



## Solicitud de empleo proveedor de apoyo directo

### Información de aplicante

Nombre de solicitante:	Fecha:
Dirección:	Ciudad, código postal:
Correo electrónico:	Teléfono:
Pronombre preferido:	El / el    Ella/ella    Ellas / Ellas
¿Ha trabajado anteriormente para Absolute HCBS?	Sí            No
¿Puede pasar una verificación de antecedentes?	Sí            No

### Experiencia

Se requiere un mínimo de 3 meses de experiencia y / o educación en el campo de discapacidades del desarrollo o un campo relacionado (voluntariado, personal o profesional).

Si ha trabajado profesionalmente como Proveedor de Apoyo Directo anteriormente o de forma independiente a través de la División de Discapacidades del Desarrollo, complete lo siguiente:

Nombre de agencia	Fecha de inicio y fecha de finalización	Nombre de supervisor/a	Supervisor/a Teléfono y Correo Electrónico

No tengo experiencia como proveedor de soporte directo.

Si tiene educación, experiencia viviendo o experiencia como voluntario con personas con discapacidades del desarrollo, complete lo siguiente:

Tipo de experiencia	Fecha de inicio y fecha de finalización	Nombre del programa (si corresponde)	Teléfono y Correo Electrónico de verificación

- No tengo educación, experiencia de convivencia o experiencia de voluntariado con personas con discapacidades del desarrollo.

Si tiene experiencia docente de cualquier tipo (maestro certificado, paraprofesional, maestro de escuela dominical, tutor, maestro de natación, etc.), complete lo siguiente:

Tipo de experiencia	Fecha de inicio y fecha de finalización	Nombre de supervisor/a	Supervisor/a Teléfono y Correo Electrónico

- No tengo ninguna experiencia docente.

Marque cualquiera de las siguientes certificaciones, capacitación o educación que se tenga actualmente:

- CPR  
 Primeros auxilios  
 Artículo IX  
 Habilitación  
 Prevención y apoyo  
 Tarjeta de autorización de huellas  
 Otro \_\_\_\_\_

### Referencias

Enumere dos referencias profesionales y una personal. Las referencias serán contactadas y verificadas antes de que el solicitante pueda avanzar en el proceso de contratación. Notifique a todas las referencias enumeradas que Absolute HCBS se comunicará con ellas.

Nombre de referencia	Correo electrónico de referencia (obligatorio)	Teléfono de referencia (obligatorio)

Si está solicitando trabajar con un cliente específico en Absolute HCBS, proporcione la siguiente información:

Nombre del cliente	Nombre del tutor	Teléfono de tutor
¿Este cliente es un miembro de la familia? Sí No	Si es así, ¿cuál es su relación?	

¿Dónde se enteró de nuestra agencia? Indique el nombre de la persona que lo refirió, si corresponde.

\_\_\_\_\_