

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES

LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE QUE EMPIECE A COMPLETAR ESTE FORMULARIO

Bajo la ley estatal, si en los últimos 10 años ha sido declarado culpable o encarcelado después de una condena por ciertos delitos que son de exclusión (*exclusionary*), usted no es elegible para inscribirse como un proveedor ni puede recibir pagos del Programa de IHSS por proporcionar servicios de apoyo en el hogar, excepto como se menciona a continuación. Hay dos categorías de delitos que son de exclusión.

- **Los Delitos de Nivel 1 (*Tier 1*), como están presentados en la Sección 12305.81 del Código de Bienestar e Instituciones (W&IC), incluyen los siguientes:**
 1. Abuso especificado de un niño (Sección 273a[a]* del Código Penal [PC]),
 2. Abuso de una persona mayor o de un adulto dependiente (Sección 368* del PC), y
 3. Fraude en contra de un programa del gobierno para el cuidado de la salud o de servicios de apoyo.
- **Los Delitos de Nivel 2 (*Tier 2*), como están presentados en la Sección 12305.87 del W&IC, incluyen los siguientes:**
 1. Un delito mayor (*felony*) violento o serio, como está especificado en la Sección 667.5(c)* y la Sección 1192.7(c)* del PC,
 2. Una ofensa de delito mayor (*felony*) por la cual se requiere que la persona se registre como un delincuente sexual de acuerdo a lo estipulado en la Sección 290(c)* del PC, y
 3. Una ofensa de delito mayor (*felony*) por fraude en contra de un programa de servicios sociales públicos, como está definido en las Secciones 10980(c)(2)* y (g)(2)* del W&IC.

Una lista completa de los Delitos de Nivel 2 está disponible si la solicita a la Oficina de IHSS del Condado o a la Autoridad Pública de IHSS.

*Para el texto de estas secciones del PC y del W&IC, vea el formulario SOC 426C adjunto.

- Como parte del proceso de inscripción para los proveedores de IHSS, usted tiene que presentar sus huellas digitales y someterse a una revisión de sus antecedentes penales, la cual se lleva a cabo por el Departamento de Justicia de California.
- Si sus respuestas en este formulario, o los resultados de la revisión de sus antecedentes penales, muestran que en los últimos 10 años ha sido declarado culpable o encarcelado después de una condena por un Delito de Nivel 1 o Nivel 2, usted no será elegible para inscribirse como un proveedor de IHSS ni podrá recibir pago del Programa de IHSS por proporcionar servicios de apoyo en el hogar.
- Para los Delitos de Nivel 2, si usted ha obtenido un certificado de rehabilitación o una cancelación (*expungement*) (es decir, si la condena se descartó de acuerdo a lo estipulado en la Sección 1203.4 del PC), la condena no lo descalificará para trabajar como un proveedor de IHSS.
- Si su condena es por un Delito de Nivel 2, es posible que usted califique para recibir una exención individual o una excepción general bajo ciertas circunstancias descritas a continuación.
- **No hay exenciones ni excepciones que se permitan para los Delitos de Nivel 1.**

VAYA A LA SIGUIENTE PÁGINA 

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES**

**CONTINÚE LEYENDO CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE
QUE EMPIECE A COMPLETAR ESTE FORMULARIO**

Exención individual de una exclusión por la condena de un Delito de Nivel 2

Si se determina que usted no es elegible en base a la condena por un Delito de Nivel 2 (que es de exclusión) pero un beneficiario de IHSS (o su representante autorizado) desea contratarlo como su proveedor, a pesar de sus antecedentes penales, usted puede obtener una exención de la siguiente manera:

- Se le informará al beneficiario de IHSS (o a su representante autorizado) que desea contratarlo acerca de la condena de usted y se le indicará que mantenga la información confidencial.
- El beneficiario (o su representante autorizado) que desea contratarlo a usted como su proveedor tiene que presentar a la Oficina de IHSS del Condado o a la Autoridad Pública de IHSS, el formulario "Petición del beneficiario de IHSS para la exención de un proveedor" (SOC 862).
- La exención le permitirá a usted que se inscriba para proporcionar servicios solamente para el beneficiario que solicitó la exención y solamente en el Condado donde la exención se presentó.
- Si usted, como el proveedor, también es el representante autorizado del beneficiario, NO está permitido que usted firme el formulario de exención a nombre del beneficiario para exentar delitos de los cuales ha sido declarado culpable usted mismo. En este caso, el formulario de exención tiene que ser firmado directamente por el beneficiario o, si esto no es posible, otra persona tiene que ser designada representante autorizado sólo para el propósito de firmar la exención.
- Para más información sobre cómo solicitar una exención, el beneficiario de IHSS que quiere contratarlo a usted como su proveedor tiene que comunicarse con la Oficina de IHSS del Condado o con la Autoridad Pública de IHSS.

