

Gói Đơn đăng ký Chứng chỉ Hộ lý Chăm sóc Tại gia

Mục lục:

1. 675-002 Mục lục/Thông tin SSN/Thông tin Gửi Qua đường Bưu điện..... 1 trang
2. 675-002..... Yêu cầu và Đơn đăng ký Chứng chỉ
Danh sách kiểm tra Hướng dẫn..... 4 trang
3. 675-005..... Đơn đăng ký Chứng chỉ Hộ lý Chăm sóc Tại gia..... 7 trang
4. 675-006..... Xác minh Công việc..... 1 trang
5. 675-007..... Mẫu Xác minh Chứng chỉ Ngoài Tiểu bang..... 2 trang
6. RCW/WAC và Liên kết Trang web Trực tuyến..... 1 trang

Thông tin Số An sinh Xã hội Quan trọng:

Luật tiểu bang và liên bang yêu cầu quý vị cung cấp số an sinh xã hội cùng với đơn đăng ký của quý vị. Nếu quý vị không có số an sinh xã hội vào thời điểm quý vị nộp đơn đăng ký này, vui lòng đọc, hoàn thành và nộp lại [mẫu](#) này cùng với đơn đăng ký của quý vị.

Không thể thay thế Số Nhận dạng Người nộp Thuế Cá nhân Hoa Kỳ (ITIN) hoặc Số Bảo hiểm Xã hội Canada (SIN).

Để xử lý yêu cầu của quý vị:

Gửi qua đường bưu điện đơn đăng ký của quý vị cùng với giấy tờ ban đầu và séc của quý vị hoặc phiếu chuyển tiền phải trả tới:

Sở Y tế (Department of Health)
Bộ phận kiểm tra trình độ Hộ lý Chăm sóc Tại gia (Home Care Aide Credentialing)
P.O. Box 1099
Olympia, WA 98507-1099

Gửi những giấy tờ chưa được gửi cùng đơn đăng ký ban đầu tới:

Bộ phận kiểm tra trình độ Hộ lý Chăm sóc Tại gia (Home Care Aide Credentialing)

P.O. Box 47877
Olympia, WA 98504-7877

Vui lòng liên lạc với chúng tôi:

360-236-2700

Bộ phận kiểm tra trình độ Hộ lý Chăm sóc Tại gia (Home Care Aide Credentialing)

360-236-4700

Trung tâm Dịch vụ Khách hàng

Trang này được cố ý để trống.

Các yêu cầu đối với Chứng chỉ Hộ lý Chăm Sóc Tại gia

1. Nộp đơn đăng ký hộ lý chăm sóc tại gia đã hoàn tất cho Sở Y tế, bao gồm [mẫu Xác minh Công việc](#).
2. Hoàn thành kiểm tra lý lịch dựa trên dấu vân tay của Sở Dịch vụ Xã hội và Y tế (DSHS).
3. Hoàn thành khóa đào tạo cơ bản kéo dài 75 giờ được DSHS phê duyệt trước khi tham gia kỳ thi cấp chứng chỉ hộ lý chăm sóc tại gia của tiểu bang.
4. Vượt qua kỳ thi cấp chứng chỉ kỹ năng và kiến thức cho hộ lý chăm sóc tại gia. Quý vị có thể cung cấp dịch vụ chăm sóc mà không cần chứng chỉ sau khi quý vị hoàn thành các bước sau:
 - Nộp đơn đăng ký và lệ phí đầy đủ trong vòng 14 ngày kể từ ngày tuyển dụng;
 - Hoàn thành đào tạo theo yêu cầu của [RCW 74.39A.074\(1\)\(d\)\(i\)\(A\) và \(B\)](#).

Quý vị phải hoàn thành tất cả các khóa đào tạo trong vòng 120 ngày tính theo lịch kể từ ngày tuyển dụng. Thời hạn để trở thành hộ lý chăm sóc tại gia là 200 ngày kể từ ngày tuyển dụng. Nếu quý vị không đáp ứng các khung thời gian này, quý vị không còn đủ điều kiện để cung cấp dịch vụ chăm sóc. Quý vị phải ngừng làm việc cho đến khi quý vị nhận được chứng chỉ hộ lý chăm sóc tại gia.

Danh sách Kiểm tra Hướng dẫn về nộp Đơn đăng ký

Quý vị phải viết tay bằng tiếng Anh tất cả các thông tin một cách rõ ràng bằng mực. Quý vị có trách nhiệm nộp các mẫu được yêu cầu cho sở.

- Lệ phí Đăng ký và Thi.** Hoàn thành và nộp đơn đăng ký gốc kèm [lệ phí](#). Chúng tôi sẽ **không hoàn lại** phí đăng ký.
- Lựa chọn kỳ thi và cách thanh toán:**
 - Chọn tiểu bang thanh toán nếu lệ phí của quý vị đang được [Hiệp hội Đào tạo SEIU](#) thanh toán.
 - Chọn tự thanh toán nếu quý vị hoặc chủ sử dụng lao động của quý vị thanh toán lệ phí. Gửi thanh toán của quý vị cùng với đơn đăng ký đã hoàn tất.
- Số Lý lịch OCA dựa trên dấu vân tay:** Hoàn thành kiểm tra lý lịch dựa trên dấu vân tay của DSHS bằng cách, làm việc với chủ sử dụng lao động hoặc người quản lý trường hợp của quý vị. Sở sẽ chỉ chấp nhận số lý lịch OCA dựa trên dấu vân tay mới nhất. Nếu quý vị không có số OCA, hãy gửi đơn đăng ký mà không có số OCA và liên lạc với chúng tôi khi quý vị nhận được số OCA.
- Chứng chỉ Tạm thời:** Chọn nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký giấy chứng nhận tạm thời có sẵn cho các hộ lý chăm sóc tại gia với khả năng đọc, viết hoặc nói tiếng Anh hạn chế. Xem [RCW 18.88B.021](#). Giấy chứng nhận tạm thời chỉ có thể được cấp một lần và có giá trị cho 60 ngày tăng thêm, trong tổng số 260 ngày kể từ ngày tuyển dụng để đáp ứng yêu cầu của giấy chứng nhận .
- Chọn nếu các tùy chọn sau đây phù hợp:**
Vợ/chồng hoặc Người Đăng ký Sống chung của Quân nhân

□ **1. Thông tin Nhân khẩu:**

Số An sinh Xã hội: Quý vị phải liệt kê số an sinh xã hội của quý vị trên đơn đăng ký của mình. Nếu quý vị không có, hãy hoàn thành và gửi lại [mẫu](#) này.

