



SERVICIOS DE ASISTENCIA AUTOGESTIONADOS («SDAC»)

**FORMULARIO DE DATOS DEL EMPLEADO**

Asistencia con el proceso de contratación: cualquier solicitante que necesite una adaptación razonable en cualquier paso del proceso de contratación debe preguntar al miembro o su representante (empleador) y/o Consumer Direct Care Network (CDCN).

**Información del Empleado**

Nombre: \_\_\_\_\_

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Dirección física: \_\_\_\_\_

Calle

Dpto./unidad nro.

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal: \_\_\_\_\_

(si difiere de la dirección física) Calle/casilla postal Dpto./unidad nro. Ciudad Estado Código postal

Teléfono: Residencial (\_\_\_\_\_) Celular (\_\_\_\_\_)

*Es posible que nos comuniquemos con usted a través de SMS/Mensajes de texto en relación con sus servicios con CDCN.**Tenga en cuenta que CDCN nunca solicitará información personal confidencial, como su número de Seguro Social, datos bancarios, dirección o fecha de nacimiento a través de mensajes de texto. Si recibe un mensaje de texto de CDCN y desea excluirse de futuros mensajes de texto, responda al mensaje inicial con "STOP".*

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nro. de seguro social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre

Teléfono

Vínculo

¿Cómo quiere que lo contactemos?  Teléfono  Correo electrónico  Correo postal**Información del Miembro/Empleador**

Nombre del Miembro del programa de SDAC: \_\_\_\_\_

Nombre del Representante Legal del Miembro (en su caso): \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador Registrado: \_\_\_\_\_

**Capacidad física** - Puede ser necesario que los ACW realicen tareas físicamente extenuantes en el desempeño de sus deberes. Un puesto típico de ACW involucra una variedad de requisitos físicos que incluyen la capacidad de:

Levantar 75 libras Arrodillarse Sentarse Alcanzar objetos en lo alto

Empujar 75 libras Agacharse Pararse Estirarse

Jalar 50 libras Encuclillarse Caminar Girarse

Asir, sujetar o manipular objetos con las manos

¿Es capaz de realizar estas tareas físicas?  Sí  No

Por favor explique cualquier excepción:

---

---

---



**Antecedentes penales**

¿Alguna vez ha cometido un delito grave (felony)?  Sí  No

¿Tiene antecedentes penales?  Sí  No En caso afirmativo, explique:

***Por favor lea cuidadosamente***

Ni la aceptación de este formulario de información ni el establecimiento de cualquier tipo de relación o acuerdo laboral con un Miembro para una posibilidad de empleo crearán un contrato laboral real o implícito con Arizona Consumer Direct Personal Care, LLC que opera bajo el nombre comercial Consumer Direct Care Network Arizona (CDCN).

Autorizo la investigación de todas las declaraciones proporcionadas al Miembro o contenidas en este formulario de datos. Comprendo que tergiversar u omitir hechos solicitados es motivo de despido en cualquier momento sin previo aviso. Por medio de la presente otorgo permiso al Miembro de contactar a escuelas, empleadores previos (a menos que se indique lo contrario), referencias y otros y lo exoneró de cualquier responsabilidad que surja de dicho contacto.

La Ley de Equidad de Informes Crediticios (Fair Credit Reporting Act) requiere que le notifiquemos que podemos solicitar un informe investigativo del consumidor de una agencia de informes crediticios, lo que incluye información sobre sus antecedentes, como resulte necesario. Previa solicitud por escrito, le proporcionaremos información adicional sobre la naturaleza y alcance de cualquier informe que solicitemos.

Comprendo que podré comenzar a trabajar una vez que haya recibido autorización por escrito (el formulario "Okay to Work") de CDCN. De ser el caso y de solicitarse, el empleo seguirá siendo condicional hasta que los resultados de la verificación de antecedentes penales se haya recibido y aprobado.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

