

Пакет с заявлением об аттестации помощника по уходу на дому

Содержание:

1. 675-002.....Содержание/Информация о номере социального страхования/информация для рассылки.....1 страница
2. 675-003.....Требования к сертификации и заявление
Перечень инструкций.....4 страницы
3. 675-005.....Заявка на получение сертификата помощника по уходу на дому.....7 страниц
4. 675-006.....Справка с места работы.....1 страница
5. Свод законов штата Вашингтон с изменениями и дополнениями/Административный кодекс штата Вашингтон и ссылки на Интернет-сайты.....1 страница

Важная информация о номере социального страхования:

В соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством от вас требуется указать номер социального страхования вместе с заявлением. Если на момент отправки этого заявления у вас не будет номера социального страхования, прочтите, заполните и отправьте эту [форму](#) вместе с заявлением.

Индивидуальный идентификационный номер налогоплательщика США (ITIN) или номер социального страхования (SIN) в Канаде не могут быть заменены.

Для обработки вашего запроса выполните следующее:

Отправьте свою заявку по почте с первоначальной документацией и чеком или денежный перевод, подлежащий оплате в:

Подразделение по вопросам аттестации помощников по уходу на дому
Аттестация помощников по уходу на дому
а/я 1099
Olympia, WA 98507-1099

Отправьте другие документы, еще не отправленные с первоначальным заявлением в:

Департамент здравоохранения
а/я 47877
Olympia, WA 98504-7877

Свяжитесь с нами:

360-236-2700
Подразделение по вопросам аттестации помощников по уходу на дому
360-236-4700
Центр обслуживания клиентов

Чтобы запросить этот документ в другом формате, позвоните по номеру 1-800-525-0127. Глухих и слабослышащих клиентов просим позвонить по номеру 711 (Служба коммутируемых сообщений штата Вашингтон) или написать по адресу civil.rights@doh.wa.gov.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Требования к аттестации помощника по уходу на дому

1. Подайте заполненное заявление помощника по уходу на дому в Департамент здравоохранения, в том числе [справку с места работы](#).
2. Пройдите проверку биографических данных на основании отпечатков пальцев Департамента здравоохранения и социального обеспечения (DSHS).
3. Прежде чем сдавать государственный сертификационный экзамен помощника по уходу на дому пройдите 75-часовой базовый курс обучения, одобренный Департаментом здравоохранения и социального обеспечения.
4. Сдайте сертификационные экзамены на проверку знаний и навыков помощника по уходу на дому. Вы можете оказывать уход за больным без аттестации после выполнения следующих действий:
 - Подайте заполненную заявку и оплатите сборы в течение 14 дней с даты приема на работу;
 - Пройдите обучение в рамках [Свода законов штата Вашингтон с изменениями и дополнениями 74.39A.074\(1\)\(d\)\(i\)\(A\) и \(B\)](#).

Вы должны пройти обучение в течение 120 календарных дней с даты приема на работу. Крайний срок для получения сертификата помощника по уходу на дому составляет 200 дней со дня приема на работу. При не соблюдении этих сроков вы больше не будете иметь права на оказание ухода за больными. Вы будете отстранены от работы, пока не получите сертификат помощника по уходу на дому.

Перечень инструкций по подаче заявления

Вы должны чернилами разборчиво от руки написать всю информацию на английском языке. Вы обязаны подать в департамент необходимые формы.

