

Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

Solicitud Inicial de Certificación para Instructores de Promotores de Salud

Requisitos para certificación:

- Ser mayor de 18 años
- Actualmente vivir en Texas
- Enviar fotografía reciente en color que muestra claramente todos los rasgos faciales
- Incluir in currículum
- Presentar un formulario de verificación de historial de empleo/voluntario (si corresponde)

1. Todos los campos deben ser rellenados, no deje ningún espacio en blanco, si es necesario, rellene con "N/A" (no es aplicable). Se devolverá la solicitud incompleta.

Hay dos opciones para certificarse como instructor(a) de promotores de salud. Esta solicitud incluye ambas opciones. Llene solo el método/sección que se aplica a usted.

Opción 1: Solicitud basada en finalizar un curso de capacitación para instructores aprobado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) (Sección VII).

- Llene esta sección si usted ha concluido un curso de certificación de instructores de promotores de salud/CHWs aprobado por el DSHS en las ocho competencias básicas.
- Incluya con su solicitud, una copia del certificado otorgado por haber completado el curso de certificación para instructores.
- Incluya una copia de su currículum.

Opción 2: Solicitud basada en la Experiencia (Sección VIII y IX)

- Llene esta sección si usted ha realizado al menos 1,000 horas de enseñanza o capacitación a promotores, CHWs, u otros profesionales o paraprofesionales de la salud.
- Indique su experiencia de trabajo (voluntario o remunerado) correspondiente a los tres (3) años anteriores que demuestre enseñanza a promotores, CHWs, u otros profesionales o paraprofesionales en ocho competencias básicas de promotores de salud.
- El DSHS verificara su experiencia de instructor(a) con las referencias de supervisor indicadas en su solicitud.
- Incluya un formulario completo de verificación de empleo/historial de voluntarios junto con su solicitud, el formulario debe ser completado por su supervisor(a) y presentado con la solicitud.
- Incluya una copia de su currículum.

Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

2. Envíe por correo postal, correo electrónico o fax la solicitud y los documentos necesarios:

Envíe por correo postal a: Texas Department of State Health Services P.O. Box 149347 MC1945 Attn: CHW Training and Certification Program Austin, Texas 78714-9347	Envíe por correo electrónico a: chw@dshs.texas.gov Envíe por fax a: 512-776-7555
--	---

- 3.** Envíe por correo electrónico una fotografía en color reciente a chw@dshs.texas.gov o envíela por correo postal a la dirección mencionada anteriormente. La fotografía debe tener fondo claro y mostrar claramente los rasgos faciales, de manera similar a una fotografía de pasaporte. No envíe una fotografía de la licencia de conductor.
- 4. Plazos:** El DSHS le informará si su solicitud es aprobada, es rechazada o está incompleta en un plazo de 90 días.
- 5. Denegación de certificación:** El DSHS puede rechazar su solicitud de certificación por alguno de los siguientes motivos:
- La solicitud está incompleta.
 - Usted no cumple los requisitos para la certificación establecidos en las reglas.
 - Ha proporcionado la información falsa en la solicitud.

Información importante

El DSHS le enviará por correo su aviso de certificación y cualquier correspondencia a la dirección indicada en su solicitud.

Conserve para sus registros una copia de toda la información y de la solicitud para la certificación completada.

De acuerdo con la ley de Texas, la solicitud de certificación o licencia es un documento público.

Para más información, visite:

http://www.dshs.texas.gov/mch/chw/Community-Health-Workers_Program.aspx.

Información de contacto: Si tiene preguntas o para más información, por favor envíe un mensaje de correo electrónico al personal del programa a CHW@dshs.texas.gov.

Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

Competencias básicas del Promotor(a) de Salud (CHW)

Habilidades de Comunicación

- Comprender los principios básicos de la comunicación verbal y no verbal
- Escuchar con atención, comunicarse con empatía y recoger información de una manera respetuosa
- Hacer buen uso del lenguaje con toda confianza y de forma adecuada
- Identificar las barreras que afectan a la comunicación
- Brindar información a clientes y grupos de una manera clara y breve
- Hablar y escribir en el idioma preferido del cliente y al nivel cultural correspondiente
- Probar con documentos actividades y servicios realizados y preparar documentación escrita
- Recopilar datos y dar comentarios a agencias de salud y servicios humanos, fuentes de financiamiento y organizaciones basadas en la comunidad
- Recoger información de manera respetuosa
- Asistir en la interpretación y/o traducción de la información de salud