Số Nhận dạng Nhà cung cấp Quốc gia (NPI): Số Nhận dạng Nhà cung cấp Quốc gia (NPI) là một mã số nhận dạng tiêu chuẩn duy nhất dành cho các chuyên gia chăm sóc sức khỏe được cung cấp từ các Trung tâm Liên bang cho các Dịch vụ Medicare và Medicaid. NPI là một mã số nhận dạng có 10 chữ số. Nếu quý vị có số NPI, hãy ghi số này trên đơn đăng ký của quý vị.

Tên Pháp lý: Ghi tên đầy đủ của quý vị: tên, đệm và họ.

Định nghĩa tên pháp lý: “Tên pháp lý” là tên xuất hiện trên giấy khai sinh chính thức của quý vị hoặc, nếu tên của quý vị đã thay đổi từ khi sinh, là tên trên giấy chứng nhận kết hôn chính thức hoặc lệnh của tòa án Tòa án phải có thẩm quyền pháp lý để thay đổi tên của quý vị. Chúng tôi có thể yêu cầu quý vị chứng minh tên pháp lý của quý vị. Nếu quý vị sử dụng bất kỳ tên nào không phải là tên pháp lý trên mẫu này, đơn đăng ký của quý vị có thể bị từ chối.

Ngày sinh: Cung cấp tháng, ngày và năm sinh của quý vị.

Nơi sinh: Cung cấp thành phố, tiểu bang và quốc gia nơi quý vị sinh ra.

Địa chỉ: Ghi địa chỉ chúng tôi cần sử dụng để gửi cho quý vị bất kỳ thông tin nào về giấy phép của quý vị. Hãy chắc chắn đã bao gồm thành phố, tiểu bang, mã zip, quận, và quốc gia. Đây sẽ là địa chỉ thường trú của quý vị với Sở Y tế cho đến khi quý vị thông báo cho chúng tôi về thay đổi. Xem [WAC 246-12-310](#).

Số Điện Thoại, số Fax, và Số Di động: Ghi số điện thoại, số fax, và số di động của quý vị, nếu có.

Địa chỉ Email để nhận thông báo về Ngày Thi (Bắt buộc): Ghi địa chỉ email của quý vị để nhận thông báo về kỳ thi. Công ty tổ chức kỳ thi sẽ gửi thông tin về ngày thi tới địa chỉ email này. Công ty tổ chức kỳ thi yêu cầu cung cấp địa chỉ email.

Địa chỉ Email Cá nhân (Không bắt buộc): Ghi địa chỉ email cá nhân của quý vị. Thông tin liên lạc được gửi từ sở sẽ được gửi đến địa chỉ này.

Email của Chủ sử dụng lao động (Không bắt buộc): Ghi địa chỉ email của chủ sử dụng lao động của quý vị. Chủ sử dụng lao động sẽ nhận thông tin liên lạc được gửi đến cho quý vị.

(Các) Tên khác: Liệt kê các tên khác mà quý vị có hoặc được mọi người biết đến. Nếu quý vị thay đổi tên sau khi nhận được chứng chỉ, quý vị phải thông báo cho Sở bằng văn bản. Quý vị phải gửi kèm theo bằng chứng pháp lý về sự thay đổi này. Xem [WAC 246-12-300](#).

□ **2: Các câu hỏi về Dữ liệu Cá nhân:**

Tất cả những người nộp đơn đăng ký phải trả lời các câu hỏi giống nhau về dữ liệu cá nhân trên đơn đăng ký. Những câu hỏi này tập trung vào tình trạng thể lực của quý vị để có thể thực hiện các kỹ năng thiết yếu của nghề này.

Nếu quý vị trả lời “có” cho bất kỳ câu hỏi nào trong phần này, quý vị phải cung cấp lời giải thích chính xác và đầy đủ. Quý vị phải nộp tài liệu thích hợp như được lưu ý trong các câu hỏi về dữ liệu cá nhân. Nếu quý vị không cung cấp tài liệu này, đơn đăng ký của quý vị là không hoàn tất và sẽ không được xem xét.

- Câu hỏi 5 đề cập đến các tội nhẹ, tội nhẹ nghiêm trọng và trọng tội. Quý vị không phải trả lời “có” nếu quý vị phải hầu tòa vì các vi phạm giao thông. Quý vị có thể nhận bản sao đối với hồ sơ tòa án của mình thông qua tòa án quận nơi đưa ra sự kết án, bào chữa, án

được hoãn thi hành hoặc án treo.

