenamiento de RCP y Primeros Auxilios para ser calificados para la posición. Si no ha tenido este entrenamiento en el año pasado, o no tiene una copia de su tarjeta, déjenos saber para que le enviemos información sobre entrenamientos locales en la comunidad, y el entrenamiento gratuito que ofrecemos a todos nuestros empleados en nuestra oficina en Camarillo cada mes. Tendrá treinta (30) días para completar este entrenamiento de mandato estatal al ser empleado.

El contenido de todas las formas de empleo es CONFIDENCIAL y no será compartida con familias o personal de CISS que no es parte del personal de administración. Esperamos que usted pueda ser parte del Equipo de Channel Islands! Felicidades en tomar el primer pasó en hacer una diferencia en la vida de nuestras familias locales.

Sinceramente,

*Sharon M. Francis*

Sharon M. Francis  
Directora Ejecutiva



# Channel Islands Social Services

Sirviendo las Necesidades de Respiro del Condado de Ventura

900 Calle Plano, Suite K, Camarillo, CA 93012

Phone (805) 384-0983 Fax (805) 384-0986

[www.IslandSocialServices.org](http://www.IslandSocialServices.org)

## Aplicación de Trabajador de Respiro

CISS es un empleador de igual oportunidad. El contenido de esta forma es **confidencial** y debe de ser contestado honestamente y completamente bajo pena de perjurio. El falsificar cualquier información contenida en esta aplicación servirá para negación de trabajo o terminación inmediata de empleo.

### A. Información de Contacto

Nombre Legal del Apicante: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Bilingüe?  Si  No Si es, que lenguaje? \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Domicilio de Casa: \_\_\_\_\_

Si el domicilio de correo es diferente, por favor marque: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\*CA Licencia de Manejo/ID # \_\_\_\_\_ \*\* Tiene aseguranza de vehiculo?  Si  No

*\*(Todos los trabajadores deben de poder manejar como condición de empleo, a menos que una familia ha pedido que le empleamos específicamente para trabajar con ellos)*

*\*\* (Aseguranza de automóvil es requerida para reclamar reembolso de millaje)*

Enumere los nombres de los condados y estados en los que ha vivido en los ultimos 7 años:

Si usted ha sido referido específicamente por una familia para ser su Trabajador de Respiro, por favor escriba los **nombres completos** de los individuos que necesitan cuido de respirio (por ejemplo, la persona con la discapacidad): \_\_\_\_\_

### B. Historia de Empleo:

Por favor escriba la información sobre sus previos 10 años de empleo (continúe en un papel separado si es necesario)

Fecha de Comienzo	Fecha de Termino	Nombre de Empleador Y Ciudad	Numero de Teléfono Y Posición	Tiempo Completo o Parcial?

### C. Entrenamiento y Experiencia Relacionada a Discapacidades:

Fecha(s)	Entreneador/Empleador	Descripcion

Actualmente tiene certificación de Primeros Auxilios y Resucitación Cardio Pulmonar (RCP)\*?  Si  No

Todavía tiene la tarjeta?  Si  No, pero la puedo obtener

\*Entrenamiento en RCP y Primeros Auxilios es un pre-requisito (necesario) para todos los Trabajadores de Respiro como requerido por el Titulo 17 del Codigo de Regulaciones. Todos los trabajadores tienen que recibir entrenamiento antes que su empleo sea finalizado con CISS en los primeros 30 dias. *Pregunte sobre nuestras clases GRATUITAS*

## Pagina 2 Aplicación de Trabajador de Respiro Channel Islands Social Services

Nombre del Aplicante: \_\_\_\_\_

*CISS es un empleador de igual oportunidad. El contenido de esta forma es **confidencial** y debe de ser contestado honestamente y completamente bajo pena de perjurio. El falsificar cualquier información contenida en esta aplicación servirá para negación de trabajo o terminación inmediata de empleo.*

### D. Referencias (2 por lo menos) – no enumere parientes:

Nombre Y Numero de Teléfono	Domicilio (al menos ciudad/estado)	Describa Su Relación
Nombre: Teléfono (      )		
Nombre: Teléfono (      )		
Nombre: Teléfono (      )		

