

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)? Sí No

Dirección de Correo Electrónico: _____ Número de Seguridad Social: ____ - ____ - ____

 ¿Es mayor de 18 años? Sí No Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____

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

 ¿Alguna vez ha sido condenado por un crimen? Sí No *(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).*
UBICACIONES EN LAS QUE PUEDE TRABAJAR/DISPONIBILIDAD PARA VIAJAR

¿Hacia qué zonas está dispuesto a viajar para trabajar? (rodee con un círculo o liste las ubicaciones):

Oficina de Phoenix: Anthem | Buckeye | Casa Grande | Chandler | Gilbert | Glendale | Mesa | Paradise Valley
Peoria | Queen Creek | Scottsdale | Surprise | Tempe | Wickenburg | Otro: _____

Oficina de Prescott: Ash Fork | Black Canyon City | Bullhead City | Chino Valley | Cordes Lakes | Cottonwood
Eager | Flagstaff | Holbrook | Kingman | Lake Havasu | Mayer | Page | Parker | Prescott | Prescott Valley
Quartzite | Sedona | Seligman | Snowflake | St. Johns | Williams | Winslow | Otro: _____

Oficina de Tucson: Catalina | Green Valley | Marana | Oro Valley | Sabino Canyon | Sahuarita | South Tucson
Three Points | Vail | Otro: _____

Oficina de Yuma/Sierra Vista: _____


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>Figurar en la lista de DCW potenciales de Consumer Direct Care Network («CDCN») («Lista de Trabajadores Potenciales») presenta oportunidades para que se contacte con miembros de CDCN adicionales tras su colocación inicial. Los cuidadores que figuran en la lista pueden querer trabajar más horas o necesitar una asignación más permanente. Utilizamos esta lista como herramienta para las necesidades de empleo a largo plazo, corto plazo y de emergencia. La <u>Lista de Trabajadores Potenciales</u> incluye su nombre, número de teléfono, disponibilidad y zona de la ciudad donde desea trabajar. Cuando un Miembro necesita ayuda para reclutar a un cuidador, le proporcionamos la lista o lo ayudamos a encontrar un cuidador de la lista. El Miembro o CDCN pueden llamar a los cuidadores de la lista para coordinar entrevistas y/o programar horarios de trabajo.</p> <p>Para mantenerse en buenos términos con nuestra agencia, se espera que cumpla las condiciones establecidas en su Manual de capacitación de DCW y mantenga al día sus capacitaciones en RCP y primeros auxilios, su educación continua, la verificación de antecedentes y las evaluaciones del Coordinador de Apoyo. Si no está al día en alguno de los requisitos, se lo eliminará de la <u>Lista de Trabajadores Potenciales</u>. Si no puede asistir a un trabajo programado y ya aceptó la asignación, debe notificar al Miembro y a la oficina de CDCN. Si no avisa/no se presenta, se lo podría eliminar de la <u>Lista de Trabajadores Potenciales</u>.</p> <p>Su elección a continuación solo afectará su condición en la <u>Lista de Trabajadores Potenciales</u>. Una vez que comience su empleo con un Miembro, podrá seguir trabajando con ese Miembro, incluso si se lo elimina de la lista.</p> <p>Acepto y comprendo la información detallada arriba acerca de la <u>Lista de Trabajadores Potenciales</u>. Deseo:</p> <p><input type="checkbox"/> Que me incluyan en la <u>Lista de Trabajadores Potenciales</u>.</p> <p><input type="checkbox"/> Que no me incluyan en la <u>Lista de Trabajadores Potenciales</u>. No me interesa el trabajo adicional tras la colocación inicial con un Miembro. Comprendo que, al hacer esta elección, no podrá presentar reclamos por 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		
Indique tres referencias que puedan confirmar su carácter y antecedentes de empleo (<i>Requerido en el Capítulo 1200 del Manual de Política Médica del Sistema de Contención de Costos de Atención Sanitaria de Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System)</i>).		
1. Un empleador anterior	Nombre de contacto:	Teléfono:
Nombre de la compañía:		Fechas de empleo del postulante:
Cargo del contacto:		Cargo del postulante:
Información adicional:		
2. Referencia personal o profesional	Nombre de contacto:	Teléfono:
Cargo del contacto:		Vínculo:
Información adicional:		
3. Referencia personal o profesional	Nombre de contacto:	Teléfono:
Cargo del contacto:		Vínculo:
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 Aplicante: _____ Fecha: _____</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.