Excepción general de una exclusión por la condena de un Delito de Nivel 2

Si se determina que no es elegible en base a la condena por un Delito de Nivel 2 que es de exclusión y usted quiere ser incluido en el registro de proveedores o quiere proporcionar servicios a un beneficiario que no ha solicitado una exención individual.

- Usted puede solicitar una excepción general de la exclusión completando el formulario de IHSS "Petición para una excepción general de un solicitante para ser proveedor" (SOC 863).
- Se requerirá que usted proporcione documentos de apoyo, por ejemplo, historial de empleo, referencias personales, etc., para que respalden su petición para una excepción general.
- Para más información sobre cómo solicitar una excepción general, comuníquese con la Oficina de IHSS del Condado o con la Autoridad Pública de IHSS.

VAYA A LA SIGUIENTE PÁGINA 

PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS) FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES

INSTRUCCIONES:

- Use tinta negra o azul para completar este formulario. Escriba la información claramente con letra de molde.
- Complete, firme, y devuelva este formulario en persona a la oficina o lugar designado por el Condado. Cuando devuelva este formulario, lleve un documento original de identificación emitido por el gobierno federal o estatal y el original de su tarjeta de Seguro Social.
- Complete toda la información en la PARTE A, conteste las preguntas en la PARTE B, y lea y firme la declaración en la PARTE C.
- El Condado: 1) Revisará el formulario para asegurarse de que esté completo; 2) Hará fotocopias de su identificación y tarjeta de Seguro Social; y 3) Le dará a usted una copia del formulario completado para sus expedientes.
- Usted **TIENE QUE** avisarle al Condado si cambia algo que reporte en este formulario antes de que pasen diez (10) días consecutivos a partir de la fecha del cambio.

PARTE A: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

1. Nombre completo (Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido):	2. Fecha de nacimiento: <small>Si usted tiene menos de 18 años de edad, tiene que presentar un permiso de trabajo válido con este formulario.</small>	3. Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
4. Dirección del hogar (Tiene que ser una dirección física, no un apartado postal*):	Ciudad:	Estado:	Código postal:
5. Dirección para el correo (Si es diferente a la dirección del hogar):	Ciudad:	Estado:	Código postal:
6. Número de teléfono (Con el código de área):	7. Número de Seguro Social**:		
8. E-Mail (si lo tiene):			
9. a. Número de licencia de manejar, o Número de identificación expedida por el gobierno:	b. Fecha de vencimiento:		
	c. Estado que lo expidió:		
10. a. Lenguaje principal (hablado):	b. Lenguaje principal (escrito):		

NOTAS:

- * El cheque de pago para un proveedor no se puede enviar por correo a un apartado postal a menos que el Condado haya aprobado una petición del proveedor.
- ** Se requiere obtener el número de Seguro Social de acuerdo a lo estipulado en la Sección 12305.81(a) del W&IC, y el Decreto de 1986 sobre la Reforma y el Control de la Inmigración, Ley Pública 99-603 (Sección 1324a del Código 8 de los Estados Unidos [USC]), con el propósito de verificar la identidad de la persona y la autorización para trabajar en los Estados Unidos.

VAYA A LA SIGUIENTE PÁGINA

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES**

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

PARTE B: INFORMACIÓN QUE EL PROVEEDOR DECLARA

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS MARCANDO LA CASILLA APROPIADA:

1. EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS, ¿HA SIDO USTED –

a. Declarado culpable o encarcelado por la condena de un Delito de Nivel 1*? SÍ NO

b. Declarado culpable o encarcelado por la condena de un Delito de Nivel 2*? SÍ NO

**Para la definición de los Delitos de Nivel 1 o Nivel 2, vea la Página 1 de este formulario.*

2. SI USTED CONTESTÓ “SÍ” A LA PREGUNTA 1.b. ARRIBA, ¿ha obtenido un certificado de rehabilitación o una cancelación (expungement) (es decir, la condena se descartó de acuerdo a lo estipulado en la Sección 1203.4 del PC) para el Delito de Nivel 2? SÍ NO

Si contestó “SI”, usted tiene que proporcionarle al Condado una copia del certificado de rehabilitación o documentación de la cancelación junto con este formulario completado.