- Một khu vực có thẩm quyền pháp lý khác có nghĩa là bất kỳ quốc gia, tiểu bang, vùng lãnh thổ liên bang, hoặc cơ quan quân đội nào nơi có thể đã diễn ra việc kết án.
- 3: Loại Dịch vụ được Cung cấp: Đánh dấu tất cả các tùy chọn phù hợp:
 - Những nhân viên chăm sóc dài hạn phải trở thành những hộ lý chăm sóc tại gia được chứng nhận.
 - Những cá nhân không được yêu cầu trở thành hộ lý chăm sóc tại gia, nhưng chọn để nộp đơn đăng ký.
- **4: Đào tạo:**

Liệt kê chương trình đào tạo của quý vị. Quý vị phải hoàn tất khóa học 75 giờ trước khi tham gia các kỳ thi để được cấp chứng chỉ hộ lý chăm sóc tại gia.
- **5: Giấy phép, Chứng chỉ hoặc Giấy đăng ký Khác:**

Liệt kê tất cả các tiểu bang nơi quý vị đã từng có hoặc đang có chứng chỉ. Nộp [Mẫu Xác minh Chứng chỉ Ngoài Tiểu bang](#) cho tất cả các tiểu bang mà quý vị liệt kê.
- **6: Chứng chỉ Giáo dục và Đào tạo AIDS:**

Khóa giáo dục và đào tạo AIDS bao gồm khóa đào tạo cơ bản kéo dài 75 giờ. Đọc chứng thực về giáo dục và đào tạo AIDS. Đào tạo AIDS có thể bao gồm tự học, chăm sóc bệnh nhân trực tiếp, các khóa học, hoặc đào tạo chính quy. Yêu cầu có tối thiểu bốn giờ. Quý vị có thể tìm nội dung khóa học trong [WAC 246-12-270](#).
- **7: Kỳ thi:**

Quý vị phải hoàn tất phần này để được lên lịch cho các kỳ thi bắt buộc.

 - Đánh dấu vào “Có” nếu quý vị yêu cầu dịch vụ sát hạch có điều chỉnh HOẶC yêu cầu thông dịch viên riêng bằng một ngôn ngữ không được liệt kê ở trang thứ sáu của đơn đăng ký.
 - In và hoàn tất [gói yêu cầu dịch vụ sát hạch có điều chỉnh](#) (chỉ trang ba nếu yêu cầu một thông dịch viên cá nhân) và nộp trực tiếp cho Prometric tại: Prometric, Attn: Washington Home Care Aide Program, 7941 Corporate Dr., Nottingham, MD 21236.

Lưu ý: Dịch vụ sát hạch được điều chỉnh hợp lý có sẵn cho những thí sinh được chứng nhận về tình trạng khuyết tật theo Đạo luật về Người khuyết tật Hoa Kỳ (ADA).

Phải thông báo trước ba mươi ngày cho tất cả các hỗ trợ sát hạch đặc biệt. Quý vị sẽ được thông báo về việc yêu cầu của quý vị có được phê duyệt hay không trước khi lên lịch kiểm tra. Không phải trả thêm phí cho các dịch vụ điều chỉnh này.

Sau khi chúng tôi nhận được thông báo rằng khóa đào tạo của quý vị đã hoàn tất, lệ phí thi đã được thanh toán, và sở đã nhận tất cả các tài liệu; chúng tôi sẽ thông báo cho công ty tổ chức kỳ thi Prometric rằng quý vị được phép tham gia dự sát hạch và gửi cho quý vị thông báo cho phép tham gia dự thi qua email.

Prometric sẽ gửi cho quý vị thông báo sát hạch bao gồm ngày, thời gian và địa điểm diễn ra kỳ thi. Sau khi quý vị làm bài thi, Prometric sẽ gửi đến sở các kết quả bài thi của quý vị.

Lịch kiểm tra lại do Prometric trực tiếp lên kế hoạch. Xem [trang web của Prometric](#) để biết thêm thông tin.
- **8: Xác nhận của Người nộp đơn:**

Quý vị phải ký và ghi ngày để chúng tôi xử lý đơn đăng ký.

Yêu cầu các Tài liệu Bổ sung cùng với Đơn Đăng ký:

□ Mẫu Xác minh Việc làm:

Chủ sử dụng lao động của quý vị hoàn thành [mẫu đơn này](#).

Những người nộp đơn được miễn đào tạo và chứng chỉ cần [mẫu xác minh việc làm](#) từ chủ sử dụng lao động nơi họ làm việc từ ngày 1 tháng 1 năm 2011 đến ngày 6 tháng 1 năm 2012.

□ Mẫu xác minh chứng chỉ Ngoài Tiểu bang:

Nếu quý vị làm việc với tư cách là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại một tiểu bang hoặc khu vực thẩm quyền khác, hãy nộp bản sao [mẫu xác minh](#) đến mỗi tiểu bang quý vị đã từng được cấp hoặc hiện đã được cấp giấy phép, chứng chỉ hoặc giấy đăng ký chăm sóc sức khỏe. Tiểu bang sẽ hoàn thành phần của họ trong mẫu đơn và gửi trực tiếp đến chúng tôi.

Đối với Vợ/chồng và Bạn tình Sống chung có Đăng ký là Quân nhân được Thuyên chuyển đến hoặc Đóng quân tại Washington:

Theo luật tiểu bang, nếu quý vị là vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung có đăng ký tại tiểu bang của một thành viên phục vụ trong bất kỳ ngành nào của Quân đội Hoa Kỳ, bao gồm cả Phòng vệ và Dự bị, và quý vị đang nộp đơn đăng ký chứng chỉ chuyên gia chăm sóc sức khỏe trong tiểu bang này, quý vị có thể đủ điều kiện để được xử lý gấp đơn đăng ký của mình để có thể nhận được chứng chỉ nhanh hơn.

Quý vị cần gửi đơn đăng ký của mình cùng với các tài liệu sau:

- Một bản sao lệnh thuyên chuyển của quân đội đến Tiểu bang Washington của vợ/chồng hoặc bạn tình sống chung có đăng ký của quý vị.
- Một trong những tài liệu sau đây:
 - Một bản sao chứng nhận kết hôn của quý vị để làm bằng chứng về hôn nhân; hoặc
 - Một bản sao về tuyên bố hoặc giấy đăng ký của tiểu bang cho thấy quý vị đang trong mối quan hệ với bạn tình sống chung có đăng ký tại tiểu bang với một thành viên của quân đội Hoa Kỳ.