Habilidades Interpersonales

- Representar a otras personas, sus necesidades y las necesidades de la comunidad
- Ser sensible, honesto, respetuoso y tener buena predisposición hacia los demás
- Establecer relaciones con clientes, proveedores y otras personas
- Ayudar a personas y grupos a resolver conflictos
- Comprender los principios básicos de la cultura, la competencia cultural y la humildad cultural
- Reconocer las creencias, valores, culturas e idiomas de las poblaciones atendidas con el fin de actuar de la forma más adecuada
- Establecer normas de conducta personal y profesional
- Dar apoyo social y orientación informal (por ejemplo, entrevista motivacional)
- Trabajar como miembro de un equipo
- Actuar dentro de las responsabilidades éticas como se indica en las Reglas sobre la Capacitación y Certificación de Promotores de Salud, Sección §146.7. Estándares profesionales y éticos <http://www.dshs.texas.gov/mch/chw/progrule.aspx>
- Mantener la confidencialidad de la información de los clientes y actuar según La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPPA, por sus siglas en inglés)
- Ser modelo del cambio de conducta
- Tener aptitud de establecer redes

Habilidades de Coordinación de Servicios

- Identificar y acceder a los recursos y mantener un inventario de recursos actualizado
- Ayudar a mejorar el acceso a los recursos
- Realizar actividades de alcance para animar la involucración en eventos de salud
- Coordinar las actividades de promotoría de salud con servicios clínicos y otros servicios a la comunidad
- Formar coaliciones y redes de trabajo para atender las necesidades de la comunidad
- Coordinar referencias y seguimientos, seguir el cuidado de la salud y rastrear los resultados de referencia
- Ayudar a otras personas a encontrar servicios y recursos en sistemas de salud y servicios humanos
- Brindar educación, evaluación y apoyo social a clientes y comunidades

Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

Habilidades de Desarrollo de Destrezas

- Identificar problemas y recursos para alentar y ayudar a los clientes a resolver problemas por sí mismos
- Hacer equipo o establecer alianzas con asociaciones locales para mejorar los servicios, formar redes y crear conexiones con la comunidad
- Aprender nuevas y mejores maneras de prestar servicio a la comunidad por medio de capacitación formal e informal
- Realizar una valoración de las fortalezas y las necesidades de la comunidad
- Expandir las destrezas de liderazgo para usted y los demás en la comunidad
- Ser un facilitador de grupos de apoyo
- Organizarse con otros en la comunidad para dirigir temas de salud u otras necesidades/inquietudes

Habilidades de Abogacía

- Participar a fin de organizar a otras personas, los recursos existentes y los datos actuales para promover una causa
- Identificar y trabajar con grupos de abogacía y promoción de la causa
- Informar a los sistemas de servicios de salud y sociales y presentar los informes requeridos
- Mantenerse actualizado sobre los cambios estructurales y de políticas en la comunidad, así como en los sistemas y servicios de salud y servicios sociales
- Hablar a favor de personas o comunidades a fin de resistirse a la intimidación y otras barreras
- Utilizar estrategias para lidiar con el estrés y sobrellevarlo y mantenerse saludable

Habilidades de Enseñanza

- Utilizar herramientas y actividades educativas que promuevan el aprendizaje y el cambio saludable en el estilo de vida
- Utilizar una variedad de técnicas de trabajo interactivas de enseñanza e instrucción para distintos estilos de aprendizaje y edades (por ejemplo, trabajo en grupo, estudio de casos, platicas breves)
- Desarrollar y organizar materiales informativos de presentación
- Identificar e introducir las metas y objetivos que guían la capacitación y educación
- Planear, facilitar o dirigir clases
- Evaluar el éxito de un programa educativo y medir el progreso individual del estudiante
- Utilizar recursos y equipos audiovisuales para mejorar la enseñanza
- Preparar y distribuir materiales educacionales y realizar actividades de promoción de salud y prevención en **eventos comunitarios** y de promoción de la **salud**
- Dirigir y coordinar platicas en grupos de trabajo y la toma de decisiones de forma que involucre e anime a los estudiantes

Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

Habilidades de Organización

- Planear y establece metas a nivel individual y de organización
- Planear y preparar presentaciones, sesiones educativas/de capacitación, talleres y otras actividades
- Manejar el tiempo de manera eficiente y acomodar actividades por orden de importancia, al mismo tiempo de mantener la flexibilidad
- Mantener y contribuir a un ambiente seguro en el sitio de trabajo
- Recoger información, documentar e presentar los resultados de actividades dentro de normas legales y de organización


Base de Conocimiento en Temas de Salud Específicos

- Adquirir y compartir conocimientos básicos de la comunidad, los servicios de salud y sociales, y temas específicos de salud
- Comprender los determinantes sociales de la salud y desigualdades sociales en salud
- Mantenerse actualizado en temas de salud que afecten a los clientes y saber dónde encontrar respuestas a preguntas difíciles
- Comprender los derechos del consumidor
- Encontrar información sobre temas y problemas de salud específicos en todas las edades [enfoque en el período de vida], incluidos hábitos de vida saludables, salud materna e infantil, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer, salud oral y salud mental
- Usar y poner en práctica los conceptos de salud pública

Lista de Verificación de Solicitud

Utilice esta lista de verificación para asegurar que su solicitud está completa.