- Сборы за подачу заявления и сдачу экзамена.** Заполните и отправьте первоначальное заявление с [оплаченными сборами](#). Плата за подачу заявления **не возвращается**.
Выбор экзамена и оплаты:
 - Выберите оплату на уровне штата, если ваши сборы оплачиваются [в рамках партнерской программы по обучению профсоюзу SEIU](#).
 - Выберите оплату за счет собственных средств, если сборы оплачиваете вы или ваш работодатель. Отправьте платеж вместе с заполненным заявлением.
- Код органа выдачи (ОСА) на проверку биографических данных по отпечаткам пальцев:** Пройдите проверку биографии на основании отпечатков пальцев Департамента здравоохранения и социального обеспечения, сотрудничая с вашим работодателем или куратором. Департамент принимает только самые свежие разрешения на проверку биографии на основании отпечатков пальцев. Если у вас нет кода ОСА, отправьте заявку без него и свяжитесь с нами после того, как получите его.
- Временный сертификат:** Выберите этот пункт, если вы подаете заявку на получение временного сертификата для помощников по уходу на дому с ограниченными возможностями читать, писать или говорить на английском языке. См. [Свод законов штата Вашингтон с изменениями и дополнениями 18.88B.021](#). Временный сертификат может быть выдан только один раз и является действительным в течение дополнительных 60 дней, в общей сложности 260 дней с даты приема на работу для соответствия требованиям сертификата.
Выберите, если применимо следующее:
 - Супруг или сожитель военнослужащего

1. Демографические данные:

Номер социального страхования: вы должны указать свой номер социального страхования в заявлении. Если у вас его нет, заполните и верните эту [форму](#).

Национальный идентификатор поставщика медицинских услуг (NPI): Национальный идентификатор поставщика медицинских услуг (NPI) — это стандартный уникальный идентификатор для медицинских работников, который можно получить в федеральных центрах предоставления услуг по программам Medicare и Medicaid. NPI представляет собой десятизначный числовой идентификатор. Если у вас есть номер NPI, укажите его в заявлении.

Официальное имя: Укажите свое полное имя: имя, отчество и фамилию.

Определение официального имени: "Официальное имя" — это имя, которое фигурирует в вашем официальном свидетельстве о рождении или, при изменении имени, в официальном свидетельстве о браке или постановлении суда. У суда должны быть законные полномочия для смены в ашего имени. Мы можем попросить вас подтвердить свое официальное имя. Если вы используете в этой форме имя, отличное от вашего официального, ваша заявка может быть отклонена.

Дата рождения: Укажите месяц, день и год вашего рождения.

Адрес: Укажите адрес, по которому мы можем отправлять вам информацию относительно вашей лицензии. Обязательно укажите город, штат, почтовый индекс, округ и страну. Этот адрес будет числиться постоянным в Департаменте здравоохранения, пока вы не уведомите нас об изменении. См. [Административный кодекс штата Вашингтон 246-12-310](#).

Телефон, факс и номера мобильного телефона: Укажите свой телефон, факс и номер мобильного телефона, если они у вас есть.

Адрес электронной почты для информации о дате тестирования (обязательно): Введите свой адрес электронной почты для получения информации об аттестации. Компания по аттестации отправит информацию о дате проведения теста на этот адрес электронной почты. Компании по аттестации необходим ваш адрес электронной почты.

Личный адрес электронной почты (необязательно): Введите свой личный адрес электронной почты. Сообщение из Департамента будет отправлено на этот адрес.

Адрес электронной почты работодателя (обязательно): Введите адрес электронной почты своего работодателя. Ваш работодатель получит сообщение, которое вам направит Департамент.

Другое имя (имена): Укажите другие имена, под которыми вы когда-либо были известны. Если у вас изменилось имя после получения сертификата, вы должны уведомить об этом Департамент в письменной форме. Вы должны предоставить юридическое доказательство изменения вашего имени. См. [Административный кодекс штата Вашингтон 246-12-300](#).

2: Вопросы о личных данных:

Все кандидаты должны ответить на одни и те же вопросы о личных данных в заявлении. Вопросы касаются вашей способности практиковать основные навыки, связанные с этой профессией.

Если вы ответили «да» на какие-либо вопросы в этом разделе, вы должны предоставить полное и точное объяснение. Вы должны предоставить соответствующую документацию, как указано в вопросах о личных данных. Если вы этого не сделаете, ваше заявление будет неполным и не будет рассматриваться.

