

## **Paquete de solicitud de certificación para auxiliares de atención domiciliaria**

### **Índice:**

1. 675-002 ..... Lista de contenidos/información del SSN /información de correspondencia ..... 1 página
2. 675-003 ..... Requisitos y solicitud de la certificación Lista de verificación de instrucciones..... 4 páginas
3. 675-005 ..... Solicitud de certificación para auxiliares de atención domiciliaria ..... 7 páginas
4. 675-006 ..... Verificación de empleo ..... 1 página
5. Enlaces a RCW/WAC y el sitio web en línea ..... 1 página

### **Información importante sobre el número de seguro social:**

En virtud de las leyes estatales y federales, debe proporcionar un número de seguro social junto con su solicitud. Si no posee un número de seguro social en el momento de enviar esta solicitud, lea, complete y devuelva este [formulario](#) junto con su solicitud.

Los números de identificación de contribuyente individual (ITIN) de EE. UU. o los números de seguro social (SIN) de Canadá no son sustitutos.

### **Pasos para procesar su solicitud:**

**Envíe por correo su solicitud con la documentación inicial y su cheque o giro postal pagaderos a:**

Department of Health  
Home Care Aide Credentialing  
P.O. Box 1099

**Envíe los demás documentos que no adjuntó a la solicitud inicial a la siguiente dirección:**

Home Care Aide Credentialing  
P.O. Box 47877  
Olympia, WA 98504-7877 Olympia, WA 98507-1099

### **Contacto:**

360-236-2700  
Home Care Aide Credentialing  
360-236-4700  
Centro de Servicio al Cliente

Para pedir este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Los clientes sordos o con dificultades auditivas pueden llamar al 711 (Washington Relay) o enviar un correo electrónico a [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov).

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

## Requisitos de la certificación para auxiliares de atención domiciliaria

1. Enviar la solicitud de auxiliar de atención domiciliaria completa al Department of Health, junto con el [formulario de Verificación de empleo](#).
2. Realizar la verificación de antecedentes con huella digital del Department of Social and Health Services (DSHS).
3. Completar un curso de capacitación básico de 75 horas aprobado por el DSHS antes de rendir el examen de certificación estatal para auxiliares de atención domiciliaria.
4. Aprobar los exámenes de la certificación de habilidades y conocimientos para auxiliares de atención domiciliaria.

Puede proporcionar atención sin tener una credencial después de completar los siguientes pasos:

- enviar la solicitud completa y pagar las tarifas en el plazo de 14 días desde la fecha de contratación;
- completar la capacitación requerida conforme a [RCW 74.39A.074\(1\)\(d\)\(i\)\(A\) y \(B\)](#).

Debe completar todas las capacitaciones en el lapso de 120 días naturales desde la fecha de contratación. El plazo límite para obtener la certificación como auxiliar de atención domiciliaria es 200 días desde la fecha de contratación. Si no cumple con estos plazos, ya no reunirá los requisitos para proveer atención. Debe dejar de trabajar hasta recibir la certificación como auxiliar de atención domiciliaria.

## Lista de verificación de instrucciones para la solicitud

Debe escribir a mano toda la información en inglés con tinta y de manera clara. Es su responsabilidad enviar los formularios requeridos al departamento.

- Tarifas de solicitud y exámenes.** Complete y envíe la solicitud original con el pago de las [tarifas](#). Las tarifas de solicitud **no son reembolsables**.

### Selección de exámenes y pago:

- Elija la opción de pago estatal si [SEIU Training Partnership](#) cubre sus tarifas.
- Elija la opción de pago por cuenta propia si usted o su empleador cubren las tarifas. Envíe su pago junto con la solicitud completa.
- N.º OCA de antecedentes con huella digital:** complete una verificación de antecedentes con huella digital del DSHS, en colaboración con su empleador o gerente de caso. En el departamento solo se aceptará el n.º OCA de antecedentes con huella digital más reciente. Si no posee uno, envíe la solicitud sin el n.º OCA y contáctenos cuando lo reciba.
- Certificado provisional:** seleccione si solicita un certificado provisional disponible para los auxiliares de atención domiciliaria que tienen una capacidad limitada para leer, escribir o hablar en inglés. Consulte [RCW 18.88B.021](#). La certificación provisional solamente se puede expedir una vez y tiene una validez de 60 días adicionales, por un total de 260 días desde la fecha de contratación para cumplir con los requisitos de certificación.

