

Formulario de actualización del proveedor del registro

1. POR FAVOR, COMPLETE EL FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN EN TODAS LAS SECCIONES.

Por favor, imprima claramente si no completa el formulario en línea:

Primer Nombre: * Inicial del 2º nombre: * Apellido: *

Domicilio: ☐ Marque si es una dirección nueva Ciudad: * Código Postal: *

de Cel * ☐ Marque si es un # nuevo Casa ☐ o Mensaje ☐: Correo electrónico:

(Clientes van a llamar a este número.)

Dirección Postal/Apartado Postal: Seguro Social últimos 4 #s*

2. INDIQUE EL NOMBRE DE SU CLIENTE(S) PARA LOS QUE ESTA TRABAJANDO EN ESTE MOMENTO. SI NO TIENE CLIENTE(S) IMPRIMA N/A.

Cliente 1: * Cliente 2: * Cliente 3: *

3. DISPONIBILIDAD PARA EL REGISTRO: MARQUE✓LAS CASILLAS QUE REFLEJEN SU DISPONIBILIDAD ACTUAL PARA SER REFERIDO.

- ☐ Actualmente tengo suficientes clientes en este momento. Ahora solo se me requerirá actualizar cada 3 meses, ya que estoy "empleado/a tiempo completo" y NO NECESITO ser referido/a.
- ☐ Me gustaría ser incluido/a y continuar en la lista de referencias de BUPs.
- ☐ Me gustaría ser removido/a de la lista de referencias de BUPs, sin embargo, quisiera continuar siendo referido/a a través del registro.
- ☐ Ya no me interesa en recibir referencias de clientes; por favor, eliminen mi nombre del registro.
- ☐ Me gustaría estar "Inactivo/a" durante 3 meses: debido a motivos personales/médicos, Por favor explique:

☎ PARA CUALQUIER OTRO CAMBIO, LLAME A LA AUTORIDAD PÚBLICA AL: 1-866-985-6322 OPCIÓN #3

4. POR FAVOR INDIQUE SU DISPONIBILIDAD: INDIQUE SOLO EL TIEMPO QUE ESTÁ DISPONIBLE PARA TRABAJAR PARA CLIENTES NUEVOS.

EJEMPLO: A CONTINUACIÓN:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
De 9 a.m. a 4 p.m.		De 9 a.m. a 4 p.m.		De 9 a.m. a 4 p.m.		De 9 a.m. a 4 p.m.

POR FAVOR, INDIQUE SU DISPONIBILIDAD A CONTINUACIÓN:

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
A.M.	A.M.	A.M.	A.M.	A.M.	A.M.	A.M.
P.M.	P.M.	P.M.	P.M.	P.M.	P.M.	P.M.

FIRMA DEL PROVEEDOR: _____ FECHA: _____

Devuelva el formulario completo a su oficina local de IHSS o IHSS-Public Authority o envíelo en línea: http://hss.sbcounty.gov/pa_update