



**COUNTY OF RIVERSIDE IHSS PUBLIC AUTHORITY
CONDADO de RIVERSIDE IHSS AUTORIDAD PUBLICA**

12125 Day Street, Suite S-101 – Moreno Valley, CA. 92557

**REGISTRY IHSS RECIPIENT APPLICATION
SOLICITUD PARA EL CONSUMIDOR DE IHSS DEL REGISTRO**

If you need help filling out this form, please call us toll free
Si necesita ayuda para llenar esta forma, por favor llámenos al número de llamada gratuita

1-888-470-4477 ♦ FAX 1-951-779-3080

(Please Print) • (Letra en Imprenta Por Favor)

IHSS RECIPIENT INFORMATION: INFORMACION DEL CONSUMIDOR DE IHSS			DATE COMPLETED: FECHA EN QUE SE LLENO		
NAME: NOMBRE		Last (Apellido)	First (Nombre)	Middle (Segundo Nombre)	
SOCIAL SECURITY NUMBER: NUMERO DE SEGURO SOCIAL			DATE OF BIRTH: FECHA DE NACIMIENTO Optional (Opcional)		
ADDRESS: DIRECCION		Street (Calle)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)	
MAILING ADDRESS: DIRECCION PARA ENVIO DE CORREO		Street (Calle)	City (Ciudad)	Zip Code (Código Postal)	
PHONE: TELEFONO			OTHER PHONE: OTRO TELEFONO		
EMERGENCY CONTACT NAME: CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			PHONE: TELEFONO		
ADDRESS: DIRECCION			RELATIONSHIP: RELACION		
PRIMARY LANGUAGE: IDIOMA PRIMARIO	SECOND LANGUAGE: IDIOMA SECUNDARIO	LANGUAGE YOU FEEL MOST COMFORTABLE USING: IDIOMA CON EL QUE SE SIENTE MAS COMODA/O AL HABLAR			

I WOULD PREFER A PROVIDER THAT IS QUISIERA UN PROVEEDOR DE GENERO	<input type="checkbox"/> Male (Masculino)	<input type="checkbox"/> Female (Femenino)
DO YOU SMOKE? ¿USTED FUMA?	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)	<input type="checkbox"/> No (No)
WILL YOU ACCEPT A PROVIDER THAT SMOKES? ¿ACEPTARIA A UN PROVEEDOR QUE FUMA?	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)	<input type="checkbox"/> No (No)
DO YOU LIVE ALONE? ¿VIVE SOLO/A?	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)	<input type="checkbox"/> No (No)
DO YOU HAVE ANY INFECTIOUS DISEASE? IF YES, PLEASE EXPLAIN: ¿TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA? SI RESPONDIO SI, FAVOR DE EXPLICAR.	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)	<input type="checkbox"/> No (No)

DO YOU HAVE PETS? WHAT KIND? ¿TIENE MASCOTAS? ¿QUE CLASE?	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)	<input type="checkbox"/> No (No)
HOW DO YOU MOVE THROUGHOUT YOUR HOME? ¿COMO SE MOVILIZA EN SU CASA? <input type="checkbox"/> Ambulate (Camina) <input type="checkbox"/> Use a Walker (Usa un andador) <input type="checkbox"/> Use Cane (Usa un bastón) <input type="checkbox"/> Bed Bound (Está encamado) <input type="checkbox"/> Use a wheelchair (Usa silla de ruedas) <input type="checkbox"/> Motorized wheelchair (Silla de ruedas motorizada)		
DO YOU NEED HELP GETTING IN AND OUT OF: NECESITA AYUDA PARA IR O LEVANTARSE DE: <input type="checkbox"/> Bed (La cama) <input type="checkbox"/> Toilet (El sanitario) <input type="checkbox"/> Bathtub (La bañera) <input type="checkbox"/> Chair (La silla)	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)	<input type="checkbox"/> No (No)
DO YOU USE A HOYER LIFT? ¿UTILIZA UNA GRUA MECANICA (HOYER LIFT)?	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)	<input type="checkbox"/> No (No)
DO YOU USE A SLIDE BOARD? ¿UTILIZA UNA TABLA DE TRANSFERENCIA?	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)	<input type="checkbox"/> No (No)
DO YOU LIVE NEAR PUBLIC TRANSPORTATION? ¿VIVE CERCA DE TRANSPORTACION PUBLICA?	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)	<input type="checkbox"/> No (No)
DOES YOUR PROVIDER NEED TO DRIVE? ¿NECESITA QUE SU PROVEEDOR MANEJE? <input type="checkbox"/> Your car (El auto de usted) <input type="checkbox"/> Their own car (El auto de ellos)		
DO YOU HAVE CAR INSURANCE? ¿TIENE USTED SEGURO DE AUTOMOVIL?	<input type="checkbox"/> Yes (Sí)	<input type="checkbox"/> No (No)
Company Name: Nombre de la compañía:	Policy Number: Número de la póliza:	

