



Actualización de Disponibilidad del Proveedor de Registro

Para mantenerse en el Registro, a usted se le requiere actualizar su disponibilidad mensualmente o antes según haya cambios.

- Si su apellido comienza con las letras: A-M, UD tendrá que actualizar su disponibilidad entre el 1 y el 15 de cada mes.
- Si su apellido comienza con las letras: N-Z, UD tendrá que actualizar su disponibilidad entre el 16 y el 31 de cada mes.

Nota: Usted debe ser un Proveedor del Registro activo para enviar esta información.

| | | |
|-------------------------|-----------------------------------|--|
| Nombre | Inicial del segundo nombre | Apellido |
| Dirección actual | | No. Apartamento/unidad |
| Ciudad | Código Postal | Últimos 4 Números del Seguro Social |

Correo Electrónico: _____

1. Incluya un número telefónico a donde le puedan llamar los Clientes de IHSS para ofrecerle trabajo.

() _____

2. ¿Está disponible para aceptar trabajo de IHSS Clientes NUEVOS?

Sí No

3. Si contesto 'No' a la pregunta #2, escriba los nombres de los Clientes de IHSS con los cuales está trabajando actualmente y pase a la pregunta #8:

a. _____ b. _____ c. _____

4. Marque los horarios que está Usted disponible para aceptar trabajo de IHSS Clientes NUEVOS:

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|
| Marque todos según apliquen | Lun | Mar | Miér | Jue | Vie | Sáb | Dom |
| Mañanas | | | | | | | |
| Tardes | | | | | | | |
| Noches | | | | | | | |

5. ¿Cuántas horas a la semana está Usted disponible para trabajarle a Clientes de IHSS?

5-10 horas
 10-15 horas
 15-20 horas
 20-25 horas
 25-30 horas
 30-35 horas
 35-40 horas
 40 horas o más

6. ¿Cuántas millas está dispuesto a conducir o desplazarse desde su hogar al trabajo para trabajarle a Clientes de IHSS?

10 millas 15 millas

7. ¿Cuenta con un vehículo que se pueda utilizar para trabajarle a Clientes de IHSS?

Sí No

**** Recuerde que usted debe ser la única persona conduciendo al Cliente de IHSS. Usted no puede pedirle a nadie que conduzca al Cliente por Usted. ****

8. Al firmar mi nombre a continuación, yo certifico que la información anterior es verdadera y completa a mi mayor entendimiento. También tengo entendido que cualquier información falsa podría eliminarme del Registro.

Firma

Fecha

Enviar el formulario por correo a:

Public Authority
Attention: Registry Dept.
401 Mile of Cars Way, Ste. 200
National City, CA 91950