Bộ phận kiểm tra trình độ Hộ lý Chăm sóc Tại gia (Home Care Aide Credentialing)
P.O. Box 1099
Olympia, WA 98507-1099

Ngày
Đóng
dấu tại
Đây

Mã số thuế 0299100001

Đơn đăng ký Chứng chỉ Hộ lý Chăm sóc Tại gia

Số OCA từ cơ quan kiểm tra lý lịch dựa trên dấu vân tay: _____
Nếu quý vị thất nghiệp mà không có số OCA từ cơ quan kiểm tra lý lịch dựa trên dấu vân tay, hãy đánh dấu vào ô tro phần ba của đơn đăng ký.

Tôi đang nộp đơn đăng ký giấy chứng nhận tạm thời dành cho các hộ lý chăm sóc tại gia có khả năng đọc, viết hoặc tiếng Anh hạn chế: Có Không

Chọn nếu các tùy chọn sau đây phù hợp: Tiểu bang chi trả Tự chi trả

Chọn nếu các tùy chọn sau đây phù hợp: Vợ/chồng hoặc Bạn tình sống chung có Đăng ký là Quân nhân

1. Thông tin Nhân khẩu học

Số An sinh Xã hội (SSN) (Nếu quý vị không có SSN, xem các hướng dẫn)	Số Nhận dạng Nhà cung cấp Quốc gia (NPI) (Nhập số có 10 chữ số)	<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ
--	---	---

Tên:	Tên	Tên đệm	Họ
------	-----	---------	----

Ngày sinh (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số)	Nơi sinh		
	Thành phố	Tiểu bang	Quốc gia

Địa chỉ

Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Quận
-----------	-----------	--------	------

Quốc gia

Số điện thoại (nhập số có 10 chữ số)	Fax (nhập số có 10 chữ số)	Di động (nhập số có 10 chữ số)
--------------------------------------	----------------------------	--------------------------------

Địa chỉ email để nhận thông báo về Ngày Sát hạch (Bắt buộc)

Email Cá nhân	Email của Chủ sử dụng lao động
---------------	--------------------------------

Địa chỉ gửi thư nếu khác với địa chỉ trên của hồ sơ:

Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Quận
-----------	-----------	--------	------

Quốc gia

Lưu ý: Địa chỉ email và địa chỉ bưu điện mà quý vị cung cấp sẽ là địa chỉ đối với hồ sơ của quý vị. Quý vị có trách nhiệm giữ thông tin liên lạc hiện tại trong hồ sơ đã được gửi cho sở.

Quý vị đã từng được biết đến với bất kỳ (các) tên nào khác không? Có Không
Nếu có, liệt kê (các) tên:

Liệu các tài liệu có được nhận dưới một tên khác không? Có Không
Nếu có, liệt kê (các) tên:

2. Các Câu hỏi về Thông tin Cá nhân

Có Không

1. Quý vị có mắc bệnh trạng nào mà theo bất kỳ cách nào làm giảm hoặc hạn chế khả năng của quý vị trong việc thực hành chuyên môn với kỹ năng và mức độ an toàn hợp lý không? Nếu có, vui lòng kèm theo giải thích

“Bệnh trạng” bao gồm các tình trạng hoặc rối loạn sinh lý, tâm thần hoặc tâm lý như, nhưng không giới hạn ở chính hình, khiếm thị, khiếm ngôn và khiếm thính, bại não, động kinh, loạn dưỡng cơ, đa xơ cứng, ung thư, bệnh tim, tiểu đường, khuyết tật trí tuệ, bệnh về tâm thần hoặc cảm xúc, khuyết tật về mặt học tập nào đó, bệnh HIV, bệnh lao, nghiện ma túy, và nghiện rượu.

Nếu quý vị trả lời là có đối với câu hỏi 1, hãy giải thích:

- 1a. Các điều trị của quý vị đã giúp giảm nhẹ hoặc loại bỏ những hạn chế do bệnh trạng của quý vị gây ra như thế nào.
- 1b. Việc luyện tập, môi trường hoặc cách thức luyện tập đã giảm giúp giảm nhẹ hoặc loại bỏ những hạn chế gây ra do bệnh trạng của quý vị.

Lưu ý: Nếu quý vị trả lời "có" cho câu hỏi 1, cơ quan cấp phép sẽ đánh giá tính chất, mức độ nghiêm trọng và thời gian rủi ro liên quan đến bệnh trạng đang mắc phải và điều trị hiện tại để xác định xem giấy phép của quý vị có nên bị hạn chế hay không, cần các điều kiện áp đặt, hoặc không cấp giấy phép nào.

Cơ quan cấp phép có thể yêu cầu quý vị phải trải qua một hoặc nhiều các kiểm tra về tâm lý, thể chất hoặc tâm thần. Quý vị là người chịu trách nhiệm chi trả cho các chi phí kiểm tra này. Qua việc nộp đơn đăng ký này, quý vị đồng ý với (các) kiểm tra như vậy. Quý vị cũng đồng ý rằng (các) báo cáo kiểm tra có thể được cung cấp cho cơ quan cấp phép. Quý vị từ bỏ tất cả các quyền dựa trên bảo mật hoặc đặc quyền trao đổi thông tin. Nếu quý vị không nộp (các) kết quả kiểm tra theo yêu cầu hoặc cung cấp (các) báo cáo cho cơ quan cấp phép, đơn đăng ký của quý vị có thể bị từ chối.

2. Quý vị hiện có đang sử dụng (các) chất gây nghiện dưới bất kỳ hình thức nào làm giảm hoặc giới hạn khả năng thực hiện công việc của quý vị với kỹ năng và mức độ an toàn hợp lý không? Nếu có, vui lòng giải thích.
.....

“Hiện tại” nghĩa là trong vòng hai năm qua.

“Chất gây nghiện” bao gồm rượu, ma túy, hoặc thuốc, cho dù đã được sử dụng hợp pháp hoặc bất hợp pháp.

3. Quý vị đã từng bị chẩn đoán hoặc điều trị cho chứng ái nhi, phô dâm, thị dâm, hoặc xúc dâm chưa?.....
4. Quý vị hiện có đang sử dụng bất hợp pháp các chất gây nghiện bị kiểm soát không?.....