### Seleccione si aplican las siguientes opciones:

- Cónyuge o concubino registrado de personal militar

**1. Información demográfica:**

**Número de seguro social:** debe informar su número de seguro social en la solicitud. Si no tiene uno, complete y devuelva este [formulario](#).

**Número identificador de proveedor nacional (NPI):** este número es un identificador único estándar para los profesionales de la salud que otorga la agencia Federal Centers for Medicare and Medicaid Services. El NPI es un identificador numérico de 10 dígitos. Si cuenta con un número NPI, infórmelo en la solicitud.

**Nombre legal:** agregue su nombre completo (nombre, segundo nombre y apellido).

**Definición de nombre legal:** el “nombre legal” es el que figura en su certificado de nacimiento oficial o, si se cambió el nombre desde el nacimiento, el que figura en un certificado de matrimonio oficial o una orden judicial. El tribunal debe tener la autoridad legal para cambiar su nombre. Es posible que le pidamos pruebas de su nombre legal. Si utiliza un nombre diferente a su nombre legal en este formulario, es posible que su solicitud sea rechazada.

**Fecha de nacimiento:** proporcione el mes, día y año en que nació.

**Dirección:** ingrese la dirección a la que deberíamos enviarle cualquier información sobre su licencia. Incluya la ciudad, el estado, el código postal, el condado y el país. Esta será su dirección permanente para el Department of Health hasta que usted nos notifique algún cambio. Consulte [WAC 246-12-310](#).

**Números de teléfono, fax y celular:** ingrese sus números de teléfono, fax y celular, si tiene.

**Dirección de correo electrónico para la fecha de examen (obligatorio):** indique una dirección de correo electrónico para el examen. La empresa a cargo de la evaluación le enviará información sobre la fecha de examen a esta dirección de correo electrónico. La dirección de correo electrónico es un requisito de la empresa a cargo de la evaluación.

**Dirección de correo electrónico personal (opcional):** ingrese su dirección de correo electrónico personal. La comunicación que se envíe desde el departamento se remitirá a esta dirección.

**Correo electrónico del empleador (opcional):** ingrese la dirección de correo electrónico de su empleador. Su empleador recibirá las comunicaciones que le envíen desde el departamento.

**Otros nombres:** enumere cualquier otro nombre con el que se identifica o se ha identificado. Si cambia de nombre después de obtener una credencial, debe notificar el cambio al departamento por escrito. Debe adjuntar pruebas legales de este cambio. Consulte [WAC 246-12-300](#).

**2: Preguntas sobre datos personales:**

Todos los solicitantes deben responder las mismas preguntas sobre datos personales en la solicitud. Estas preguntas se centran en su aptitud para desempeñar las habilidades esenciales de esta profesión.

Si responde “sí” a cualquiera de las preguntas en esta sección, debe proveer una explicación completa y precisa. Debe enviar la documentación apropiada como se indica en las preguntas sobre datos personales. Si no la provee, su solicitud está incompleta y se desestimará.

- La pregunta 5 se refiere a delitos menores, delitos menores más graves y delitos graves. No tiene que responder de manera afirmativa si lo citaron por infracciones de tránsito. Puede obtener copias de sus actas judiciales a través del tribunal del condado en el que se procesó la condena, defensa, sentencia aplazada o sentencia suspendida.
- Otra jurisdicción significa cualquier otro país, estado, territorio federal o autoridad militar en el que pudieron haber ocurrido las condenas.

