

PROVEEDOR INDIVIDUAL

Capacitación y corrección de credenciales

Usted puede solicitar una revisión de una o más de las siguientes opciones (se necesita una solicitud individual para cada una de ellas):

- Haber completado la educación continua
- Su categoría de capacitación/tipo de proveedor
- Sus credenciales de asistente de cuidado a domicilio (HCA), o equivalente, que se muestran en su perfil en el portal web DirectMyCare
- La capacitación que haya completado por fuera de SEIU 775 Benefits Group

Si requiere de más de un tipo de corrección, debe realizar una solicitud por cada una de ellas. Recuerde hacer clic en "Submit" (Enviar) para cada solicitud.

Para solicitar una corrección de la capacitación

1. Inicie sesión en el [portal web DirectMyCare](#) de la CDWA.
2. Desde la pantalla "My Dashboard" (Mi panel de control), haga clic en el botón **Workday** para ir a la página de inicio de su Workday.
**Si le muestra una página de inicio de sesión, ingrese el mismo usuario y contraseña que utiliza para iniciar sesión en el [portal web DirectMyCare](#).*
3. Encuentre la barra de búsqueda en la parte superior de la pantalla y escriba **"create request"** (crear solicitud).
4. Seleccione **Create Request Task** (Tarea de crear solicitud).
5. En el mensaje emergente de "Create Request" (Crear solicitud), utilice el menú desplegable para seleccionar **All** (Todas). Luego, seleccione **IP Training and Credential Request** (Solicitud de capacitación y credencial de IP).
***En la pantalla podrá encontrar instrucciones útiles. Revíselas antes de completar todos los campos para la tarea (Fig. 01).*

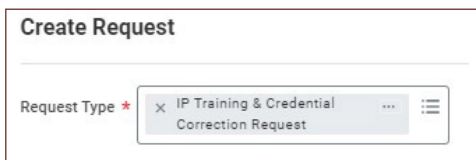
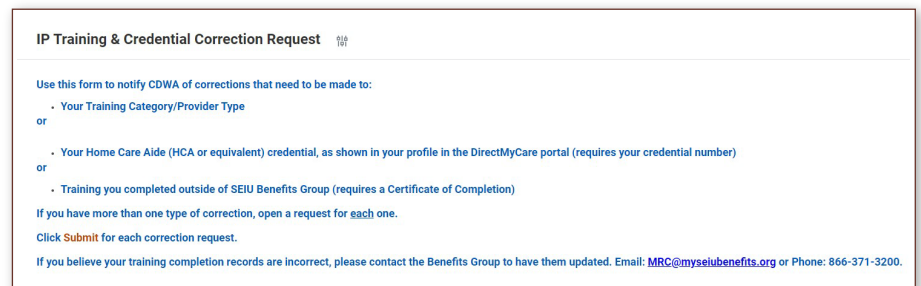



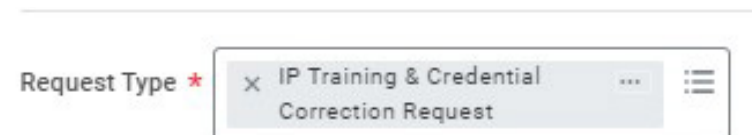
Fig. 01

6. Haga clic en **OK**.
7. Complete cada campo requerido.
8. Ingrese su número de ID.

Enter your 9-digit ProviderOne ID or 7-digit CDWA Person ID
(Required)

9. Ingrese la fecha de hoy.

10. Seleccione el tipo de corrección que solicita.



Haber completado la educación continua

Cargue la documentación de SEIU 775 Benefits Group u otro programa de capacitación aprobado. Si completó su educación continua a través de otro programa de capacitación aprobado, debe incluir su certificado de finalización.

Escriba una descripción de la información del registro de la educación continua que quisiera que se revisara.

Continuing Education Completion (Attachment optional)

Drop files here
or
Select files

Supporting Information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here.
(Required)

Categoría de capacitación/tipo de proveedor

Seleccione la que mejor se ajuste a su tipo de proveedor. Si tiene más de un cliente, puede seleccionar más de una, dependiendo de su rol. (Fig. 02)

En la casilla "Supporting Information" (Información de soporte), escriba el nombre de cada uno de sus clientes y su **número de ID de ProviderOne**.

Supporting Information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here.
(Required)

☐ Standard HCA
☐ Adult Child Provider
☐ Limited Service Provider
☐ DDA Parent Provider
☐ Respite Provider
☐ Spouse/Registered Domestic Partner
☐ Family Provider

(Fig. 02)

HCA u otra credencial elegible

Escriba su tipo y número de credencial. La credencial de la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI) requiere que adjunte su certificación. La CDWA verificará su certificación.

HCA or Other Qualifying Credential

Enter your Credential TYPE and NUMBER.

If you selected OSPI (Office of Superintendent of Public Instruction), you must attach a copy of your certification below.

Supporting Information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here.
(Required)

Escriba una descripción corta de su solicitud.

Transferencia de capacitación

Cargue su certificado de finalización.

Upload your Certificate of Completion
(Required)

Drop files here
or
Select files

Supporting Information - Tell us more about the correction you are requesting

If you selected more than one Training Category/Provider Type, list each of your Clients' names and their ProviderOne ID numbers here.
(Required)

Escriba una descripción corta de su solicitud.

11. Complete la certificación y haga clic en **Submit** (Enviar).

I certify the above information is true and accurate to the best of my knowledge. Additionally, I attest that the document attached supports my request for correction.

CDWA will respond within 7 business days with an approval, denial, or additional questions.
(Required)

☐ Yes
☐ No (Click Cancel to exit this request without submitting)

Submit

Save for Later

Cancel

a. La CDWA responderá con una aprobación, rechazo o preguntas adicionales dentro de los siete días hábiles siguientes.

20230825