



SOLICITUD DE RENOVACIÓN

La solicitud de renovación se requiere anualmente para los proveedores existentes.



SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL APLICANTE

El solicitante es el adulto responsable de mantener el hogar y brindar atención al residente(s).

a. Nombre Legal Completo:		b. Numero de Certificado:	
c. Numero de Teléfono: ()		d. Correo Electrónico:	
e. Dirección Postal (si es diferente a la Sección 2):			
f. Ciudad Postal:		g. Estado Postal:	h. Código Postal:
k. ¿Trabaja fuera de casa?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, por favor proporcione:		<u>DIAS</u>	
Nombre de empleador: _____		Domingo _____	
Numero de trabajo: () _____		Lunes _____	
Dirección de trabajo: _____		Martes _____	
		Miércoles _____	
		Jueves _____	
		Viernes _____	
		Sábado _____	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL HOGAR

El hogar es el entorno residencial donde el solicitante vive con el residente(s).

a. Dirección Física:			
b. Ciudad Física:		c. Estado Físico:	d. Código Postal Físico:

SECCIÓN 3: SERVICIOS

El solicitante ofrece los siguientes servicios en el hogar (marque todos los que correspondan)

<p>a. Cuidado a residentes con las siguientes condiciones/diagnósticos:</p> <p><input type="checkbox"/> Alzheimer o Otra Demencia</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad de Desarrollo</p> <p><input type="checkbox"/> Edad Mayor</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Mental</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad Física</p> <p><input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática</p>	<p>b. Alojamiento para los siguientes:</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes no relacionados</p> <p><input type="checkbox"/> Colocaciones de Emergencia</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado Alternativo</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado de Adultos por Hora</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes con mascotas</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes que fuman</p> <p><input type="checkbox"/> Otros – Por Favor describa: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Solo Residentes Femeninas</p> <p><input type="checkbox"/> Solo Residentes Masculinos</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes que son Sordos</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes que son Ciegos</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes que no son ambulatorios</p> <p><input type="checkbox"/> Residentes que no hablan Inglés Idioma: _____</p>
--	---	---

SECCIÓN 4: CUIDADO SUSTITUTO: *Los cuidadores sustitutos son adultos que brindan atención y cuidado a los residentes en ausencia del solicitante. La supervisión incidental puede ser proporcionada por otros adultos sin los requisitos de cuidadores sustitutos, pero la supervisión incidental está limitada a cuatro (4) horas por semana y no incluye la atención o cuidado a los residentes. **Incluya a los cuidadores sustitutos a continuación.***

1a. Nombre Legal Completo:	1b. Fecha de Nacimiento:
2a. Nombre Legal Completo:	2b. Fecha de Nacimiento:
3a. Nombre Legal Completo:	3b. Fecha de Nacimiento:
4a. Nombre Legal Completo:	4b. Fecha de Nacimiento:

Continúe en una hoja aparte si hay otros cuidadores sustitutos.

SECCIÓN 5: OTROS MIEMBROS DE LA CASA Fuera del proveedor, indique todos los demás miembros de la casa que viven actualmente en el hogar o se han mudado dentro o fuera del hogar durante el año anterior. Por favor incluya a los niños que viven en el hogar en esta sección. Las fechas de mudanza y mudanza pueden dejarse en blanco si no son aplicables en el último año. El término "residente" tal como se utiliza en esta sección se refiere a un adulto vulnerable que vive en el hogar y recibe atención del proveedor.

1a. Nombre Legal Completo:		1b. Fecha de Nacimiento:
1c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	1d. Relación con el Proveedor:	
1e. Fecha de Mudanza:	1f. Fecha de Mudanza de la casa:	1g. Residente de CFH? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

2a. Nombre Legal Completo:		2b. Fecha de Nacimiento:
2c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	2d. Relación con el Proveedor:	
2e. Fecha de Mudanza:	2f. Fecha de Mudanza de la casa:	2g. Residente de CFH? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

3a. Nombre Legal Completo:		3b. Fecha de Nacimiento:
3c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	3d. Relación con el Proveedor:	
3e. Fecha de Mudanza:	3f. Fecha de Mudanza de la casa:	3g. Residente de CFH? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

4a. Nombre Legal Completo:		4b. Fecha de Nacimiento:
4c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	4d. Relación con el Proveedor:	
4e. Fecha de Mudanza:	4f. Fecha de Mudanza de la casa:	4g. Residente de CFH? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

5a. Nombre Legal Completo:		5b. Fecha de Nacimiento:
5c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	5d. Relación con el Proveedor:	
5e. Fecha de Mudanza:	5f. Fecha de Mudanza de la casa:	5g. Residente de CFH? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

6a. Nombre Legal Completo:		6b. Fecha de Nacimiento:
6c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	6d. Relación con el Proveedor:	
6e. Fecha de Mudanza:	6f. Fecha de Mudanza de la casa:	6g. Residente de CFH? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

7a. Nombre Legal Completo:		7b. Fecha de Nacimiento:
7c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	7d. Relación con el Proveedor:	
7e. Fecha de Mudanza:	7f. Fecha de Mudanza de la casa:	7g. Residente de CFH? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Continúe en una hoja aparte si hay miembros de familia adicionales en el hogar.

SECCIÓN 6: VERIFICACIÓN DE APLICACIÓN

a. Mi firma a continuación significa que solicito la recertificación como un hogar familia certificado.	
b. Mi firma a continuación significa que todos los cuidadores sustitutos, otros adultos que actualmente viven en mi hogar no han sido condenados por un delito menor o un delito grave desde la última vez que el Departamento de Salud y Bienestar tomaron huellas dactilares.	
c. Mi firma significa aquí comprueba que la información proporcionada anteriormente es correcta.	
d. Firma del Proveedor:	e. Fecha: