

**Paquete para
Añadir un
Nuevo Cliente**

This page intentionally left blank.

PSW (TRABAJADOR DE APOYO PERSONAL) FORMULARIO DEMOGRAFICO

SE REQUIERE VERIFICAR EL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN EN PERSONA

***REQUERIDO**

* MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:	<input type="checkbox"/> APLICANTE NUEVO <input type="checkbox"/> AÑADIR CLIENTE <input type="checkbox"/> SIN CLIENTE	<input type="checkbox"/> ACUALIZAR DEMOGRÁFICOS/INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN DE EXPEDIENTE DE CRIMINALIDAD
* NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE PSW:		
* APELLIDO:	* NOMBRE:	
* DIRECCIÓN DE ENVÍO:		
* DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	* NÚMERO DE TELÉFONO:	
* FECHA DE NACIMIENTO:	* NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	
* CLIENTE/NOMBRE DEL INDIVIDUO:	* PRIME CLIENTE/INDIVIDUO:	
* RELACIÓN CON EL CLIENTE / INDIVIDUO:	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> NO RELACIONADO	
* NOMBRE DEL EMPLEADOR:		

DATE STAMP:

This page intentionally left blank.

**Developmental Disabilities
Employer/Personal Support Worker/
Domestic Employee Information**

Cliente & Empleador/participe perfil	
Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:
Direccion de envio:	Numero de telefono:
Direccion fisica:	Coordinador de servicios (Case worker):
Prime number:	Numero de telefono del oordinador de servicios (Case worker):

Trabajador de asistencia personal/domestica empleada perfil	
Nombre del trabajador:	Numero de Seguro Social:
Numero de proveedor:	Fecha de nacimiento:
Direccion:	Numero de telefono:
Ciudad, Estado, Codigo Postal:	Correo electronico:

Program: 49, 150, 151, or PC 20

Nuevo Empleado: <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Fecha de empleo:	Pago por hora:	Salario mensual (si se aplica):
--	------------------	----------------	---------------------------------

Nombre del brokerage/CDDP: Marion County I/DDS	Fecha de inicio: Depende del numer de SPD	Fecha de finalizacion: y/o el proceso del FI
---	--	---

Por favor, marquee los tipos de servicios de que este empleado hara. Vea los detalles de cada una de las areas en la pagina siguiente, por favor.	<input type="checkbox"/> Apoyos de vida en la comunidad <input type="checkbox"/> Servicios de limpieza <input type="checkbox"/> Transportacion que no relacionada con cita medicas <input type="checkbox"/> Apoyos de interaccion en la comunidad <input type="checkbox"/> Otro:	Cambios durante dias de trabajo: De/Desde:
		<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
		A/Hasta:
		<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.
		Horario Regular dias de descanso:
		<input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mart <input type="checkbox"/> Mier <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sab <input type="checkbox"/> Dom

Por favor marquee todos los servicios que su empleado proporcionan. Si una actividad aprobada no esta incluida, por favor la escriba el servicio en la columna "otros servios"

Apoyo viviendo comunidad	Empleado	Domiciliaria y tareas	Empleado	Transporte no medio (marquee todos que hara)	Empleado	Apoyo inclusion en al comunidad (Lista de actividades en el cuadro de abajo)	Empleado	Otro servicios que su Empleado haran (escribalo aqui)	Empleado
Comida	<input type="checkbox"/>	Dar y prepara la medicacion	<input type="checkbox"/>	Maneje su vehiculo	<input type="checkbox"/>	Las actividades que apoyen la independencia e inclusion en la comunidad	<input type="checkbox"/>	Crear y enviar servicio entregado las entradas (horas trabajadas) usando el sistema eXPRS	<input checked="" type="checkbox"/>
Baño/ducha	<input type="checkbox"/>	Limieza de la casa	<input type="checkbox"/>	Maneje en el carro del Empleado	<input type="checkbox"/>	Eleccion del cliene de las actividades	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	Lavanderia	<input type="checkbox"/>	Te trasportara por public	<input type="checkbox"/>	Servicios de descanso	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Higiene personal	<input type="checkbox"/>	Dieta especial/preparacion de la comida	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Movilidad	<input type="checkbox"/>	<u>Compras</u>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Socializacion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Participacion de la comunidad	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Comunicacion	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Habilidades personales del medio ambiente	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