- Вопрос 5 касается правонарушений, правонарушений с отягчающими обстоятельствами и тяжких преступлений. Вы не обязаны отвечать «да», если вас привлекали к ответственности за нарушение правил дорожного движения. Вы можете получить копии судебных протоколов в окружном суде, в котором были вынесены обвинительный приговор, заявление оснований защиты против иска или обвинения, отсрочка исполнения наказания или условный приговор.
- Другая юрисдикция означает любую другую страну, штат, федеральную территорию или орган военной власти, в которых могли быть вынесены обвинительные приговоры.

3: Тип предоставляемых услуг: отметьте все подходящие варианты:

- Работники по долгосрочному уходу за пожилыми лицами.
- Лица, которые не обязаны предоставлять уход на дому, но хотят подать заявление.

4: Обучение:

Перечислите свою программу обучения. Прежде чем сдавать сертификационный экзамен помощника по уходу на дому вы должны пройти 75-часовой базовый курс обучения.

5: Другая лицензия, сертификация или регистрация:

Перечислите все штаты, в которых вы получили сертификаты. Отправьте [форму проверки аттестации](#) во все перечисленные вами штаты.

6: Экзамен:

Вы должны заполнить этот раздел, чтобы записаться на необходимые экзамены.

- Отметьте «Да», если вам необходимо предоставить специальные условия тестирования ИЛИ индивидуального переводчика для языка, который не указан на шестой странице заявления.
- Распечатайте и заполните [пакет запроса на специальные условия тестирования](#) (только третью страницу, если вам необходим индивидуальный переводчик) и отправьте непосредственно в компанию Prometric по адресу: компания Prometric, Attn: Программа помощи по уходу на дому штата Вашингтон, 7941 Corporate Dr., Nottingham, MD 21236.

Примечание: В соответствии с Законом о защите прав граждан с ограниченными возможностями (ADA) кандидатам с ограниченными возможностями, имеющим документально подтвержденную инвалидность, предоставляются специальные условия для прохождения тестирования.

Для проведения специального тестирования требуется предварительное уведомление за 30 дней. Вы будете уведомлены о том, одобрена ли ваша заявка, до начала проведения тестирования. Дополнительная плата за эти условия не предусмотрена.

Как только мы получим уведомление о том, что ваше обучение завершено, будет уплачен сбор за прохождение аттестации и все документы будут переданы департаменту; мы уведомим компанию Prometric о том, что вы имеете право пройти тестирование, и отправим вам письмо с допуском к экзамену.

Компания Prometric отправит вам письмо о допуске к экзамену с указанием даты, времени и места экзамена. После прохождения экзамена компания Prometric направит в Департамент ваши результаты.

Повторная сдача экзаменов проводится непосредственно компанией Prometric. См. дополнительную информацию на [сайте компании Prometric](#) .

7: Свидетельство кандидата:

Вы должны подписать и поставить дату в заявлении, чтобы мы могли его обработать.

Дополнительные документы, необходимые для подачи заявления:

Справка с места работы:

Попросите вашего работодателя заполнить эту [форму](#).

От кандидатов, которые освобождаются от прохождения обучения и сертификации требуется дополнительная [справка с места работы](#) от работодателя, на которого они работали в период с 1 января 2011 года по 6 января 2012 года.

Форма проверки аттестации из других штатов:

Если вы работали в качестве поставщика медицинских услуг в другом штате или юрисдикции, отправьте копию [формы проверки](#) в каждый штат, в котором у вас была или есть лицензия на медицинское обслуживание, сертификат или регистрация.

Правительство штата заполнит свою часть формы и отправит ее нам по почте.

Для супругов или сожителей военнослужащих, которые были переведены или находятся в штате Вашингтон:

В соответствии с законодательством штата, если вы являетесь супругом или сожителем военнослужащего любого подразделения вооруженных сил США, включая Национальную гвардию или резерв и подаете заявку на получение сертификата медицинского работника в этом штате, вы можете иметь право на ускоренную обработку вашего заявления для более быстрого получения сертификата.