“Hiện tại” nghĩa là trong vòng hai năm qua.

Việc sử dụng bất hợp pháp các chất gây nghiện bị kiểm soát là việc sử dụng các chất gây nghiện bị kiểm soát (ví dụ, ma túy, cocaine), những chất không mua được một cách hợp pháp hoặc sử dụng theo hướng dẫn của chuyên viên chăm sóc sức khỏe có giấy phép hành nghề.

Lưu ý: Nếu quý vị trả lời "có" đối với bất kỳ câu hỏi nào còn lại, hãy giải thích và cung cấp bản sao có chứng nhận đối với tất cả các phán quyết, quyết định, lệnh, thỏa thuận và giao nộp. Sở kiểm tra lý lịch tư pháp của tất cả những người làm nộp đơn.

5. Quý vị đã từng bị buộc tội, tự bào chữa, không tranh cãi, hoặc bào chữa tương tự, hoặc đã bị truy tố hoặc có một bản án bị trì hoãn hoặc bị đình chỉ với tư cách là một người trưởng thành hoặc vị thành niên ở bất kỳ tiểu bang hay khu vực có thẩm quyền nào chưa?

Lưu ý: Nếu quý vị trả lời câu 5 là “có”, quý vị phải gửi bản sao đã chứng nhận đối với tất cả các tài liệu của tòa án có liên quan đến lý lịch hình sự của quý vị cùng với đơn đăng ký của quý vị. Nếu quý vị không cung cấp tài liệu này, đơn đăng ký của quý vị là không hoàn tất và sẽ không được xem xét.

Để bảo vệ công chúng, sở sẽ xem xét lý lịch hình sự. Lý lịch hình sự có thể không mặc nhiên ngăn cản việc quý vị nhận chứng chỉ. Tuy nhiên, việc không báo cáo lý lịch hình sự có thể dẫn đến phát sinh thêm chi phí cho quý vị và đơn đăng ký có thể bị trì hoãn hoặc bị từ chối.

2. Các Câu hỏi về Thông tin Cá nhân (Tiếp)

6. Quý vị đã bao giờ liên quan trong bất kỳ vụ tố tụng dân sự, hành chính hoặc hình sự nào khi:
- a. Tàng trữ, sử dụng, kê đơn sử dụng, hoặc phân phối các chất gây nghiện bị kiểm soát hoặc thuốc chỉ được phép sử dụng theo chỉ định bác sĩ dưới bất kỳ hình thức nào khác cho các mục đích ngoài mục đích hợp pháp hoặc điều trị?
 - b. Sử dụng sai mục đích các chất gây nghiện bị kiểm soát hoặc các thuốc chỉ được phép sử dụng theo chỉ định của bác sĩ?
 - c. Vi phạm bất cứ luật về thuốc nào?
 - d. Kê toa chất gây nghiện bị kiểm soát cho bản thân quý vị?
7. Quý vị đã bao giờ liên quan đến bất kỳ vụ tố tụng nào vì vi phạm bất kỳ luật pháp hoặc quy định của tiểu bang hoặc liên bang về hành nghề chăm sóc sức khỏe chưa? Nếu "có", vui lòng đưa ra giải thích và cung cấp bản sao của tất cả các phán quyết, quyết định và thỏa thuận?
8. Quý vị đã từng có bất kỳ giấy phép, chứng chỉ, đăng ký hoặc đặc quyền khác để hành nghề chăm sóc sức khỏe đã bị một cơ quan có thẩm quyền của tiểu bang, liên bang hoặc nước ngoài từ chối, thu hồi, đình chỉ, hạn chế chưa?
9. Quý vị đã từng giao nộp một chứng chỉ như được đề cập trong mục số 8, liên quan đến hoặc để tránh hành động của cơ quan có thẩm quyền của tiểu bang, liên bang hoặc nước ngoài chưa?
10. Quý vị đã từng phải hầu tòa trong bất kỳ vụ kiện dân sự hay chịu bất kỳ phán quyết dân sự nào do không đủ năng lực, sơ suất, hoặc sai sót nghề nghiệp liên quan đến thực hành nghề chăm sóc sức khỏe chưa?
11. Quý vị đã từng bị Sở Dịch vụ Xã hội và Y tế (DSHS) tước quyền làm việc với những người dễ tổn thương chưa?

3. Các Loại Dịch vụ được Cung cấp

Những nhân viên chăm sóc dài hạn phải trở thành những hộ lý chăm sóc tại gia được chứng nhận. Đánh dấu tất cả các tùy chọn phù hợp:

- Dịch vụ chăm sóc tại gia
- Nhà tập thể người lớn
- Cơ sở hỗ trợ đời sống
- Chăm sóc nghỉ ngơi
- Nhà cung cấp cá nhân có hợp đồng
- Nhân viên chăm sóc trực tiếp của cơ sở chăm sóc tại gia
- Bất cứ nhân viên chăm sóc trực tiếp nào cung cấp các dịch vụ tại gia hoặc tại cộng đồng cho người cao tuổi hoặc những người bị khuyết tật về chức năng hoặc khuyết tật về phát triển.