### E. Revelación de Record Criminal:

**Nota:** Debido a la naturaleza de trabajo realizado por Channel Islands Social Services, CISS no puede emplear individuos con ciertos antecedentes penales. CISS tiene la póliza de proteger a las familias y individuos vulnerables que servimos al no permitir (prevenir) empleo sin-supervisión, con cuidado directo del Trabajador de Respiro, para individuos que han sido declarados culpables de crímenes menores o felonías incluyendo pero no limitados a los siguientes: Crimen de violencia o sexuales en naturaleza, crimen de abuso y negligencia, crimen de fiduciario (ejemplo: fraude, robar, malversar dinero...), posesión de drogas ilegales y/o conducir bajo la influencia de bebidas alcohólicas (DUI.). Si soy empleado, estoy de acuerdo en reportar inmediatamente a CISS de cualquier futura convicción de crimen, y entiendo que puede ser causa de terminación de empleo.

**Ha sido declarado culpable de una ofensa criminal?**  Si  No

*Si, por favor explique la naturaleza del crimen y cuando ocurrió: Agregue otra pagina si es necesario*

### F. Fiabilidad y Términos de su Empleo y Disposición "At Will":

Si soy contratado, entiendo que horas de trabajo no son garantizadas y que las familias se comunicaran directamente conmigo para citar sus servicios de respiro necesarios. Si no puedo reportarme a mi turno, yo debo de comunicarme con la familia inmediatamente. Yo también entiendo que para continuar empleo, necesito someter una hoja de pago cada treinta (30) días y ser flexible e fiable con las familias que me escogieron como su trabajador. Faltas repetidas a su turno de trabajo solicitado pueda ser razón de terminación de empleo, re-asignación con otra familia, o colocación en la lista de Trabajadores de Respiro "En Llamada". Todo empleo será a disposición de "At Will" y cualquiera de los dos (CISS o empleado) puede terminar el acuerdo de empleo en cualquier momento y sin ninguna dicha razón.

### G. Acuerdo de Calificaciones Para Trabajador de Respiro:

He recibido la descripción de trabajo por escrito y una copia de los requisitos de descritos en regulación para Trabajadores de Respiro en Casa [CCR17 §56792(e)]. Entiendo que, si soy contratado, tengo que reunir los requisitos y calificaciones mínimas como explicadas para obtener y retener empleo.

He llenado esta aplicación honestamente. Si contratado, estoy de acuerdo con las condiciones de empleo que están declaradas aquí.

\_\_\_\_\_  
Firma del Aplicante para Trabajador de Respiro

\_\_\_\_\_  
Fecha

# Channel Islands Social Services

## Descripción de Trabajador de Respiro

---

### Calificaciones Mínimas:

- a. Tener dieciocho (18) años de edad o quince (15) con permiso valido para trabajar, elegible para trabajar en los Estados Unidos. (tener numero de seguro social valido), y que puede pasar verificación de nombre y domicilio
- b. Pasar por el registro nacional de archivo de criminal adulto (si es mayor de 18 años) y registro criminal de archivo menor en el condado (incluye no tener convicciones de manejo bajo la influencia del alcohol en los últimos 5 años), con ningún antecedente penal de convicción de crimen de violencia, sexual, malvercion de dinero, manejando imprudentemente, o condenas de posesión de drogas ilegales en naturaleza.
- c. Provee dos referencias personales y/o profesionales que sean positivas
- d. Haber recibido entrenamiento de (RCP) Resucitación de Cardio Pulmonar y Primeros Auxilios
- e. Reúne los requisitos de entrenamiento necesarios para su posición
- f. Debe con seguridad y habilidad poder levantar 50 libras
- g. Esta físicamente capacitado para realizar las tareas asociadas con cada asignación aceptada
- h. Tiene que tener licencia de California para manejar/conducir y aseguranza de automóvil si va a someter cobro para millaje