**3: Tipos de servicios provistos. Marque todos los que correspondan:**

- Trabajadores de atención de largo plazo que deben certificarse como auxiliares de atención domiciliaria.
- Personas a las que no se les exige ser auxiliares de atención domiciliaria, pero eligen presentar la solicitud.

**4: Capacitación:**

Mencione su programa de capacitación. Debe completar un curso básico de 75 horas antes de rendir los exámenes de certificación para auxiliares de atención domiciliaria.

**5: Otras licencias, certificaciones o registros:**

Enumere todos los estados en los que tiene o ha tenido una credencial. Envíe el [formulario de verificación de credenciales](#) a todos los estados que menciona.

**6: Exámenes:**

Debe completar esta sección para programar los exámenes requeridos.

- Tilde “sí” si desea solicitar una adaptación del examen O un intérprete individual en un idioma que no figure en la página seis de la solicitud.
- Imprima y complete el [paquete de solicitud de adaptaciones para los exámenes](#) (solamente la página tres si desea solicitar un intérprete individual) y envíelo directamente a Prometric a la siguiente dirección: Prometric, Attn: Washington Home Care Aide Program, 7941 Corporate Dr., Nottingham, MD 21236.

Nota: Se ponen a disposición adaptaciones de los exámenes razonables para los candidatos que presentan discapacidades documentadas reconocidas en la Ley de estadounidenses con discapacidades (ADA).

Se requiere un aviso previo de 30 días para todos los exámenes especiales. Le notificarán si se aprueba la solicitud antes de programar el examen. No hay cargo adicional para estas adaptaciones.

Cuando recibamos la notificación de que completó la capacitación, pagó la tarifa del examen y que en el departamento se recibieron todos los documentos, informaremos a la empresa encargada de los exámenes, Prometric, que usted está autorizado/a para rendir y recibir una carta de autorización de examen por correo electrónico.

Prometric le enviará por correo electrónico una carta de admisión de examen con la fecha, hora y lugar de la evaluación. Una vez que haya rendido el examen, Prometric enviará al departamento los resultados de su examen.

Las instancias para volver a rendir exámenes se programan directamente desde Prometric. Consulte el [sitio web de Prometric](#) para obtener más información.

**7: Declaración del solicitante:**

Debe firmar y fechar este documento para que procesemos la solicitud.

## Documentos adicionales requeridos junto con la solicitud:

**Formulario de verificación de empleo:**

Pida a su empleador que complete este [formulario](#).

Los solicitantes que están exentos de la capacitación y certificación requieren un [formulario de verificación de empleo](#) adicional del empleador para el que trabajaron entre el 1 de enero de 2011 y el 6 de enero de 2012.

**Formulario de verificación de credenciales en otros estados:**

Si trabajó como profesional de la salud en otro estado o jurisdicción, envíe una copia del [formulario de verificación](#) a cada estado en el que tenga o haya tenido una licencia, certificación o registro de atención médica. El estado completará su parte del formulario y nos lo enviará por correo directamente a nosotros.

## Para los cónyuges y concubinos registrados de personal militar transferido o destacado en Washington:

Conforme a la ley estatal, si usted es el cónyuge o concubino registrado en el estado de un militar de cualquier rama del ejército de EE. UU., incluidas la guardia o la reserva, y solicita una credencial profesional de atención médica en este estado, puede reunir los requisitos para el procesamiento agilizado de su solicitud, a fin de recibir la credencial más rápido.

Los documentos que debe enviar junto con su solicitud son los siguientes:

- Una copia de los pedidos de transferencia militar de su cónyuge o concubino registrado al estado de Washington.
- Uno de los siguientes documentos:
  - una copia de su certificado de matrimonio como constancia del matrimonio;
  - una copia de una declaración o registro del estado en el que se demuestre que usted es el concubino de un integrante del ejército de EE. UU. registrado en el estado.