Các cá nhân, không bắt buộc phải nộp đơn đăng ký hộ lý chăm sóc tại gia, nhưng chọn nộp đơn. Đánh dấu tất cả các tùy chọn phù hợp:

- Thất nghiệp hoặc chưa hoàn thành kiểm tra lý lịch dựa trên dấu vân tay thông qua một cơ quan chăm sóc dài hạn.
- Bất kỳ nhân viên chăm sóc nào khác không được tiểu bang hay cơ quan tư nhân, hoặc cơ sở có cấp phép của tiểu bang chi trả.
- Nhà cung cấp cá nhân chỉ chăm sóc đối với con ruột, con riêng, hoặc con nuôi hoặc cha mẹ.
- Một người được tuyển dụng với tư cách là nhà cung cấp cá nhân cung cấp hai mươi giờ chăm sóc trở xuống cho một người trong bất kỳ tháng nào theo lịch.
- Có chứng chỉ hành nghề như y tá điều dưỡng cao cấp có đăng ký, y tá có đăng ký, y tá thực hành được cấp phép hoặc trợ lý điều dưỡng được chứng nhận, hoạt động tích cực và được công nhận.
- Trong vòng một năm trước khi được tuyển dụng làm nhân viên chăm sóc dài hạn đã được một cơ quan chăm sóc sức khỏe tại gia có chứng nhận chăm sóc y tế tuyển dụng và đã đáp ứng các yêu cầu đào tạo của luật liên bang.
- Có chứng thực giáo dục đặc biệt tích cực do Văn phòng Giám đốc Học khu phụ trách Giáo dục Công lập.
- Làm việc với tư cách là nhân viên chăm sóc dài hạn trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 năm 2011 đến ngày 6 tháng 1 năm 2012 tại Tiểu bang Washington và hoàn thành đào tạo bắt buộc vào ngày tuyển dụng của quý vị.
- Được doanh nghiệp cung cấp dịch vụ nhà ở cộng đồng tuyển dụng.
- Một người là giảng viên đào tạo nhưng không cung cấp dịch vụ chăm sóc dài hạn.

4. Đào tạo

Liệt kê chương trình đào tạo mà quý vị sẽ hoặc đã hoàn thành. Cung cấp bản sao chứng chỉ hoàn thành đến Sở Y tế.

Lưu ý: Nếu quý vị đang tham gia chương trình đào tạo này hoặc đã hoàn thành chương trình đào tạo bắt buộc thông qua Hợp tác Đào tạo của SEIU, quý vị không cần nộp bản sao chứng chỉ hoàn thành của mình cho Sở Y tế. Sở sẽ nhận thông tin đào tạo của quý vị bằng phương thức điện tử.

Tên của chương trình 75 giờ đào tạo hộ lý chăm sóc tại gia

Ngày Hoàn thành

Miễn Đào tạo:

Nếu quý vị được miễn 75 giờ đào tạo hộ lý chăm sóc tại gia, hãy liệt kê danh sách các chương trình đào tạo đã được yêu cầu vào ngày tuyển dụng.

Tên của chương trình đào tạo đã hoàn thành

Ngày Hoàn thành

5. Các Giấy phép, Chứng chỉ, hoặc Giấy đăng ký khác

Liệt kê tất cả các tiểu bang nơi chứng chỉ được cấp hoặc đã từng được cấp. Đính kèm thêm các trang để hoàn tất nếu quý vị cần thêm chỗ trống.

Tiểu bang	Loại Giấy phép/Chứng chỉ/Giấy đăng ký	Giấy phép/Chứng chỉ/Giấy đăng ký		Phương thức Cấp phép		
		Năm Cấp	Số	Thi	Chứng thực	Miễn trừ

6. Xác nhận Giáo dục và Đào tạo AIDS

Tôi xác nhận tôi đã hoàn thành tối thiểu bốn giờ giáo dục về phòng ngừa, lây truyền và điều trị AIDS, bao gồm các chủ đề về nguyên nhân và dịch tễ, xét nghiệm và tư vấn, hướng dẫn kiểm soát nhiễm trùng, biểu hiện và điều trị lâm sàng, vấn đề đạo đức và pháp lý bao gồm bảo mật và các vấn đề tâm lý xã hội bao gồm những cân nhắc về dân số đặc biệt.

Tôi hiểu rằng tôi phải giữ các hồ sơ ghi lại quá trình giáo dục nói trên trong hai năm và sẵn sàng nộp các hồ sơ đó cho sở nếu được yêu cầu. **Tôi hiểu rằng nếu tôi cung cấp bất kỳ thông tin sai lệch, giấy phép của tôi có thể bị từ chối, hoặc nếu đã ban hành, sẽ bị đình chỉ hoặc thu hồi.** Nếu giáo dục AIDS đã bao gồm trong giáo dục chuyên nghiệp hoặc đào tạo của quý vị, không cần một khóa học bổ sung.

Họ viết tắt của
Người làm đơn

Ngày Hôm nay

7 . Kỳ thi (Chỉ nên hoàn thành phần này nếu quý vị là người tham dự thi lần đầu.)

Quý vị phải hoàn thành phần này để được xếp lịch cho kỳ thi bắt buộc.

Lưu ý: Quý vị sẽ được yêu cầu cung cấp giấy tờ căn cước do chính phủ cấp để được vào thi. Nếu tên quý vị sử dụng trong đơn đăng ký này không khớp chính xác với tên trên giấy tờ căn cước của quý vị, quý vị sẽ không được phép thi.

Thông tin Địa điểm Sát hạch—Đánh dấu Một tùy chọn:

Địa điểm Sát hạch Khu vực—Tôi đang nộp đơn đăng ký sát hạch tại một Địa điểm Sát hạch Khu vực.

Mã địa điểm thi ưu tiên của tôi là: _____

Xem danh sách trực tuyến tại www.prometric.com/wadoh.

Địa điểm Tại Cơ sở—Chủ sử dụng lao động hoặc chương trình đào tạo của tôi sẽ xếp lịch sát hạch của tôi và tôi sẽ tham gia các bài sát hạch tại cơ sở của họ.

Mã cơ sở là _____. Chủ sử dụng lao động hoặc chương trình đào tạo của quý vị có thể cung cấp thông tin này cho quý vị.

Lựa chọn về Kỳ thi:

Dịch vụ điều chỉnh hợp lý để tham gia kỳ thi:

Quý vị có đang đăng ký dịch vụ sát hạch có điều chỉnh? Có Không—**Không được để trống câu hỏi này.**

Nếu quý vị đang nộp đơn đăng ký dịch vụ sát hạch có điều chỉnh hợp lý được công nhận theo Đạo luật Người Mỹ Khuyết tật (ADA), hãy in [gói yêu cầu dịch vụ sát hạch có điều chỉnh](#) và nộp trực tiếp cho [Prometric](#) tại:

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

Lưu ý: phải thông báo trước 30 ngày cho tất cả các hỗ trợ sát hạch đặc.

