



## SISTEMA DEL PROVEEDOR DE RESPALDO

¿Estás disponible para ayudar a los destinatarios de IHSS cuando tengan una necesidad urgente? El sistema de proveedores de respaldo de la Autoridad Pública (BUPS por sus siglas en inglés) proporciona a los destinatarios de IHSS un proveedor de respaldo temporal si el destinatario tiene una necesidad urgente que no puede satisfacer un proveedor porque el destinatario está haciendo la transición a la atención domiciliaria a aun no la tiene un proveedor identificado

Una vez que usted es un proveedor de registro de IHSS aprobado, puede solicitar ser también un proveedor de BUPS. Si cumple con los requisitos BUPS, su nombre se incluirá en una lista de proveedores de BUPS elegibles. Si un cliente contacta a su trabajador social de IHSS y el trabajador social determina que el cliente tiene una necesidad urgente, la Autoridad Pública le proporcionará al cliente una lista de proveedores elegibles de BUPS que esta disponibles.

**Los proveedores de BUPS que son contratados por los destinatarios para una necesidad temporal y urgente son elegibles para recibir un diferencial de \$2.00/hora durante la necesidad urgente del destinatario si el proveedor es contratado como proveedor de BUPS.**

Los beneficiados de IHSS son responsables de contratar, supervisar, y despedir al proveedor que elijan. La Autoridad Pública no garantiza el empleo.

### **INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE BUPS**

#### *1. Complete la solicitud*

- Imprima la solicitud o llame al (805) 474-2055 para solicitar una copia por correo.

#### *2. Mande la solicitud*

- Por Correo – 1086 E. Grand Avenue, Arroyo Grande, CA 93420, Attn: Autoridad Pública
- Por Fax – (805) 474-2012, Attn: Autoridad Pública
- En Persona – 1086 E. Grand Avenue, Arroyo Grande, CA 93420, Attn: Autoridad Pública

#### *3. Una vez recibida, el personal de Autoridad Pública se encargará de:*

- Revisar que la solicitud esté completa
- Verificar que el solicitante de BUPS sea un proveedor de registro IHSS aprobado
- Confirmar que el solicitante ha completado y firmado la sección de Certificación y el Acuerdo de BUPS
- Verificar cualquier antecedente ante el Departamento de Justicia
- Aprobar o negar al solicitante del sistema de proveedores de respaldo

Si es aceptado en el BUPS, la Autoridad Pública proporcionará su información de contacto a los destinatarios, o sus representantes autorizados, que necesiten un proveedor de BUPS.



## CERTIFICACIÓN Y FIRMA <sup>\*Required</sup>

- Entiendo que el personal de la Autoridad Pública llevará a cabo una verificación de antecedentes sobre mi uso de recursos públicos disponibles incluyendo, pero no limitado a, verificaciones de antecedentes ante del Departamento de Justicia. Entiendo que actos criminales anteriores o futuros pueden impedirme participar en el BUPS.
- Entiendo que la Autoridad Pública conserva el derecho exclusivo de incluir, referir, suspender o eliminar a un proveedor individual de BUPS.
- Entiendo que mi empleador NO es el Condado de San Luis Obispo Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS), Autoridad Pública IHSS, o el BUPS. El cliente de IHSS es mi empleador. Además, entiendo que un cliente-empleador de IHSS retiene el derecho exclusivo para contratar, supervisar, y terminar mi empleo con o sin aviso.
- Si soy aprobado para ser un proveedor en el BUPS, acepto seguir todas las directrices del programa.

Yo, \_\_\_\_\_, declaro bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada en esta solicitud y su proceso relacionado es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier información falsa puede eliminarme de la participación en el BUPS.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



## ACUERDO DEL SISTEMA DEL PROVEEDOR DE RESPALDO <sup>\*Required</sup>

Como un proveedor de BUPS del Condado de San Luis Obispo, acepto:

- Salvaguardar la información confidencial del destinatario de IHSS
- Cumplir con todas las pautas del proveedor de IHSS
- Cumplir con regulaciones de FLSA
- Informar cualquier cambio a la Autoridad Pública tan pronto como sea posible
- No realizar tareas no autorizadas
- Trabajar con el destinatario en el establecimiento de un horario
- Comunicarme con el destinatario si tengo problemas con ellos
- Confirmar con el destinatario que son elegibles para el BUPS
- Responder a las solicitudes de BUPS lo antes posible
- Realizar todas las tareas de IHSS requeridas por el cliente que utiliza BUPS

**Entiendo que para recibir el diferencial de BUPS de \$2.00/hora, debo ser un proveedor de BUPS aprobado Y ser contratado por el destinatario a través de BUPS. Si soy contratado por un destinatario fuera de BUPS O si el destinatario no es elegible para los BUPS, no se me pagará el diferencial de BUPS de \$2.00/hora.**

Entiendo que el BUPS divulgará mi nombre, información de contacto, y los destinatarios se pondrán en contacto conmigo si estoy disponible para más horas de IHSS. Si no estoy disponibles para más horas de IHSS, entiendo que debo comunicarme con la Autoridad Pública para actualizar mi disponibilidad. Acepto acatar las declaraciones anteriores. Entiendo que el incumplimiento de estas declaraciones puede resultar en la terminación de BUPS.

---

**Firma**

---

**Fecha**