Washington State Department of

Health

Home Care Aide Credentialing

P.O. Box 1099

Olympia, WA 98507-1099

Sello  
fechador  
aquí

Ingreso 0299100001

## Solicitud de certificación para auxiliares de atención domiciliaria

N.º OCA de antecedentes con huella digital: \_\_\_\_\_

Si es desempleado/a y no tiene un n.º OCA de antecedentes con huella digital, tilde la casilla en la sección tres de la solicitud.

Solicito un certificado provisional que está disponible para los auxiliares de atención domiciliaria con capacidad limitada para leer, escribir o hablar en inglés:  Sí  No

Seleccione si aplican las siguientes opciones:  Pago del estado  Pago por cuenta propia

Seleccione si aplican las siguientes opciones:  Cónyuge o concubino registrado de personal militar

### 1. Información demográfica

|                                                                                        |                                                                                              |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>N.º del seguro social (SSN)</b><br>(Si no tiene un SSN, consulte las instrucciones) | <b>Número identificador de proveedor nacional (NPI)</b><br>(Ingrese el número de 10 dígitos) | <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Femenino |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

|         |        |                |          |
|---------|--------|----------------|----------|
| Nombre: | Nombre | Segundo nombre | Apellido |
|---------|--------|----------------|----------|

|                                  |
|----------------------------------|
| Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
|----------------------------------|

|           |
|-----------|
| Dirección |
|-----------|

|        |        |               |         |
|--------|--------|---------------|---------|
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
|--------|--------|---------------|---------|

|      |
|------|
| País |
|------|

|                                         |                                    |                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|
| Teléfono (ingrese el n.º de 10 dígitos) | Fax (ingrese el n.º de 10 dígitos) | Celular (ingrese el n.º de 10 dígitos) |
|-----------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dirección de correo electrónico para la fecha del examen (obligatorio)</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------|

|                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| Correo electrónico personal | Correo electrónico del empleador |
|-----------------------------|----------------------------------|

|                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Dirección postal si es diferente a la dirección de registro anterior: |
|-----------------------------------------------------------------------|

|        |        |               |         |
|--------|--------|---------------|---------|
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
|--------|--------|---------------|---------|

|      |
|------|
| País |
|------|

Nota: Las direcciones de correo postal y de correo electrónico que provea serán sus direcciones de registro. Es su responsabilidad mantener la información de contacto actualizada en el archivo del departamento.

¿Alguna vez lo han conocido por algún otro nombre?  Sí  No  
En caso afirmativo, enumere los nombres:

¿Los documentos serán recibidos con otro nombre?  Sí  No  
En caso afirmativo, enumere los nombres:

## 2. Preguntas sobre datos personales

Sí No

1. ¿Tiene alguna afección médica que de alguna manera altera o limita su capacidad para desempeñar su profesión con las habilidades y la seguridad razonables? Si la respuesta es afirmativa, adjunte la explicación. ....

La **“afección médica”** incluye afecciones o trastornos fisiológicos, mentales o psicológicos, por ejemplo, alteraciones ortopédicas, visuales, del habla y auditivas, parálisis cerebral, epilepsia, distrofia muscular, esclerosis múltiple, cáncer, cardiopatía, diabetes, discapacidades intelectuales, enfermedades emocionales o mentales, discapacidades del aprendizaje específicas, enfermedad por VIH, tuberculosis, drogodependencia y alcoholismo, entre otros.

Si respondió “sí” a la pregunta 1, explique lo siguiente:

1a. De qué manera su tratamiento ha reducido o eliminado las limitaciones causadas por su afección médica.

1b. De qué manera su campo profesional, el entorno o la manera de la práctica han reducido o eliminado las limitaciones causadas por su afección médica.