Документы, которые необходимо подать вместе с заявлением, должны включать следующее:

- Копия приказа о переводе вашего супруга или сожителя в штат Вашингтон.
- Одно из следующих:
 - Копия свидетельства о браке для подтверждения брака; или
 - Копия государственной декларации или регистрации, подтверждающая, что вы состоите в гражданском браке с военнослужащим США.

Источник дохода 0299100001

Заявление об аттестации помощника по уходу на дому

Код ОСА на проверку биографических данных по отпечаткам пальцев: _____

Если вы безработный и не знаете код ОСА на проверку биографических данных по отпечаткам пальцев, установите флажок в третьем разделе заявления.

Я подаю заявление на получение временного сертификата для помощников по уходу на дому с ограниченными возможностями читать, писать или говорить на английском языке: Да Нет

Выберите, если применимо следующее: Оплата на уровне штата Оплата за счет собственных средств

Выберите, если применимо следующее: Супруг или сожитель военнослужащего

1. Демографические данные

Номер социального обеспечения (SSN)
(При отсутствии SSN, см. инструкции)

Национальный идентификатор
поставщика услуг (NPI)
(Введите 10-значный номер)

Мужской пол
 Женкой пол

ФИО:

Имя

Отчество

Фамилия

Дата рождения (мм / дд / гггг)

Адрес

Город

Штат

Почтовый индекс

Округ

Страна

Телефон (введите 10 цифр)

Факс (введите 10 цифр)

Мобильный телефон (введите 10 цифр)

Адрес электронной почты для получения информации о дате тестирования (обязательно)

Личный адрес электронной почты

Адрес электронной почты работодателя

Почтовый адрес, если он отличается от указанного выше зарегистрированного адреса:

Город

Штат

Почтовый индекс

Округ

Страна

Примечание. Указанные вами почтовый и электронный адреса будут числиться вашими зарегистрированными адресами. Вы обязаны хранить текущую контактную информацию в архиве департамента.

Были ли вы когда-нибудь известны под каким-либо другим именем (именами)? Да Нет
Если да, перечислите их:

Будут ли получены документы на другое имя? Да Нет
Если да, перечислите их:

2. Вопросы о личных данных

Да Нет

1. ...Имеется ли у вас какое-либо заболевание, которое каким-либо образом ограничивают вашу способность выполнять свою работу при разумных мерах безопасности? Если да, прикрепите соответствующую информацию.

“Состояние здоровья” подразумевает физиологические, психические или психологические состояния или расстройства, такие как, в частности, ортопедические заболевания, нарушения зрения, речи и слуха, церебральный паралич, эпилепсия, мышечная дистрофия, рассеянный склероз, рак, болезни сердца, диабет, ограниченные интеллектуальные возможности, эмоциональные или психические заболевания, определенные нарушения обучаемости, ВИЧ-инфекция, туберкулез, наркомания и алкоголизм.

Если вы ответили "да" на вопрос 1, объясните:

1a. Каким образом ваше лечение уменьшило или устранило ограничения, вызванные вашим состоянием здоровья.

1b. Каким образом ваша сфера деятельности, условия или образ жизни уменьшили или устранили ограничения, вызванные вашим состоянием здоровья.

Примечание: Если вы ответите "да" на вопрос 1, то лицензирующий орган оценит характер, степень и продолжительность рисков, связанных с текущим состоянием здоровья и текущим лечением, с тем чтобы определить, следует ли ограничить вашу лицензию, установить определенные условия или не выдавать лицензию.

Лицензирующий орган может потребовать от вас пройти одно или несколько психических, физических или психологических обследований. Вы будете проходить обследования за свой счет. Отправляя это заявление, вы даете согласие на прохождение этих обследований. Вы также соглашаетесь с тем, что заключение(я) экспертизы могут быть предоставлены лицензирующему органу. Вы отказываетесь от всех претензий относительно конфиденциальности и сведений, сообщённых врачу. Если вы не пройдёте необходимую экспертизу(ы) или не предоставите заключение(я) лицензирующему органу, ваша заявка может быть отклонена.

