

Solicitud de solicitud de nuevo trabajador de cuidados directos (TCD)

Para poder proporcionarle un paquete de inscripción, el programa de la Oficina de Vida en el Largo Plazo por conducto de Public Partnerships LLC tiene que recopilar cierta información general sobre usted. Esta solicitud debe ser llenada por usted y el empleador. PPL usará esta nueva información del paquete de inscripción de su Trabajador de Cuidados Directos (TCD)

Una vez completado, llame al 1-877-908-1752 o envíe el formulario por correo o fax.

Tipo de solicitud (seleccione una) Nuevo TCD TCD existente (si ya está en el sistema de PPL, indique su número de identificación de PPL _____)

Calificaciones del programa* (es obligatorio dar respuesta a estas dos preguntas)

1. ¿Es usted el cónyuge, tutor legal, representante del beneficiario o poder legal del participante? * Sí No
2. ¿Es menor de 18 años? * Sí No

Si respondió «Sí» a cualquiera de estas preguntas anteriores, usted NO califica para el empleo.

Información del TCD			
Nombre*:	Inicial del segundo nombre:	Apellido*:	
Nombre de soltera/otro nombre por el que se le conoce:	Fecha de nacimiento*:	Número de seguridad social*:	
Dirección física (sin casilla de correo)*:	Ciudad*:	Estado*:	Código postal*:
Condado*:	Distrito escolar*:	Municipio (ciudad, municipio o municipio) *:	
Número de teléfono*:	Número de teléfono alternativo:	Dirección de correo electrónico:	
Dirección postal (si es diferente de la dirección física):	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Relación con el participante/empleador de hecho:			

Nombre del participante	Nombre del empleador	Nombre de TCD

Información del participante		
Por favor complete la siguiente información		
Proporcione la información necesaria para la persona para la que brindará servicios y para quien trabajará.		
Nombre*:	Apellido*:	ID DE PPL:
Número de Medicaid *:	Nombre del empleador de hecho(si es diferente del participante):	

***Los elementos marcados con un asterisco (*) son necesarios para completar previamente su aplicación TCD.**

Información sobre salarios y servicios de TCD.	
Debe proporcionar un salario por al menos un servicio. Tenga en cuenta que los salarios por hora son determinados por su empleador y no por PPL.	
Servicio (código de procedimiento)	Salario por hora
Servicios de Asistencia Personal (W1792)	\$
Relevo (s5150)	\$
Apoyo comunitario dirigido por el participante (W1900)	\$

Reconocimiento	
<p>Certifico que todas las respuestas dadas en este documento son verdaderas y completas, a mi leal saber y entender. Comprendo y otorgo mi consentimiento para que se lleven a cabo revisiones de antecedentes penales de nivel estatal, revisiones de historial de maltrato infantil (en la medida de lo requerido), y registros de antecedentes penales de nivel federal (en la medida de lo requerido) sobre mi persona y que mi empleo quede condicionado a los resultados de la revisiones antes citadas. Comprendo que debo completar la sesión de orientación anterior al servicio para trabajadores de cuidados directos antes de que se me pueda pagar como un Trabajador de Cuidados Directos y que esta orientación sólo puede completarse una vez. Entiendo que debo firmar y devolver los documentos de inscripción generados a partir de este formulario de solicitud de solicitud como condición de empleo en este programa. Entiendo que no puedo comenzar a trabajar hasta que mi empleador reciba una notificación por escrito de que he completado todos los requisitos.</p>	
Firma del trabajador de cuidados directos:	Fecha:

ENVÍE POR CORREO A:
PA OLTL
PUBLIC PARTNERSHIPS, LLC
PO BOX 1108
WILKES-BARRE, PA 18773-9905



LÍNEA RÁPIDA PARA PROCESADO DE FAX: 1-855-858-8158 o ENVIAR POR FAX a: padpw-oltl@pcgus.com