**Nota: Si respondió “sí” a la pregunta 1, la autoridad que emite las licencias evaluará la naturaleza, la gravedad y la duración de los riesgos asociados con la afección médica continua y el tratamiento continuo para determinar si es necesario restringir su licencia, imponer condiciones o no otorgar la licencia.**

**La autoridad que emite las licencias puede requerir que realice uno o más exámenes mentales, físicos o psicológicos. Usted deberá pagar por estos exámenes. Al presentar esta solicitud, da su consentimiento para realizar estos exámenes. También acepta que los informes de los exámenes se puedan proveer a la autoridad que emite las licencias. Renuncia a todos los reclamos con respecto a la confidencialidad o comunicación privilegiada. Si no se presenta a un examen requerido o no provee los informes a la autoridad que emite las licencias, su solicitud podrá denegarse.**

2. ¿Actualmente consume sustancias químicas de alguna manera que altere o limite su capacidad para desempeñar su profesión con las habilidades y la seguridad razonables? Si la respuesta es sí, explique. ....

**“Actualmente”** significa en el plazo de los últimos dos años.

**“Sustancias químicas”** incluye alcohol, drogas o medicamentos, ya sean legales o ilegales.

3. ¿Le han diagnosticado pedofilia, exhibicionismo, voyeurismo o frotismo o lo han tratado por estos trastornos? ...

4. ¿Actualmente participa en el uso ilegal de sustancias controladas? .....

**“Actualmente”** significa en el plazo de los últimos dos años.

**El uso ilegal de sustancias controladas** es el consumo de sustancias controladas (p. ej., heroína, cocaína) que no se obtienen de manera legal o no se consumen de acuerdo con las instrucciones de un profesional de la salud matriculado.

**Nota: Si responde “sí” a cualquiera de las preguntas restantes, provea una explicación y copias certificadas de todos los juicios, decisiones, órdenes, acuerdos y renunciaciones. El departamento verifica los antecedentes penales de todos los solicitantes.**

5. ¿**Alguna vez** recibió una condena, declaración de culpabilidad, declaración de no disputa o similar, o tuvo un proceso judicial o una sentencia aplazada o suspendida como adulto o joven en algún estado o jurisdicción? .....

**Nota: Si respondió “sí” a la pregunta 5, debe enviar copias certificadas de todos los documentos del tribunal relacionados con sus antecedentes penales junto con la solicitud. Si no provee los documentos, su solicitud está incompleta y se desestimará.**

**Para proteger al público, el departamento evalúa los antecedentes penales. Es posible que los antecedentes penales no le impidan automáticamente obtener una credencial. Sin embargo, no informar estos antecedentes puede generarle un costo extra y la solicitud puede demorarse o rechazarse.**

## 2. Preguntas sobre datos personales (cont.)

Sí No

6. En algún proceso penal, civil o administrativo, ¿se ha determinado que usted:
- a. poseyó, utilizó, le recetaron usar o distribuyó sustancias controladas o drogas con recetas de cualquier manera que no sea para fines legítimos o terapéuticos? .....
  - b. ¿Desvió sustancias controladas o drogas con receta?.....
  - c. ¿Violó alguna ley sobre drogas? .....
  - d. ¿Se recetó usted mismo sustancias controladas? .....
7. ¿Se ha determinado en algún proceso judicial que usted violó alguna ley estatal o federal o norma que regula la práctica de un profesional de la salud? Si la respuesta es afirmativa, adjunte la explicación y provea copias de todos los juicios, decisiones y acuerdos.....
8. ¿Alguna vez alguna autoridad estatal, federal o extranjera le ha denegado, revocado, suspendido o restringido una licencia, certificado, registro u otro privilegio para desempeñar una profesión de atención médica? .....
9. ¿Alguna vez renunció a una credencial como las que se enumeran en el punto 8, en relación con una acción de una autoridad estatal, federal o extranjera o para evitarla? .....
10. ¿Alguna vez lo citaron en un juicio civil o tuvo algún juicio civil por incompetencia, negligencia o mala praxis en relación con alguna práctica de profesión de asistencia médica? .....
11. ¿Alguna vez el Department of Social and Health Services (DSHS) lo descalificó para trabajar con personas vulnerables? .....