2. Принимаете ли вы в настоящее время психоактивные вещества, которые ухудшают или ограничивают вашу способность выполнять свою работу при разумных мерах безопасности? Если да, объясните как

“В настоящее время” означает в течение последних двух лет.

“Химические психоактивные вещества” подразумевает алкоголь, наркотики или лекарственные препараты, независимо от того, принимаются ли они законно или нет.

3. Вам когда-нибудь ставили диагноз педофилия, эксгибиционизм, вуайеризм или фроттеризм и проходили ли вы лечение?

4. Принимаете ли вы в настоящее время психоактивные вещества, распространение которых контролируется законом?

“В настоящее время” означает в течение последних двух лет.

Незаконное употребление психоактивных веществ, распространение которых контролируется законом подразумевает употребление веществ, распространение которых контролируется законом (например, героина, кокаина), полученных незаконным путем или принимаемых в соответствии с указаниями лицензированного практикующего врача.

Примечание: Если вы ответили "да" на любой из оставшихся вопросов, представьте разъяснения и заверенные копии всех судебных решений, постановлений, соглашений и актов явки. Департамент проверяет наличие судимости всех кандидатов.

5. Были ли вы когда-либо осуждены, заявляли о своем согласии с обвинением, не оспаривали его, или делали подобное заявление, либо были привлечены к уголовной ответственности либо ваш приговор был отсрочен будучи совершеннолетним или несовершеннолетним в любом штате или юрисдикции?

Примечание: Если вы ответили "да" на вопрос 5, вы должны направить с вашим заявлением заверенные копии всех судебных документов, связанных с вашим криминальным прошлым. Если вы этого не сделаете, ваше заявление будет неполным и не будет рассматриваться.

В целях защиты населения департамент рассматривает криминальное прошлое кандидатов. Криминальное прошлое не может автоматически лишить вас возможности получить сертификат. Однако непредставление сведений о криминальном прошлом может повлечь за собой дополнительные расходы, и рассмотрение заявления может быть отложено или отклонено.

2. Вопросы о личных данных (Продолжение)

Да Нет

6. Были ли случаи, когда в ходе какого-либо гражданского, административного или уголовного разбирательства были выявлены случаи:
- a. хранения, приема, назначения или распространения психоактивных веществ, распространение которых контролируется законом либо лекарственных средств, отпускаемых по рецепту каким-либо иным образом, кроме как в законных или терапевтических целях Да Нет
 - b. перепродажи веществ, распространение которых контролируется законом либо лекарственных средств, отпускаемых по рецепту? Да Нет
 - c. нарушения закона о лекарственных препаратах? Да Нет
 - d. выписывания рецепта на вещества, распространение которых контролируется законом для себя? ... Да Нет
7. Вас когда-нибудь обвиняли в нарушении закона штата, федерального закона или закона, регулирующего деятельность медицинских работников? Если да, предоставьте объяснение и предоставьте копии всех судебных постановлений, решений и соглашений. Да Нет
8. Власти штата, федеральные либо иностранные органы власти когда-либо отклоняли, отзывали, приостанавливали либо ограничивали лицензии, сертификаты, регистрации или другие права на медицинскую практику? Да Нет
9. Вы когда-нибудь сдавали лицензии, подобные перечисленным в списке 8, в связи с действиями властей штата, федеральными или иностранными органами власти или во избежание их действий? Да Нет
10. На вас когда-либо подавали судебный иск либо привлекали к судебному разбирательству из-за некомпетентности, халатности и преступной небрежности во время медицинской практики? Да Нет
11. Вас когда-либо отстранял от работы с уязвимыми лицами Департамент здравоохранения и социального обеспечения (DSHS)? Да Нет

3. Тип предоставляемых услуг

Работники по долгосрочному уходу за пожилыми лицами.