- Sección I. Información personal**
- Sección II. Educación**
- Sección III. Afiliación a Redes o Asociaciones**
- Sección IV. Licencia/Certificación Profesional del Estado de Texas**
- Sección V. Empleo Actual o Trabajo Voluntario**
- Sección VI. Afiliación con Programas de Capacitación certificados por DSHS**
- Sección VII. Solicitud basada en finalizar un curso de capacitación aprobado por el DSHS**
 - Copia del certificado de finalización del programa de capacitación para instructores de promotores de salud esta adjunta
- Sección VIII Solicitud basada en Experiencia**
 - Solicitud documenta un mínimo de 1,000 horas de experiencia brindando instrucción y capacitación en ocho (8) áreas básicas en los últimos tres años.
 - Formulario de verificación de historial de empleo/voluntariado está adjunto
- Sección IX. Experiencia de instrucción y capacitación**
 - Proporcionar dos (2) ejemplos de instrucción y capacitación
- Sección X. Firma de la Solicitud**
- Currículum incluido**

<p>Fotografía en color (Rostro Completo) No envíe una copia de la foto de licencia de conducir</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Fotografía en color fue enviada por correo electrónico a chw@dshs.texas.gov <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Fotografía en color esta adjunta	
---	---

Envíe preguntas sobre la solicitud a: chw@dshs.texas.gov

Guarde una copia de todos los materiales enviados para su archivo.



Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

Solicitud Inicial de Certificación para Instructores de Promotores de Salud

Sección I. Información personal (Por favor escriba toda la información con bolígrafo o a máquina)

Apellido		Primer nombre		Segundo Nombre		
Dirección particular (Calle y número)		# Apt.	Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal (si es distinta de la dirección particular)		Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
Teléfono móvil/celular ____/____/____		Teléfono particular				
Fecha de nacimiento (Mes/día/año)		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No tengo dirección de correo electrónico personal				
Dirección de correo electrónico personal						

Raza/Etnia

<input type="checkbox"/> Nativa americana/de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Hispana/Latina	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/Otra isleña del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otra (especificar)		
<input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana			

Idioma(s) utilizado(s)

Inglés	<input type="checkbox"/> Habla	<input type="checkbox"/> Lee	<input type="checkbox"/> Escribe	Idioma preferido para correspondencia:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
Español:	<input type="checkbox"/> Habla	<input type="checkbox"/> Lee	<input type="checkbox"/> Escribe			
Otro:	<input type="checkbox"/> Habla	<input type="checkbox"/> Lee	<input type="checkbox"/> Escribe		(Especificar otro idioma)	

Sección II. Educación (Estados Unidos u otro país)

Nivel máximo de educación completado (marcar uno)

<input type="checkbox"/> Kindergarten – 12.º grado	<input type="checkbox"/> Estudios superiores no completados
<input type="checkbox"/> Título de escuela secundaria o título de Desarrollo de Educación General (GED)	<input type="checkbox"/> Título universitario
<input type="checkbox"/> Título de Instituto Superior o Técnico	<input type="checkbox"/> Título avanzado como Maestría o Doctorado

Sección III. Afiliación a redes o asociaciones de promotores de salud

¿Es usted miembro de una red o asociación de promotores de salud? Sí No

Nombre de la red o asociación: _____

Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

Sección IV. Licencia/Certificado Profesional del Estado de Texas

Licencia/Certificado Profesional del Estado de Texas vigente Si No

Nombre de licencia/certificado _____ Certificado número _____

Certificación de instructor(a) de CHWs del Estado de Texas caducada (indique número de certificado, si lo conoce, y fecha de caducidad)

_____/_____
 Certificado número / Fecha de caducidad

Sección V. Empleo o trabajo voluntario actual

Empleo Trabajo voluntario Ninguno

Nombre de la organización (Trabajo voluntario o empleo) _____

Dirección (calle y número) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Condado _____

Nombre del supervisor _____ Cargo del supervisor _____

Tipo de organización (marcar una)

<input type="checkbox"/> Organización basada en la comunidad	<input type="checkbox"/> Ventas / Manufactura	<input type="checkbox"/> Atención de la salud a domicilio / Centro de atención a largo plazo
<input type="checkbox"/> Instituto superior / Universidad / Escuela	<input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro	<input type="checkbox"/> Clínica / Hospital / Servicio de emergencia
<input type="checkbox"/> Organización basada en la fe	<input type="checkbox"/> Departamento de salud local	<input type="checkbox"/> Seguro/plan de salud
<input type="checkbox"/> Agencia del estado	<input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____	