### 3. Tipos de servicios provistos

**Trabajadores de atención de largo plazo que deben certificarse como auxiliares de atención domiciliaria. Tilde todas las opciones que apliquen:**

- Servicios de atención domiciliaria     Residencia familiar para adultos     Centro de vivienda tutelada
- Cuidado de relevo     Proveedor individual contratado
- Empleado de atención directa de una agencia de atención domiciliaria
- Cualquier otro empleado de atención directa que provee servicios en el hogar o la comunidad a personas mayores o con discapacidades funcionales o de desarrollo.

**Personas a las que no se les exige ser auxiliares de atención domiciliaria, pero eligen presentar la solicitud.**

**Tilde todas las opciones que apliquen:**

- Está desempleado/a y no completó la verificación de antecedentes con huella digital a través de una agencia de atención de largo plazo.
- Cualquier empleado de atención que no recibe remuneración del estado ni de una agencia privada o centro habilitado por el estado.
- Un proveedor individual que atiende solamente a sus padres o hijos biológicos o adoptados o padrastros/hijastros.
- Una persona contratada como proveedor individual que provee veinte horas o menos de atención para una persona en un mes natural.
- Tiene una credencial como enfermero practicante registrado avanzado, enfermero registrado, enfermero practicante matriculado o enfermero asistente certificado, que está activa y en vigor.
- En el plazo del año antes de que se lo contrate como empleado de atención de largo plazo lo contrató una agencia de atención domiciliaria certificada de Medicare y cumplió con los requisitos de capacitación que fija la ley federal.
- Tiene un apoyo educativo especial activo concedido por la Office of Superintendent of Public Instruction.
- Trabajó como empleado de atención de largo plazo en algún momento entre el 1 de enero de 2011 y el 6 de enero de 2012 en el estado de Washington y completó la capacitación requerida en la fecha de contratación.
- Trabaja para un negocio de servicios residenciales comunitario.
- Una persona que es un instructor de capacitación, pero no provee servicios de atención de largo plazo.

### 4. Capacitación

Mencione el programa de capacitación que completará o que completó. Provea una copia del certificado de finalización al Department of Health.

Nota: Si está en el proceso de completar la capacitación requerida o la completó a través de SEIU Training Partnership, no tiene que enviar una copia del certificado de finalización al Department of Health. El departamento recibirá la información de su capacitación en formato electrónico.

| Nombre del programa de capacitación para auxiliares de atención domiciliaria de 75 horas | Fecha de finalización |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|                                                                                          |                       |

**Exención de capacitación:**

Si está exento de hacer la capacitación para auxiliares de atención domiciliaria de 75 horas, enumere la capacitación que se requirió en la fecha de contratación.

| Nombre de la capacitación completada | Fecha de finalización |
|--------------------------------------|-----------------------|
|                                      |                       |

## 5. Otras licencias, certificaciones o registros

Mencione todos los estados donde tiene o ha tenido credenciales. Adjunte las páginas completadas adicionales si necesita más espacio.

| Estado | Tipo de licencia/certificación/registro | Licencia/certificación/registro |        | Método de acreditación |        |                   |
|--------|-----------------------------------------|---------------------------------|--------|------------------------|--------|-------------------|
|        |                                         | Año de emisión                  | Número | Examen                 | Endoso | Derecho adquirido |
|        |                                         |                                 |        |                        |        |                   |
|        |                                         |                                 |        |                        |        |                   |
|        |                                         |                                 |        |                        |        |                   |
|        |                                         |                                 |        |                        |        |                   |

## 6. Exámenes (Esta sección solo debe completarse si es la primera vez que rinde el examen).

Debe completar esta sección para programar los exámenes requeridos.

**Nota:** Le pedirán que provea una identificación emitida por el gobierno para el ingreso al examen. Si el nombre que utiliza en esta solicitud no coincide exactamente con el nombre de su identificación, no podrá rendir el examen.