Отметьте все, что подходит:

- Услуги по уходу на дому
- Семейный дом престарелых
- Интернат для проживания престарелых людей с особыми потребностями
- Краткосрочный уход
- Лицо, осуществляющее уход или лечение
- Сотрудник учреждения по уходу на дому
- Любой другой работник, осуществляющий непосредственный уход, предоставляющий услуги на дому или в рамках местного сообщества пожилым людям или лицам с функциональными нарушениями или нарушениями развития.

Лица, которые не обязаны предоставлять уход на дому, но хотят подать заявление.

Отметьте все, что подходит:

- Безработные лица и не прошедшие проверку биографических данных по отпечаткам пальцев в учреждении по долгосрочному уходу.
- Любой другой работник по уходу, которому не платит государство, частное агентство или учреждение, лицензированное государством.
- Отдельное лицо, обеспечивающее уход только за своим биологическим, неродным или приемным ребенком или родителем.
- Лицо, нанятое в качестве индивидуального поставщика медицинских услуг, которое обеспечивает уход за одним человеком в течение двадцати часов или меньше в течение любого календарного месяца.
- Лицо, имеющее аттестацию среднего медицинского работника, дипломированной медсестры, младшего медицинского работника или сертифицированного помощника медсестры, которое является практикующим и имеет хорошую репутацию.
- Лицо, которое в течение года до приема на работу в качестве работника по длительному уходу было нанято сертифицированным медицинским учреждением по уходу на дому за престарелыми отвечающее требованиям федерального закона к обучению.
- Лицо, имеющее действующее подтверждение специального образования, выданного Управлением народного образования.
- Лицо, в период с 1 января 2011 года по 6 января 2012 года работавшее в качестве работника по долгосрочному уходу в штате Вашингтон и прошедшее необходимое обучение в день приема на работу.
- Лицо, работавшее в сфере обслуживания в местном сообществе.
- Лицо, являющееся инструктором по вопросам профессиональной подготовки, но не предоставляющее услуги по долгосрочному уходу.

4. Обучение

Перечислите программы обучения, которые вы собираетесь пройти или прошли. Предоставьте копию сертификата об окончании обучения в Департамент здравоохранения.

Примечание. Если вы находитесь в процессе или прошли необходимое обучение в рамках партнерской программы по обучению профсоюза SEIU, вам не нужно отправлять копию сертификата об окончании обучения в Департамент здравоохранения. Департамент получит информацию о вашем обучении в электронном виде.

Название 75-часовой программы подготовки помощников по уходу на дому	Дата окончания

Освобождение от обучения:

Если вы освобождены от 75-часовой программы подготовки помощников по уходу на дому, укажите необходимое обучение в день вашего приема на работу.

Название пройденного обучения	Дата окончания

5. Другая лицензия, сертификация или регистрация

Перечислите все штаты, в которых вы получили сертификаты. Добавьте дополнительные заполненные страницы, если вам нужно больше места.

Штат	Тип лицензии / сертификата / регистрации	Лицензия / Сертификат / Регистрация		Метод лицензирования		
		Год выдачи	Номер	Экзамен	Аттестация	Освобождение от обязательств

6. Экзамен (Этот раздел следует заполнять только в том случае, если вы впервые сдаете тест.)

Вы должны заполнить этот раздел, чтобы записаться на необходимый экзамен.

Примечание: Вам необходимо будет предоставить удостоверение личности государственного образца для допуска к тестированию. Если имя, которое вы используете при прохождении тестирования будет не полностью соответствовать имени в удостоверении личности, вам будет отказано в прохождении тестирования.

Информация о месте проведения тестирования—Отметьте один вариант (обязательно):

Региональный центр тестирования—Я подаю заявку на

тестирование в региональном центре. Код места проведения

тестирования: _____

См. онлайн-список на сайте www.prometric.com/wadoh.

Учреждение—Мой работодатель или руководитель программы обучения планирует мое тестирование, и я буду сдавать экзамены в их учреждении.

Код места проведения тестирования _____. Его может предоставить вам ваш работодатель или руководитель программы обучения.