### Obligaciones de Trabajo:

**Regularmente sirve como Trabajador de Respiro Disponible para dos (2) o más familias** que tienen una autorización de con CISS (definido como el asistir a dos familias durante el mismo periodo de dos semanas). Es responsable por el cuidado directo al individuo que recibe servicios de respiro, que vive con su familia/guardián. Como Trabajador de Respiro principal, el empleado tiene que trabajar en colaboración con la familia para citar horas de respiro cada mes que la familia necesita y que no se pase de las horas autorizadas para el año. El Trabajador de Respiro principal debe de estar disponible para trabajar horas necesarias cuándo la familia le da (72) setenta-y-dos horas de aviso. Si el Trabajador de Respiro principal no puede ayudar a la familia, el Trabajador de Respiro debe dirigir a la familia a que llame a CISS. Cancelaciones frecuentes o falta de disponibilidad para ayudar a una familia deben ser reportadas a CISS.

El Trabajador de Respiro esta de acuerdo en seguir las pólizas y procedimientos de CISS, y mantener a los individuos bajo su cuidado seguros y en buena salud en todo tiempo. El apoyo dado al individuo puede incluir pero no es limitado a: juegos sociales, asistencia con tarea, preparación de comida, ayuda con higiene personal y ayuda de cuidado personal (pueda incluir uso de baño y ayuda en cambio de pañal), supervisión de medicamento auto administrado, implementación de programas positivos de comportamiento, y actuar como compañero.

Otras responsabilidades del Trabajador de Respiro incluyen pero no son limitadas a los siguiente: si autorizado por escrito por los padres/guardián, dará medicamento oral o supervisara auto administración; notar cambios relacionados al individuo recibiendo servicios en su alrededor; reportar oportunamente cualquier preocupación o lesión a la administración de CISS (reporte por escrito puede ser necesario); mantener confidencialidad de acuerdo con la póliza de CISS; y someter hojas de pago con exactitud y a tiempo, pero no mas tarde de treinta días (30) después de llevar a cabo el Trabajo de Respiro.

**Horas de Trabajo:** La posición es por hora, temporal, como disponible, no exempto. Las horas de trabajo son determinadas entre la familia y el empleado de CISS, y de esta manera el trabajo no es garantizado. El empleado tiene la responsabilidad de ponerse en contacto por escrito con CISS sobre su disponibilidad para trabajo adicional. Como el empleado establece sus propias horas con la familia que esta ayudando, el empleado debe someter su hoja de pago por lo menos cada treinta (30) días para mantenerse empleados.

**Sueldo:** **\$9.50 - \$10.00/hora mas reembolso de millaje de \$0.40/milla**

**Reportes Directo:** Ningún. Se reporta al Director de Operaciones/CEO



# Channel Islands Social Services

*Sirviendo las Necesidades de Respiro del Condado de Ventura*

900 Calle Plano, Suite C, Camarillo, CA 93012

Phone (805) 384-0983 Fax (805) 384-0986

[www.IslandSocialServices.org](http://www.IslandSocialServices.org)

## Recibo de Descripción de Trabajo y Reconocimiento de Requerimientos de Posición

### Código de Regulaciones de California - Título 17

### Normas de Conducta Para Servicios de Respiro de Agencias

### Sección 56792 – Calificaciones y Funciones del Personal

- (e) El vendedor asignara al personal en llevar a cabo los servicios de respiro en casa.
  - (1) Cada trabajador de respiro será responsable por las siguientes funciones:
    - (A) Ejecutar servicios de respiro;
    - (B) Mantener información como es requerida en secciones 56796(a)(4) y 56798(c)(2)(B) de estas regulaciones; (que dice que Trabajadores de Respiro tienen que retener documentos indicando las fechas y horas de servicio por cada consumidor; y notas reflejando eventos y información que no esta documentado en otro lado.)
    - (C) Obtener información referente al cuidado específico única al consumidor al tiempo, o antes del tiempo en el que los servicios sean entregados.
    - (D) Obtener números de teléfono y locales donde miembros de familia pueden ser contactados durante la provisión de servicios de respiro en casa.
  - (2) El vendedor no asignara otras funciones al trabajador de respiro encima de las funciones anotadas durante las horas que el trabajador esta ejecutando los servicios de respiro.
  - (3) El trabajador de respiro tendrá las siguientes calificaciones mínimas:
    - (A) Ha recibido entrenamiento de resucitación cardio pulmonar y primeros auxilios de agencias que proveen este entrenamiento incluyendo pero no limitado a La Cruz Roja (Red Cross):
    - (B) Educación y experiencia requerida en la descripción de trabajo; y,
    - (C) Habilidad de ejecutar las funciones que son requeridas en el diseño de servicio.