### Información del centro de examen (tildar una opción [obligatorio]):

**Centro de examen regional:** solicito rendir el examen en un centro regional.

El código de mi centro de examen preferido es: \_\_\_\_\_

Consulte la lista en línea en [www.prometric.com/wadoh](http://www.prometric.com/wadoh).

**Centro en las instalaciones:** mi empleador o programa de capacitación está programando mi examen y lo rendiré en sus instalaciones.

El código del centro es \_\_\_\_\_. Su empleador o programa de capacitación puede proveérselo.

### Selección de exámenes:

#### Adaptaciones razonables para el examen:

¿Solicita adaptaciones para el examen?  Sí  No—Esta pregunta no se puede dejar en blanco.

Si solicita adaptaciones razonables para el examen reconocidas en la Ley de estadounidenses con discapacidades (ADA), imprima el [paquete de solicitud de adaptaciones para el examen](#) y envíelo directamente a [Prometric](#) a la siguiente dirección:

Prometric, Attn: Washington Home Care Aide Program, 7941 Corporate Dr., Nottingham, MD 21236.

**Nota:** Se requiere un aviso previo de 30 días para coordinar todos los exámenes especiales.

## 6. Exámenes (continúa)

Si desea rendir el examen en un idioma distinto al inglés, indique el idioma a continuación:

### Examen de

#### conocimiento:

- |                                     |                                   |                                  |                                             |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Árabe      | <input type="checkbox"/> Amhárico | <input type="checkbox"/> Jemer   | <input type="checkbox"/> Coreano            |
| <input type="checkbox"/> Laosiano   | <input type="checkbox"/> Ruso     | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Chino simplificado |
| <input type="checkbox"/> Somalí     | <input type="checkbox"/> Español  | <input type="checkbox"/> Tagalo  | <input type="checkbox"/> Ucraniano          |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita |                                   |                                  |                                             |

### Evaluación de

#### habilidades:

- |                                     |                                   |                                  |                                             |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Árabe      | <input type="checkbox"/> Amhárico | <input type="checkbox"/> Jemer   | <input type="checkbox"/> Coreano            |
| <input type="checkbox"/> Laosiano   | <input type="checkbox"/> Ruso     | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Chino simplificado |
| <input type="checkbox"/> Somalí     | <input type="checkbox"/> Español  | <input type="checkbox"/> Tagalo  | <input type="checkbox"/> Ucraniano          |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita |                                   |                                  |                                             |

### Intérprete individual:

¿Desea solicitar un intérprete individual para un idioma que no se mencionó antes?  Sí  No

Para solicitar rendir el examen con un intérprete individual, imprima y complete el [paquete de solicitud de adaptaciones para el examen](#) y envíelo directamente a [Prometric](#) a la siguiente dirección:

Prometric, Attn: Washington Home Care Aide Program, 7941 Corporate Dr., Nottingham, MD 21236.

### Afidávit y declaración de divulgación del solicitante:

- Entiendo que soy responsable de verificar que toda la información que he provisto es totalmente verdadera y correcta.
- Entiendo que si la información provista no es verdadera, mi condición de auxiliar de atención domiciliaria certificado puede comprometerse.
- Entiendo que debo aprobar ambas partes del examen de certificación como auxiliar de atención domiciliaria de Washington y cumplir con todos los otros requisitos del estado de Washington para recibir mi certificación.
- Entiendo que pueden pedirme que represente el papel del cliente de otro candidato el día del examen. No tengo ninguna afección física, médica ni de otro tipo que pudiera verse afectada de alguna manera por mi participación en el examen.
- Acepto que soy responsable por mi propia seguridad personal mientras rindo el examen y actúo como cliente. Por el presente documento eximo a Prometric, al Department of Health del estado de Washington y sus representantes y asignados de toda responsabilidad por cualquier reclamo o daño que pueda surgir por mi participación en el examen.