THE DAYS AND HOURS YOU PREFER TO RECEIVE SERVICES ARE: (LOS DIAS Y HORAS QUE PREFIERE RECIBIR SERVICIOS SON)							
MORNING (MAÑANA)	<input type="checkbox"/> MON (LUNES)	<input type="checkbox"/> TUE (MARTES)	<input type="checkbox"/> WED (MIERCOLES)	<input type="checkbox"/> THUR (JUEVES)	<input type="checkbox"/> FRI (VIERNES)	<input type="checkbox"/> SAT (SABADO)	<input type="checkbox"/> SUN (DOMINGO)
AFTERNOON (TARDE)	<input type="checkbox"/> MON (LUNES)	<input type="checkbox"/> TUE (MARTES)	<input type="checkbox"/> WED (MIERCOLES)	<input type="checkbox"/> THUR (JUEVES)	<input type="checkbox"/> FRI (VIERNES)	<input type="checkbox"/> SAT (SABADO)	<input type="checkbox"/> SUN (DOMINGO)
EVENING (NOCHE)	<input type="checkbox"/> MON (LUNES)	<input type="checkbox"/> TUE (MARTES)	<input type="checkbox"/> WED (MIERCOLES)	<input type="checkbox"/> THUR (JUEVES)	<input type="checkbox"/> FRI (VIERNES)	<input type="checkbox"/> SAT (SABADO)	<input type="checkbox"/> SUN (DOMINGO)
OVERNIGHT (TODA LA NOCHE)	<input type="checkbox"/> MON (LUNES)	<input type="checkbox"/> TUE (MARTES)	<input type="checkbox"/> WED (MIERCOLES)	<input type="checkbox"/> THUR (JUEVES)	<input type="checkbox"/> FRI (VIERNES)	<input type="checkbox"/> SAT (SABADO)	<input type="checkbox"/> SUN (DOMINGO)

TERMS OF USE AND RELEASE OF INFORMATION

I understand that the information contained on this application is intended for the exclusive use of the County of Riverside IHSS Public Authority for the purpose of providing me a list of referrals of qualified Registry Providers. I authorize the Public Authority to verify authorized hours and services with the County of Riverside Department of Public Social Services IHSS program. I understand that my use of the IHSS Public Authority Registry does not commit me to hiring any individual referred by the Public Authority, nor does it imply a guarantee of satisfaction with the persons referred. I understand that I retain the right to hire, fire, train, and supervise the work of any Registry Home Care Provider referred to me by the Public Authority. I understand that I am the Employer of the Registry Home Care Provider and *do not hold the IHSS Public Authority responsible for any actions of the Registry Providers.*

TERMINOS DEL USO Y AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION

Entiendo que la información contenida en esta solicitud es expresamente para uso exclusivo del Servicio de Casa y Cuidado Personal (IHSS) de la Autoridad Pública del Condado de Riverside con el propósito de proporcionarme una lista de referencia de Proveedores calificados del Registro. Autorizo a la Autoridad Pública para verificar las horas autorizadas y servicios con el Departamento de Servicios Sociales Públicos de IHSS del Condado de Riverside. Entiendo que al usar el Registro de Servicio de Casa y Cuidado Personal (IHSS) de la Autoridad Pública no me comprometo a contratar a cualquier individuo referido por la Autoridad Pública, ni me garantiza el estar satisfecho(a) con las personas referidas. Entiendo que tengo el derecho de contratar, despedir, entrenar, y supervisar el trabajo de cualquier Proveedor del Cuidado en Casa del Registro que me sea referido por la Autoridad Pública. Entiendo que soy el Patrón del Proveedor del Cuidado en Casa del Registro y libero de toda responsabilidad al Servicio de Casa y Cuidado Personal (IHSS) de la Autoridad Pública de cualquiera que sean las acciones de los Proveedores del Cuidado en Casa del Registro.

X

IHSS Recipient's Signature
(Firma del Consumidor de IHSS)

Date
(Fecha)

**IF SOMEONE HELPED YOU WITH THIS APPLICATION, PLEASE COMPLETE THIS SECTION:
SI ALGUIEN LE AYUDO A LLENAR ESTA SOLICITUD, FAVOR DE LLENAR ESTA SECCION:**

NAME: (NOMBRE): _____

ADDRESS: (DIRECCION): _____

TELEPHONE: (TELEFONO): _____

DATE OF ASSISTANCE:
(FECHA DE AYUDA): _____

THANK YOU FOR YOUR INTEREST. ONE OF OUR REGISTRY COMMUNITY PROGRAM SPECIALISTS WILL BE CONTACTING YOU WITHIN FIVE (5) WORKING DAYS ONCE WE RECEIVE YOUR APPLICATION.
PLEASE CALL US IF YOU HAVE ANY QUESTIONS.
OUR TOLL FREE NUMBER IS: 1-888-470-4477

*GRACIAS POR SU INTERES. UNA VEZ QUE HAYAMOS RECIBIDO SU SOLICITUD, UNO DE NUESTROS ESPECIALISTAS DEL PROGRAMA COMUNITARIO DEL REGISTRO SE PONDRA EN CONTACTO CON USTED DENTRO DE LOS SIGUIENTES CINCO (5) DIAS LABORALES. SI TIENE ALGUNA PREGUNTA FAVOR DE LLAMARNOS
AL NUMERO DE LLAMADA GRATUITA: 1-888-470-4477*