\* \* \* \* \*

He revisado la descripción de trabajo para el Trabajador de Respiro I y II de CISS, y también los niveles regulatorios enumerados en esta pagina. Yo tengo las calificaciones mínimas para la posición y podré ejecutar las tareas de mi posición.

\_\_\_\_\_  
Firma de Trabajador de Respiro

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Channel Islands Social Services

Sirviendo las Necesidades de Respiro del Condado de Ventura

900 Calle Plano, Suite C, Camarillo, CA 93012

Phone (805) 384-0983 Fax (805) 384-0986

[www.IslandSocialServices.org](http://www.IslandSocialServices.org)

## AUTORIZACIÓN de ANTECEDENTES PERSONALES y LEGALES

Yo doy autorización a Channel Islands Social Services o su agente SINGLESOURCE SERVICES CORPORTATION, a que completen una investigación personal para determinar cualquiera y toda información relacionada a mis antecedentes, si los antecedentes son iguales o no, y también libero al empleador y personas nombradas en mi aplicación de toda responsabilidad por cualquier daño resultado al él/ella haber proporcionado dicha información.

Adicionalmente, yo doy autorización a toda investigación de mi historia personal, incluyendo pero no limitada a mi historia de crédito, historia de manejo, educación, registro militar, antecedentes militares y yo también autorizo a empleadores previos y todas referencias proveídas por mi o que surgieren como parte de la investigación a que hagan publico la información sobre mi rendimiento, integridad, carácter general, y cualquier otra información solicitada. Yo autorizo la liberación de esta información por parte de las agencias apropiadas a los servicios de investigación. Yo entiendo que esto puede incluir un reclamo de compensación al trabajador después de que una oferta condicional de trabajo ha sido hecha. Yo también entiendo que puedo ser requerido a tomar una prueba de narcóticos para detectar el uso de drogas antes o durante mi empleo.

Esta autorización en su forma original o copia será valida para esta y cualquier reporte en el futuro e información al corriente que puede ser solicitada.

### POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Otros Nombres usados o SSN Usados: \_\_\_\_\_

Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Numero de Licencia de Manejo: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ \*FDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*\*Fecha de nacimiento es opcional y usada solamente para el propósito de identificación en investigaciones*

### LISTE TODOS SUS DOMICILIOS EN LOS ULTIMOS 7 AÑOS: ( marque aquí si hay más en el reverso)

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Fechas:	de	a

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Fechas:	de	a

Podemos Contactarnos con su Empleador Actual?  SI  NO

Ha sido declarado culpable de una ofensa criminal?  SI  NO

*Esto incluye pero no es limitado a declaración de culpa, nollo contendere, no contesta, adjudicación no dada, y programas de intervención antes de juicio. Si la respuesta es si, de los detalles incluyendo la fecha, cargo, condado y disposición al reverso.*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Client Ref: \_\_\_\_\_ For Channel Island Social Services Office Use ONLY Date Requested: \_\_\_\_\_

Fax to: 904.241.0601 or 877.835.5787

Please carry out the services indicated below:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Residence Trace                                  | <input type="checkbox"/> Statewide Criminal (State _____) | <input type="checkbox"/> Employment Verifications*                      |
| <input type="checkbox"/> Residence Trace with 7-year Criminal             | <input type="checkbox"/> County Criminal (County _____)   | <input type="checkbox"/> Employment References*                         |
| <input type="checkbox"/> Residence Trace with 7-year Criminal + Discovery | <input type="checkbox"/> County Criminal (County _____)   | <input type="checkbox"/> Personal References* (*attach job application) |
| <input type="checkbox"/> Discovery  | <input type="checkbox"/> County Criminal (County _____)   | <input type="checkbox"/> Other _____                                    |
|   | <input type="checkbox"/> Driving History                  |   |