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Iniciales del solicitante | Fecha |
|---------------------------|-------|

## 7. Declaración del solicitante

Yo, \_\_\_\_\_, declaro so pena de condena en virtud de las leyes del estado de  
(Escriba en letra de imprenta el nombre  
del solicitante de forma clara)

Washington que lo siguiente es verdadero y correcto:

- Soy la persona que se describe e identifica en esta solicitud.
- He leído [RCW 18.130.170](#) y [RCW 18.130.180](#) de la Ley Disciplinaria Uniforme.
- He respondido todas las preguntas con sinceridad y exhaustividad.
- La documentación provista como apoyo de mi solicitud es exacta a mi leal saber y entender.
- He leído todas las leyes y normas relacionadas con mi profesión.

Entiendo que el Department of Health puede requerir más información antes de decidir sobre mi solicitud. El departamento puede verificar de manera independiente los registros de condena en las bases de datos estatales o federales.

Autorizo la divulgación de cualquier archivo o registro que el departamento requiera para procesar esta solicitud. Esto incluye la información de todos los hospitales, centros educativos u otras organizaciones, mis referencias y los empleadores y asociados profesionales y comerciales pasados y presentes. También incluye la información de las agencias federales, estatales, locales o gubernamentales extranjeras.

Entiendo que debo informar al departamento los cargos o condenas penales pasados, actuales o futuros. También informaré al departamento cualquier afección física o mental que ponga en peligro mi capacidad para proveer atención médica de calidad. Si me lo solicitan, autorizaré a mis proveedores de atención médica a divulgar al departamento la información sobre mi salud, incluida la salud mental y cualquier tratamiento por abuso de sustancias.

Fecha \_\_\_\_\_ por: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa) (Firma original del solicitante)

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.



Washington State Department of  
**Health**  
Home Care Aide Credentialing  
P.O. Box 47877  
Olympia, WA 98504-7877  
360-236-4700

## Formulario de verificación de empleo en atención de largo plazo (deberá completarlo el cliente o empleador)

**Nota: Este formulario no es necesario si está desempleado/a.**

|                                                                   |                                    |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Apellido de la persona contratada:                                | Nombre:                            |
| Segundo nombre/inicial:                                           | Fecha de nacimiento de la persona: |
| Fecha de contratación (mm/dd/aaaa):                               | Última fecha de empleo:            |
| Título y descripción del puesto:                                  |                                    |
| Capacitación requerida en la fecha de contratación de la persona: |                                    |

Nota: Si trabajó en algún momento entre el 1 de enero de 2011 y el 6 de enero de 2012 en el estado de Washington, su empleador durante este plazo debe completar la sección del título y descripción del puesto en este formulario y enviar pruebas de que se cumplieron los requisitos de capacitación en el momento de la contratación, que sirvan como certificado de finalización.

---

Nombre del centro o agencia, si corresponde

---

Nombre del empleador o cliente (en letra de imprenta)

Título (en letra de imprenta)

---

Dirección del empleador

---

Ciudad

Estado

Código postal

---

Firma del empleador o cliente

Envíe el formulario completo a la dirección mencionada.

Esta página se dejó en blanco de manera intencional.

## **Enlaces a RCW/WAC y el sitio web en línea**

### **Enlaces de RCW/WAC**

[Ley Disciplinaria Uniforme, RCW 18.130](#)

[Ley de procedimientos administrativos, RCW 34.05](#)

[Requisitos y procedimientos administrativos, WAC 246-12](#)

[Ley de auxiliares de atención domiciliaria, RCW 18.88B](#)

[Normativas para auxiliares de atención domiciliaria, WAC 246-980](#)

### **En línea**

[Información de capacitación: Department of Social and Health Services](#)

[Programa de auxiliares de atención domiciliaria, página web](#)

[Prometric, http://www.prometric.com/default.htm](http://www.prometric.com/default.htm)

Obtenga información importante sobre su tipo de credencial [mediante la suscripción a las alertas de correo electrónico.](#)