Nếu quý vị muốn tham gia kỳ thi bằng ngôn ngữ không phải tiếng Anh, vui lòng cho biết ngôn ngữ nào:

Bài thi Kiến thức: Tiếng Ả Rập Tiếng Amharic Tiếng Khmer Tiếng Hàn
 Tiếng Lào Tiếng Nga Tiếng Samoan Tiếng Trung Giản Thể
 Tiếng Somali Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Tagalog Tiếng Ukrain
 Tiếng Việt

Đánh giá các Kỹ năng: Tiếng Ả Rập Tiếng Amharic Tiếng Khmer Tiếng Hàn
 Tiếng Lào Tiếng Nga Tiếng Samoan Tiếng Trung Giản Thể
 Tiếng Somali Tiếng Tây Ban Nha Tiếng Tagalog Tiếng Ukrain
 Tiếng Việt

Thông dịch viên Cá nhân:

Quý vị có nộp đơn đăng ký một thông dịch viên riêng cho một ngôn ngữ không được liệt kê ở trên không? Có
 Không

Để nộp đơn đăng ký dự thi với một thông dịch viên riêng, hãy in và hoàn thành [gói yêu cầu dịch vụ sát hạch có điều chỉnh](#) và nộp trực tiếp cho [Prometric](#) tại:

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

Bản khai có tuyên thệ và Tuyên bố Công Khai của Người làm đơn:

- Tôi hiểu rằng tôi chịu trách nhiệm về việc đảm bảo rằng tất cả các thông tin đã cung cấp hoàn toàn đúng và chính xác.
- Tôi hiểu nếu thông tin được cung cấp không đúng, tình trạng hộ lý chăm sóc tại gia được chứng nhận của tôi có thể bị hủy.
- Tôi hiểu rằng tôi phải vượt qua cả hai phần của Kỳ thi cấp Chứng chỉ Hộ lý Chăm sóc Tại gia của Washington đáp ứng tất cả các yêu cầu khác của tiểu bang Washington, để nhận được chứng chỉ của mình.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể được yêu cầu đóng vai khách hàng cho một thí sinh khác trong ngày thi. Tôi không có bất kỳ bệnh về thể chất, y tế hoặc các bệnh khác có thể bị ảnh hưởng theo bất kỳ cách nào vì việc tham gia kỳ thi này của tôi.
- Tôi đồng ý rằng tôi chịu trách nhiệm cho sự an toàn của cá nhân tôi cả khi tham gia vào kỳ thi và đóng vai trò khách hàng. Theo đây, tôi xin miễn cho Prometric, Sở Y tế Tiểu bang Washington và các đại diện và người được chỉ định của họ khỏi trách nhiệm hoặc trách nhiệm pháp lý đối với bất kỳ yêu cầu bồi thường hoặc thiệt hại nào do sự tham gia của tôi vào kỳ thi này.

Họ viết tắt của
Người làm đơn

Ngày Hôm nay

8. Chứng thực của Người làm đơn

Tôi, _____, tuyên bố dưới hình phạt khai man theo luật của tiểu bang
(Viết in rõ ràng tên của người làm đơn)

Washington rằng những điều sau đây là đúng và chính xác:

- Tôi là người được mô tả và xác định trong đơn đăng ký này.
- Tôi đã đọc [RCW 18.130.170](#) và [RCW 18.130.180](#) của Đạo luật Kỷ luật đối với Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe.
- Tôi đã trả lời trung thực và đầy đủ tất cả các câu hỏi.
- Tài liệu được cung cấp hỗ trợ cho đơn đăng ký của tôi là chính xác theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi.
- Tôi đã đọc tất cả các luật và quy định liên quan đến nghề nghiệp của tôi.

Tôi hiểu rằng Sở Y tế có thể yêu cầu thêm thông tin trước khi đưa ra quyết định đối với đơn đăng ký của tôi. Sở có thể kiểm tra độc lập lý lịch tư pháp với cơ sở dữ liệu của tiểu bang hoặc liên bang.

Tôi ủy quyền việc tiết lộ bất kỳ thông tin hoặc hồ sơ nào mà sở yêu cầu để xử lý đơn đăng ký này. Thông tin và hồ sơ này bao gồm thông tin từ tất cả các bệnh viện, các tổ chức giáo dục và các tổ chức khác, tài liệu tham khảo của tôi, và các chủ sử dụng lao động và doanh nghiệp và các cộng tác viên chuyên ngành trước đây và hiện tại. Thông tin và hồ sơ này cũng bao gồm thông tin từ các cơ quan chính quyền của liên bang, tiểu bang, địa phương hoặc nước ngoài.

Tôi hiểu rằng tôi phải thông báo cho sở về bất kỳ cáo buộc hoặc kết án hình sự nào trong quá khứ, hiện tại và tương lai. Tôi cũng sẽ thông báo cho sở về bất kỳ tình trạng về thể chất hay tâm thần nào gây ảnh hưởng đến khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe chất lượng của tôi. Nếu được yêu cầu, tôi sẽ cho phép nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tiết lộ cho sở thông tin về sức khỏe của tôi, bao gồm sức khỏe tâm thần và bất kỳ việc điều trị tình trạng do lạm dụng chất gây nghiện nào.

Ngày ký _____ Người ký: _____
(tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số) (Chữ ký tươi của người làm đơn)

Trang này được cố ý để trống.