# Channel Islands Social Services

Sirviendo las Necesidades de Respiro del Condado de Ventura

900 Calle Plano, Suite C, Camarillo, CA 93012

Phone (805) 384-0983 Fax (805) 384-0986

[www.IslandSocialServices.org](http://www.IslandSocialServices.org)

## Preferencias del Trabajador de Respiro

CISS cree en conectar a las familias y sus hijos con un Trabajador de Respiro apropiado para obtener el más alto grado de compatibilidad y éxito para el programa de respiración en casa. Por favor complete la siguiente información, que será compartida con familias interesadas para que se puedan poner en contacto con usted directamente.

### A. Información de Contacto

Nombre de Trabajador del Respiro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Bilingüe?  Si: \_\_\_\_\_  No Ciudad Local: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### B. Disponibilidad General (marque una)

Disponible a trabajar con múltiples familias  Prefiere trabajar con una familia: \_\_\_\_\_  
(nombre completo)

Por favor escriba en cada día de la semana, las horas que usted esta generalmente disponible en dar servicios de respiración:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
A							
M							
P							
M							

Dispuesto a trabajar sobre la noche?  Si  No  A lo Mejor

Dispuesto a trabajar días de fiesta?  Si  No  A lo Mejor

Dispuesto a proveer cuidado personal (bañar, ir al baño, etc.)?  Si  No  A lo Mejor

Edades con las cuales estoy interesado en trabajar:  Cualquier edad  0-5  5-12  12-22  Adultos  Ancianos

### C. Ciudades Y Preferencias

Por favor marque las cajas de las ciudades en donde usted esta disponible para dar servicios de respiración en casa:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. TODO Condado del Este | <input type="checkbox"/> 2. TODO Condado Central | <input type="checkbox"/> 3. TODO Interior y Oeste |
| <input type="checkbox"/> Simi Valley              | <input type="checkbox"/> Camarillo/Somis         | <input type="checkbox"/> Ventura                  |
| <input type="checkbox"/> Moorpark                 | <input type="checkbox"/> North Oxnard            | <input type="checkbox"/> Ojai                     |
| <input type="checkbox"/> Newbury Park             | <input type="checkbox"/> South Oxnard            | <input type="checkbox"/> Santa Paula              |
| <input type="checkbox"/> Thousand Oaks            | <input type="checkbox"/> Port Hueneme            | <input type="checkbox"/> Fillmore/Piru            |
| <input type="checkbox"/> Westlake/Oak Park/Agoura |  |   |

### D. Experiencia con Incapacidades

Generalmente, me siento a gusto en apoyar individuos con las siguientes condiciones:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cualquier, con entrenamiento   | <input type="checkbox"/> Autismo                         | <input type="checkbox"/> No-Ambulante (silla de ruedas/andador) |
| <input type="checkbox"/> Retraso Mental – Leve a Moderado   | <input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger's          | <input type="checkbox"/> Incontinencia (no usa pañales)         |
| <input type="checkbox"/> Retraso Mental - Moderado a Severo   | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                | <input type="checkbox"/> Incontinencia (usa pañales)            |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de Comportamiento – Leve a Moderado   | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral              | <input type="checkbox"/> Diabetes/ Dieta Especial               |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de Comportamiento- Moderado a Severo  | <input type="checkbox"/> Convulsiones (leve/infrecuente) | <input type="checkbox"/> Prader Willi                           |
| <input type="checkbox"/> No-Verbal  | <input type="checkbox"/> Convulsiones (frecuente)        | <input type="checkbox"/> PICA (come objetos no comibles)        |
| <input type="checkbox"/> Caso Medico - Leve (medicamento solamente)   | <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett                | <input type="checkbox"/> Impedimento de Audición/Sordo          |
| <input type="checkbox"/> Caso Medico - Moderado (cambiar gases y medicina)  | <input type="checkbox"/> Síndrome de Rett                | <input type="checkbox"/> Impedimento Visual/Ciego               |
| <input type="checkbox"/> Caso Medico - Severo (Cuidado de tubo de nutrición y/o inyecciones de insulina – puede requerir enfermera) |  |   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |  |   |