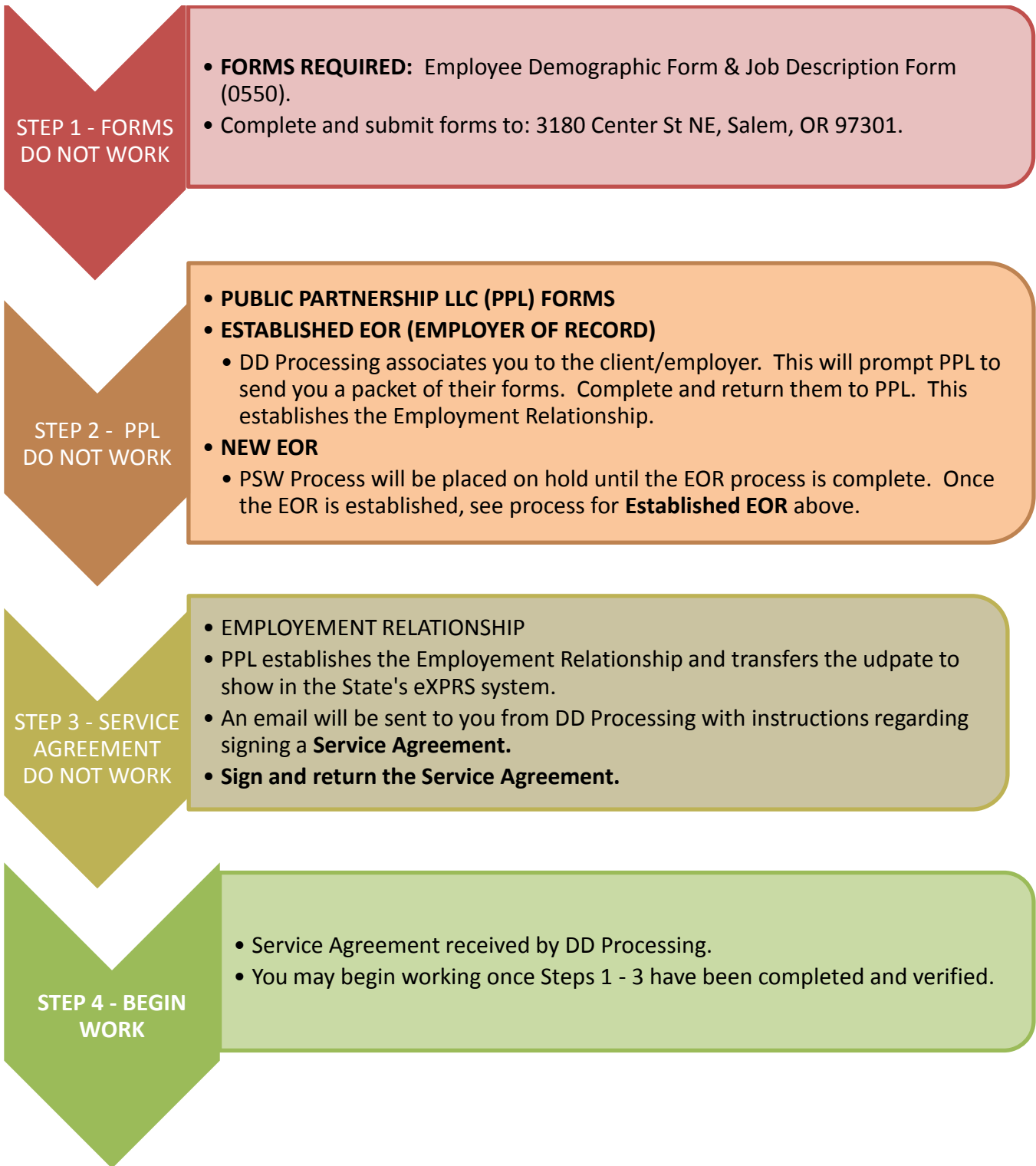
Firme de empleado

Fecha

Firme de empleador

Fecha

Marion County CDDP PSW Enrollment Process - Existing PSW Adding a New Client



Approximate Time Line: 4 Weeks	STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4
	24 – 48 hours	2 - 3 Weeks	Arrange with DD Processing	Steps 1 - 4 are completed and verified
	DO NOT WORK			OK TO WORK