Bộ phận kiểm tra trình độ Hộ lý Chăm sóc Tại gia (Home Care Aide Credentialing)
P.O. Box 47877
Olympia, WA 98504-7877
3 6 0 - 2 3 6 - 4 7 0 0

**Mẫu Xác minh Việc làm Chăm sóc Dài hạn
(được khách hàng hoặc chủ sử dụng lao động hoàn thành)**

Lưu ý: mẫu này không bắt buộc nếu quý vị thất nghiệp.

Họ của Cá nhân được Tuyển dụng:	Tên:
Tên đệm/Tên viết tắt:	Ngày sinh của Cá nhân:
Ngày Tuyển dụng (tháng dạng hai chữ số/ngày dạng hai chữ số/năm dạng bốn chữ số):	Ngày làm việc Cuối cùng:
Chức vụ và Mô tả Công việc:	
Đào tạo cần có vào ngày cá nhân được tuyển dụng:	

Lưu ý: Nếu quý vị đã làm việc trong khoảng thời gian từ ngày 1 tháng 1 năm 2011 và ngày 6 tháng 1 năm 2012 tại Tiểu bang Washington, chủ sử dụng lao động của quý vị trong khoảng thời gian này phải hoàn thành phần chức vụ và mô tả công việc của mẫu này và gửi bằng chứng về các yêu cầu đào tạo đã hoàn thành tại thời điểm tuyển dụng, có thể là một chứng chỉ hoàn thành.

Tên cơ sở hoặc cơ quan, nếu có

Tên Chủ sử dụng lao động hoặc Khách hàng (viết in)

Chức vụ (viết in)

Địa chỉ của chủ sử dụng lao động

Thành phố

Tiểu bang

Mã Zip

Chữ ký của Chủ sử dụng lao động hoặc Khách hàng
Vui lòng gửi mẫu đã hoàn thành đến địa chỉ trên.

Trang này được cố ý để trống.



Washington State Department of

Health

Bộ phận kiểm tra trình độ Hộ lý Chăm sóc Tại gia (Home Care Aide Credentialing)

P.O. Box 47877

Olympia, WA 98504-7877

3 6 0 - 2 3 6 - 4 7 0 0

Xác minh Chứng chỉ Ngoài Tiểu bang

Đến Người làm đơn:

Vui lòng hoàn thành mặt này của mẫu và gửi đến (các) tiểu bang và/hoặc (các) khu vực có thẩm quyền nơi quý vị đã từng được hoặc đã được cấp giấy phép, chứng chỉ, hoặc giấy đăng ký là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Hướng dẫn họ gửi lại trực tiếp mẫu này đến địa chỉ được ghi ở trên. Tạo một bản sao của mẫu này nếu quý vị cần đến nhiều hơn một tiểu bang hoặc khu vực có thẩm quyền. Các cơ quan thường tính phí cho việc xác minh. Vui lòng kiểm tra trước để hỗ trợ giải quyết nhanh quá trình này.

Tên	Họ	Tên đệm	
Địa chỉ Gửi bưu điện			
Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	
Bất kỳ tên nào khác được sử dụng			
Loại giấy phép, chứng chỉ, hoặc giấy đăng ký dịch vụ chăm sóc sức khỏe			
Số Giấy phép, Chứng chỉ, hoặc Giấy đăng ký		Ngày Cấp	

Yêu cầu cơ quan cấp phép gửi lại mẫu hoàn thành này đến địa chỉ được liệt kê ở trên. Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng gọi 360-236-4700.

(ĐỀ Cơ quan Quản lý Hoàn thành)

Vui lòng hoàn thành mẫu này liên quan đến người làm đơn được liệt kê ở mặt sau. Nộp trực tiếp mẫu đã được hoàn thành và bất kỳ tài liệu bắt buộc khác đến văn phòng tại địa chỉ ở mặt sau. Chúng tôi sẽ không nhận mẫu này từ người làm đơn. Cảm ơn quý vị.

Tên người sở hữu giấy phép, chứng chỉ, hoặc giấy đăng ký:		
Cơ quan cung cấp xác minh: (tiểu bang, tên & chức vụ)		
Người làm đơn đã được chứng nhận bởi: <input type="checkbox"/> Kỳ thi Viết	Ngày:	Điểm:
Tên Kỳ thi:		
<input type="checkbox"/> Kỳ thi khác	Ngày:	Điểm:
Tên Kỳ thi:		
Là chứng nhận hiện hành: <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	Ngày Hết hạn:	
Cá nhân này được coi là người được công nhận trong tiểu bang của quý vị không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		
Nếu "không" vui lòng kèm theo giải thích.		
Chứng chỉ này đã từng bị từ chối chưa? Bị đình chỉ? Bị thu hồi? Bị hủy? Được khôi phục?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
Nếu "có", vui lòng cung cấp bản sao của lệnh cuối cùng hoặc các tài liệu khác về kiện tụng.		
Nếu người sở hữu chứng chỉ này đã bị kỷ luật, người này có hoàn thành thành công tất cả các cầu và hiện được công nhận không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		

**(ĐÓNG
DẤU)**

Chữ ký:

Chức danh:

Ngày:

Các Liên kết trang Web Trực tuyến và RCW/WAC

Các Liên kết RCW/WAC

[Đạo luật Kỷ luật đối với Nhà cung cấp Dịch vụ Chăm sóc Sức khỏe, RCW 18.130](#) [Đạo luật về Thủ tục Hành chính, RCW 34.05](#)

[Các Yêu cầu và Thủ tục Hành chính, WAC 246-12](#) [Luật về Hộ lý Chăm sóc Tại gia, RCW 18.88B](#)

[Các Quy định về Hộ lý Chăm sóc Tại gia, WAC 246-980](#)

Trực tuyến

[Các Nguồn tài nguyên Đào tạo về AIDS, Trang Tham khảo](#)

[Thông tin Đào tạo – Sở Dịch vụ Xã hội và Y tế](#) [Chương trình Hộ lý Chăm sóc Tại gia, Trang web](#)

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

Nhận thông tin quan trọng về loại chứng chỉ của quý vị [đăng ký thông báo qua email](#).