\*Requiere entrenamiento más extensivo de los padres, que la orientación típica, antes de trabajar con su hijo/a

## Pagina 2 de la Forma de Preferencia del Trabajador de Respiro para Channel Islands Social Services

### E. Información de Emergencia del Trabajador de Respiro

*La salud y seguridad de nuestros empleados son muy importantes para nosotros. Por favor llene esta sección y asegure que cada familia a la que ayuda tiene esta información y la tiene disponible si algo le pasa a usted.*

Contacto de Emergencia	Relación	Numero de Teléfono

Alergias: \_\_\_\_\_

### F. Limitaciones Físicas

*\* Ponga atención que en la sección (f) de la descripción del trabajo requiere que tenga la habilidad de levantar un mínimo de 50 libras con seguridad.*

- No puedo subir escaleras  
 Por orden del doctor, no puedo levantar mas de \_\_\_\_libras (debe incluir una nota médica)

Limitaciones  Si  No. (Marque una caja)

Si marco SI, desciba su limitación y posibles acomodaciones que se pueden hacer:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### G. Ambiente de Hogar Preferido

- Prefiero hogar en el cual nadie fuma  
 Prefiero no animales en el hogar porque tengo alergias

He llenado la información de arriba honestamente y daré información corriente a CISS como sea apropiado. Entiendo que es me responsabilidad de dar mi información de emergencia a cada familia al tiempo en el cual provee servicios.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Apicante para Trabajador de Respiro

\_\_\_\_\_  
 Fecha

*Por favor regrese esta forma completada a la oficina de CISS en cuanto usted reciba una oferta de empleo. Si usted decide someter esta forma antes que se le ofrezca empleo, usted lo esta haciendo por su voluntad y reconoce que CISS no lo usa para dar empleo.*

**Channel Islands Social Services**  
 900 Calle Plano, Suite K, Camarillo, CA 93012  
 Phone (805) 384-0983 Fax (805) 384-0986



# Channel Islands Social Services

*Sirviendo las Necesidades de Respiro del Condado de Ventura*

900 Calle Plano, Suite K, Camarillo, CA 93012

Phone (805) 384-0983 Fax (805) 384-0986

[www.IslandSocialServices.org](http://www.IslandSocialServices.org)

## Reconocimiento de Padres/Guardián en Designación de Trabajador de Respiro

I, \_\_\_\_\_, yo soy  padre o  guardián de  
(Imprima su nombre)

\_\_\_\_\_, un consumidor de El Centro Regional.  
(Imprima nombre del niño/a)

Por este medio yo designo \_\_\_\_\_ para proveer servicios  
(Nombre de Trabajador de Respiro)

de respiración para (mencionado arriba) niño/a. Yo creo que esta persona es de buen carácter moral, y

lo/la conozco personalmente por \_\_\_\_\_ años como \_\_\_\_\_.  
(Numero de años) (Relación: amiga/o, vecino, pariente...)

La determinación en designar este Trabajador de Respiro es mi **responsabilidad única**, abase de mi conocimiento personal y relación con esta persona y **Yo renuncio a todos los reclamos** y/o acciones contra Channel Islands Social Services (CISS) para mi decisión. Yo entiendo que si CISS descubre que este trabajador tiene archivo criminoso o no es elegible para empleo en los Estados Unidos, que CISS puede escoger de no darle empleo a este trabajador y que tal descubrimiento será mantenidos confidencial y serán compartidos solamente con el trabajador de respiración directamente.

Nosotros, los padres o guardián y el Trabajador de Respiro designado, he recibido una copia de estas reglas se saben como CCR Título 17, Sección 56792(e) y el Trabajador de Respiro como se describe en esta renuncia, y tiene las mínimas calificaciones y escribo mis iniciales como testigo:

\_\_\_\_\_(Trabajador de Respiro (Candidato)

\_\_\_\_\_(Padres/Guardián)

Solo si es revocado, esta renuncia se mantendrá en efectivo durante el servicio autorizado para el respiración de mi hijo/a suministrado por Channel Islands Social Services.

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padres/Guardián)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Firma de Trabajador de Respiro)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)