PARTE C: DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR

YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE –

- No puedo recibir fondos del Programa de IHSS como pago por servicios autorizados que yo proporcione a algún beneficiario elegible para IHSS, hasta que yo haya completado todo el proceso de inscripción para proveedores y haya sido inscrito oficialmente por el Condado como un proveedor.
- Tengo 90 días consecutivos a partir de la fecha cuando empecé el proceso de inscripción para proveedores para completar todos los requisitos de inscripción. Si no completo todos los requisitos de inscripción antes de que pasen 90 días consecutivos, se me considerará no elegible para servir como proveedor del Programa de IHSS y no se me puede pagar del Programa de IHSS por proporcionar servicios autorizados a un beneficiario de IHSS.
- Como parte del proceso de inscripción de proveedores, tengo que presentar mis huellas digitales y someterme a una revisión de mis antecedentes penales. Yo soy responsable de pagar los costos relacionados a las huellas digitales y a la revisión de antecedentes.
- Si se determina, ya sea por mis respuestas en este formulario, por los resultados de la revisión de antecedentes penales, o por cualquier otro medio, que en los últimos 10 años he sido declarado culpable o encarcelado después de una condena por un Delito de exclusión de Nivel 1, yo no seré elegible para ser un proveedor de IHSS, y el beneficiario que deseaba emplearme será notificado de que yo no soy elegible para ser un proveedor debido a un condena criminal que me descalifica, la cual no se especificará.

VAYA A LA SIGUIENTE PÁGINA →

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PROVEEDORES**

NOMBRE DEL PROVEEDOR: _____

PARTE C: DECLARACIÓN DEL PROVEEDOR (Continuación)

YO ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE –

- Si se determina, ya sea por mis respuestas en este formulario, por los resultados de la revisión de antecedentes penales, o por cualquier otro medio, que en los últimos 10 años he sido declarado culpable o encarcelado después de una condena por un Delito de exclusión de Nivel 2, y yo no he recibido un certificado de rehabilitación ni tampoco se ha cancelado (*expunged*) la condena –
 - Yo no seré elegible para ser un proveedor de IHSS, a menos que el beneficiario de IHSS que desea contratarme para que le proporcione servicios, solicite una exención individual, o yo solicite y se me conceda una excepción general; y
 - Al beneficiario de IHSS que desea contratarme como su proveedor se le informará de mi condena y el tipo de delito por el cual fui declarado culpable, y se le indicará al beneficiario que tiene que mantener esta información confidencial.

**SI EL CONDADO ME INSCRIBE COMO UN PROVEEDOR DE IHSS,
ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN QUE –**

- Si la persona a la cual yo le proporciono servicios recibe IHSS a través del Programa de Medi-Cal, yo seré considerado un proveedor de servicios de cuidado personal de Medi-Cal. Por lo tanto, se requerirá que yo cumpla con todas las reglas del Programa de Medi-Cal relacionadas a la provisión de servicios.
- El pago por servicios autorizados que yo proporcione a un beneficiario de IHSS se hará con fondos federales y/o fondos estatales de IHSS y cualquier declaración falsa que yo proporcione, incluyendo información falsa u omitida en mi reporte de horas trabajadas, puede ser enjuiciada bajo las leyes federales y/o estatales.
- Yo le reembolsaré al Programa de IHSS cualquier pago excesivo que yo haya recibido y entiendo que es posible que cualquier pago excesivo, individual o colectivo, se restará de futuros pagos por servicios que yo proporcione a cualquier beneficiario de IHSS.
- Yo proporcionaré todos los servicios sin discriminar en base a la raza, religión, color, origen nacional o étnico, sexo, edad, orientación sexual, o discapacidad física o mental.

Yo declaro, BAJO PENA DE PERJURIO, que toda la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender, y estoy de acuerdo con la declaración y acuerdos mencionados anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre escrito con letra de molde: _____

County Representative's Signature (Optional): _____

DATE: _____