Выбор экзамена:

Специальные условия тестирования:

Подаете ли вы заявку на предоставление специальных условий тестирования? Да Нет—Этот вопрос нельзя оставлять без ответа.

Если вы подаете заявление на предоставление вам специальных условий тестирования, признанными Законом о защите прав граждан с ограниченными возможностями (ADA) распечатайте [пакет запроса на предоставление специальных условий тестирования](#) и отправьте его непосредственно в компанию [Prometric](#) по адресу:

Компания Prometric, Attn: Программа помощи по уходу на дому штата Вашингтон, 7941 Corporate Dr., Nottingham, MD 21236.

Примечание: Для проведения специального тестирования требуется предварительное уведомление за 30 дней.

6. Экзамен (Продолжение)

Если вы хотите сдать экзамен на другом языке, помимо английского, просьба указать язык:

Теоретический

экзамен:

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Арабский | <input type="checkbox"/> Ахмарский | <input type="checkbox"/> Кхмерский | <input type="checkbox"/> Корейский |
| <input type="checkbox"/> Лаосский | <input type="checkbox"/> Русский | <input type="checkbox"/> Самоанский | <input type="checkbox"/> Упрощенный китайский |
| <input type="checkbox"/> Сомалийский | <input type="checkbox"/> Испанский | <input type="checkbox"/> Тагальский | <input type="checkbox"/> Украинский |
| <input type="checkbox"/> Вьетнамский | | | |

Практическая часть:

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Арабский | <input type="checkbox"/> Ахмарский | <input type="checkbox"/> Кхмерский | <input type="checkbox"/> Корейский |
| <input type="checkbox"/> Лаосский | <input type="checkbox"/> Русский | <input type="checkbox"/> Самоанский | <input type="checkbox"/> Упрощенный китайский |
| <input type="checkbox"/> Сомалийский | <input type="checkbox"/> Испанский | <input type="checkbox"/> Тагальский | <input type="checkbox"/> Украинский |
| <input type="checkbox"/> Вьетнамский | | | |

Индивидуальный переводчик:

Вы подаете заявку на предоставление услуг переводчика с языка, который не перечислен выше? Да Нет

Чтобы подать заявку на предоставление услуг переводчика для прохождения тестирования, распечатайте и заполните [пакет запроса на предоставлений специальных условий тестирования](#) и отправьте его непосредственно в [компанию Prometric](#) по адресу:

Компания Prometric, Attn: Программа помощи по уходу на дому штата Вашингтон, 7941 Corporate Dr.,
Nottingham, MD 21236.

Аффидевит и заявление кандидата:

- Я понимаю, что несу ответственность за предоставление достоверной информации.
- Я понимаю, что если предоставленная мной информация не будет соответствовать действительности мой статус сертифицированного помощника по уходу на дому может быть поставлен под угрозу.
- Я понимаю, что для получения сертификата я должен пройти обе части сертификационного экзамена на помощника по уходу на дому в штате Вашингтон и выполнить все другие требования.
- Я понимаю, что меня могут попросить сыграть роль клиента для другого кандидата в день экзамена. У меня нет ограниченных возможностей, медицинских показаний или иных заболеваний, которые могли бы каким-то образом повлиять на мое участие в сдаче экзамена.
- Я принимаю тот факт, что несу ответственность за свою личную безопасность как во время сдачи экзамена, так и во время выполнения роли клиента. Настоящим я освобождаю компанию Prometric, Департамент здравоохранения штата Вашингтон и их представителей от любой ответственности за любые претензии или ущерб, которые могут возникнуть в результате моего участия в сдаче экзамена.

