



# SOLICITUD | PARTE A

Parte A se envía para iniciar el proceso de solicitud o si el proveedor se muda a una nueva casa.



## 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. Fecha de Nacimiento:	
c. Otros nombres utilizados (soltera, casada, etc.):			
d. Número de Teléfono: (      )		e. Correo Electrónico:	
f. Dirección Postal:			
g. Ciudad Postal:		h. Estado Postal:	i. Código Postal:
j. Usted es un proveedor de CFH que se a mudado a una nueva residencia?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>En caso afirmativo, por favor incluya con esta solicitud:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una copia del informe de inspección eléctrica reciente (menos de un año) de la nueva residencia</li> <li>• Si la residencia tiene dispositivos de calefacción de combustible (por ejemplo, estufa de leña, calefacción de gas, etc.), necesita una copia del informe de inspección reciente (menos de un año) para tales dispositivos.</li> </ul>			
k. ¿Usted o alguna otra persona que vive en su hogar tiene una enfermedad, discapacidad o otra enfermedad mental y/o una condición de salud física que podría afectar su capacidad de brindar atención segura al residente(s)?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<i>En caso afirmativo, por favor describa:</i>			
l. ¿Usted está siendo investigado actualmente, en alguna jurisdicción, por un delito o asunto relacionado con un certificado o licencia de cuidado de la salud o cuidado de niños?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, describa la entidad que está a cargo de la investigación: _____ _____ _____ _____			
m. ¿En el pasado, le han negado o revocado un certificado o licencia de atención médica o cuidado infantil, o han tomado otra medida disciplinaria en cualquier jurisdicción?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, describa el nombre de la agencia, fecha, y tipo de acción que se tomo: _____ _____ _____ _____			
n. ¿Alguna vez ha sido condenado por fraude, negligencia grave, abuso, agresión, o explotación?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Ha sido condenado por algún otro delito en los últimos cinco (5) años?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
o. ¿Le ha ordenado un tribunal que no opere una agencia de salud, cuidado residencial o vivienda asistida, o un hogar familiar certificado?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
p. ¿Usted está incluido en los registros de abuso de menores, protección de adultos o agresores sexuales?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
q. ¿Usted está en la lista de exclusión de Medicaid?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL HOGAR**

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

a. Dirección Física:		b. Código Postal Físico:
c. Ciudad Física:	d. Estado Físico:	e. Número de Personas en Casa:
f. Propiedad: El solicitante o el cónyuge del solicitante es propietario de la casa. <input type="checkbox"/> o El solicitante o el cónyuge del solicitante alquila la casa. <input type="checkbox"/>		g. Número de Habitaciones:
		h. Número de Baños:
i. Tipo: Construida <input type="checkbox"/> o Prefabricada <input type="checkbox"/> Año de Fabricación: ____	j. Está ubicada su casa dentro de un distrito de bomberos legalmente construido? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
k. La casa tiene acceso de calle pavimentada se mantiene todo el año??		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
l. ¿La casa cuenta con equipo de adaptación (por ejemplo, rampas, barras de agarre, etc.)? <i>En caso afirmativo, por favor describa:</i> _____		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DEL RESIDENTE**

*Un residente es un adulto que necesita atención. Si no hay un posible residente, deje esta sección en blanco. Si hay un segundo residente potencial, repita esta sección en una hoja aparte y envíela con la solicitud Parte A.*

a. Nombre Legal Completo:	b. Fecha de Nacimiento:
c. Género: Masculino <input type="checkbox"/> o Femenino <input type="checkbox"/>	d. Relación con el Solicitante:
e. Diagnósticos/Comportamientos: _____	
f. Fuente de Pago (seleccione solo uno; costo compartido es Asistencia Pública): <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Pago Privado	
g. El residente tiene un tutor legalmente designado o Carta de Poder? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, Nombre de Guardian/Carta de Poder: _____ Número de Teléfono: (____) _____	
h. ¿El nombre del residente aparece en el contrato de arrendamiento o hipoteca de la casa del solicitante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
i. ¿El residente tiene algún impedimento físico o sensorial (por ejemplo, no es ambulatorio, ciego, etc.)? <i>En caso afirmativo, por favor describa:</i> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**SECCIÓN 4: VERIFICACIONES DE LA SOLICITUD**

a. Mi firma a continuación significa que, al enviar esta solicitud, entiendo que se me facturará el costo de la solicitud no reembolsable de \$150.00, a menos que sea un proveedor certificado de una casa familiar existente que se haiga mudado a una nueva residencia. También entiendo que se requiere el pago antes de atender la Orientación para Nuevos Proveedores.	
b. Mi firma a continuación significa que por la presente le aseguro al Departamento que he leído y revisado detenidamente la Ley de Procedimientos Administrativos de Idaho (IDAPA) 16, Título 03, Capítulo 19, "Reglas que rigen los hogares familiares certificados", o que leeré y revisaré estas reglas, y estoy preparado para cumplir con todas las disposiciones de este capítulo	
c. Mi firma a continuación significa que confirmo que no estoy bajo el control o la influencia de ninguna persona que esté descrita en las Subsecciones 113.01-07 de IDAPA 16.03.19 (es decir, una persona que respondería "Si" a cualquiera de las preguntas en Subsecciones 1.m-q en esta solicitud).	
d. Mi firma significa aquí comprueba que la información proporcionada anteriormente es correcta.	
e. Firma del Solicitante:	f. Fecha:
f. Firma del Agente Certificado*:	h. Fecha**:

\*El agente certificador firmará la solicitud Parte A cuando se determine que está completa y que la información del solicitante será ingresada en el sistema.

\*\* El Departamento reserva el derecho de terminar la solicitud si el solicitante no ha asistido a la Orientación para Nuevos Proveedores dentro de seis (6) meses posteriores a la fecha de la solicitud Parte A.