Инициалы кандидата	Дата

7. Свидетельство кандидата

Я, _____, заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство в соответствии с законодательством штата

(Имя кандидата печатными буквами разборчиво)

с законодательством штата

Вашингтон, что нижеследующая информация является верной и правильной:

- Я являюсь лицом, описанным и указанным в этом заявлении.
- Я прочитал [Свод законов штата Вашингтон с изменениями и дополнениями 18.130.170](#) и [Свод законов штата Вашингтон с изменениями и дополнениями 18.130.180](#) Единого дисциплинарного акта.
- На все вопросы ответил в полном размере и правдиво.
- На основании имеющейся у меня информации, документация, представленная в обоснование моего заявления, точна.
- Я прочитал все законы и правила, касающиеся моей деятельности.

Я понимаю, что Департаменту здравоохранения может потребоваться дополнительная информация перед принятием решения по моему заявлению. Департамент может самостоятельно проверять досье судимостей в базах данных штатов или федеральных базах данных.

Я разрешаю публикацию любых файлов или документов, необходимых департаменту для обработки данного заявления. Сюда входит информация из всех больниц, образовательных или других организаций, мои рекомендации, а также информация прошлых и нынешних работодателей, коллег по работе. Сюда также входит информация от федеральных органов власти, органов власти штата, местных или иностранных государственных органов.

Я понимаю, что должен информировать департамент о любых прошлых, нынешних или будущих уголовных обвинениях или обвинительных приговорах. Я также буду передавать в департамент информацию любых физических или психических заболеваний, которые ставят под угрозу мою способность оказывать качественное медицинское обслуживание. Если потребуется, я разрешу моим поставщикам медицинских услуг передать в департамент информацию о моем здоровье, включая психическое здоровье и лечение от наркотической зависимости.

Дата _____

(мм / дд / гггг)

Подпись: _____

(Собственноручная подпись кандидата)

Эта страница намеренно оставлена пустой.



Подразделение по вопросам аттестации помощников по уходу на дому
а/я а/я 47877
Olympia, WA 98504-7877
360-236-4700

**Справка с места работы учреждения по
долгосрочному уходу
(заполняется клиентом или работодателем)
Примечание: эта форма не требуется, если вы безработный.**

Фамилия лица, принимаемого на работу:	Имя:
Отчество/Инициалы:	Дата рождения:
Дата приема на работу (мм / дд / гггг):	Последняя дата принятия на работу:
Должность и описание:	
Обучение, необходимое на дату приема на работу:	

Примечание: Если вы проработали в период с 1 января 2011 года по 6 января 2012 года в штате Вашингтон, то ваш работодатель в течение этого периода времени должен заполнить раздел с названием и описанием должности в этой форме и предоставить подтверждение соответствия подготовки к моменту приема на работу, что может являться сертификатом о прохождении курса обучения.

Название учреждения или органа, если применимо

Имя работодателя или клиента (печатными буквами)

Должность (печатными буквами)

Адрес работодателя

Город

Штат

Почтовый индекс

Подпись работодателя или клиента

Отправьте заполненную форму по указанному выше адресу.

Эта страница намеренно оставлена пустой.

Свод законов штата Вашингтон с изменениями и дополнениями и Административный кодекс штата Вашингтон и ссылки на Интернет-сайты

Ссылки на Свод законов штата Вашингтон с изменениями и дополнениями и Административный кодекс штата Вашингтон

[Единый дисциплинарный, Свод законов штата Вашингтон](#)

[с изменениями и дополнениями 18.130 Закон об](#)

[административных процедурах, Свод законов штата](#)

[Вашингтон с изменениями и дополнениями 34.05](#)

[Административные процедуры и требования, Административный кодекс](#)

[штата Вашингтон 246-12 Закон о предоставлении помощи на дому, Свод](#)

[законов штата Вашингтон с изменениями и дополнениями 18.88В](#)

[Правила о предоставлении помощи на дому, Административный кодекс штата Вашингтон 246-980](#)

Он-лайн

[Информация об обучении - Департамент здравоохранения и
социального обеспечения](#)

[Программа предоставления ухода на дому, Веб-страница](#)

[Компания Prometric, <http://www.prometric.com/default.htm>](#)

Получайте важную информацию о типе вашей сертификации
[подписавшись на рассылку уведомлений по электронной почте.](#)