Actual título de trabajo del solicitante _____ Teléfono laboral del solicitante _____

Dirección de correo electrónico laboral _____

Condición de trabajo Tiempo completo Tiempo parcial Remunerado Voluntario

Si es remunerado, ¿Cuánto gana por hora? Menos de \$9.00 \$9.00 - \$15.00 \$15.01 - \$25.00 \$25.01 o más

Sección VI. Afiliación con Programas de Capacitación certificados por DSHS

Al recibir la certificación, un instructor(a) puede proveer cursos de capacitación a promotores de salud o instructores de promotores a través de uno o más programas de capacitación/organización patrocinadora aprobado por el DSHS. Enumere los programas de capacitación aprobados por el DSHS con los cuales Ud. quiere estar afiliado si su solicitud es aprobada.

Nota: Una lista de los programas de capacitación/organizaciones patrocinadoras aprobadas por el DSHS para proporcionar capacitación a promotores o instructores está localizada en www.dshs.state.tx.us/mch/chw.shtm

Propuesta de Afiliación con el/los siguiente(s) Programa(s) de Capacitación de Promotores de Salud o de Instructores aprobado(s) por el DSHS (Enumere abajo.)

1. _____
 2. _____

Desconocida es este momento.

Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

Sección VII. Solicitud basada en finalizar un Curso de Capacitación para Instructores de Promotores aprobado por el DSHS

_____/_____/_____ Fecha de la Capacitación (Mes / Día / Año)	<input type="checkbox"/> Certificado Adjunto	<input type="checkbox"/> Currículo Incluido
_____ Programa de Capacitación/Organización Patrocinadora	_____ Instructor(a)	
_____ Lugar de capacitación (Ciudad)	<input type="checkbox"/> Aprendizaje a distancia	

Salte a la Sección X si completa la solicitud basándose en la finalización del curso de capacitación para instructores certificado por el DSHS

Sección VIII Solicitud basada en Experiencia

Llene esta sección si Ud. ha impartido **un mínimo de 1,000 horas de capacitación dentro de los tres (3) años anteriores a promotores de salud, paraprofesionales y profesionales de salud**. Si necesita espacio adicional para documentar su experiencia, haga copias de este formulario.

- Currículum Incluido
- Formulario de de verificación de historial de empleo/voluntariado (El formulario se encuentra después de la página de firma)

Fecha(s) de Experiencia: Fecha de Inicio (Mes/Año) / a Fecha Final - (Mes/Año) /

Nombre de la Organización/Agencia

Nombre del Supervisor _____
Título del Supervisor _____
Teléfono del Supervisor _____
Ext. _____

Dirección de la Organización/Agencia _____
Ciudad _____
Estado _____
Código Postal _____

Título de trabajo del solicitante

Número Total de Horas de proveer Instrucción/Capacitación: _____

Experiencia enseñando en las siguientes áreas (Marcar todas las que aplican)

Comunicación

- Como escuchar activamente, comunicarse con empatía y recopilar información de una manera respetuosa
- Como hablar y escribir en un lenguaje claro y con in nivel cultural correspondiente
- Como documentar actividades y servicios realizados y prepara documentación escrita
- Como garantizar la interpretación de idioma o el acceso a servicios de traducción

Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

Interpersonales

- Como establecer relaciones y ayudar en la resolución de conflicto individuales y grupales
- Como reconocer y responder correctamente a las creencias, valores, culturas e idiomas de las poblaciones atendidas
- Como proporcionar asesoramiento informal
- Como mantener la confidencialidad de la información de los clientes y actuar dentro de lo establecido por HIPPA

Coordinación de Servicios

- Como identificar y acceder a los recursos
- Como ayudar a mejorar el acceso a los recursos
- Como ayudar a conectar a las personas con los servicios y hacer un seguimiento
- Como evaluar las necesidades de los clientes utilizando enfoques basados en las fortalezas

Generación de Capacidad

- Como identificar problemas y recursos para alentar y ayudar a los clientes a resolver problemas por si mismos
- Como colaborar con las asociaciones locales a mejorar los servicios, establecer contactos y construir conexiones comunitarias
- Como evaluar las fortalezas y las necesidades de la comunidad
- Como generar habilidades de liderazgo para usted y otras personas en la comunidad

Defensoría

- Como participar a fin de organizar a otras personas, utilizar recursos existentes y datos actuales para promover una causa
- Como identificar y trabajar con grupos de defensoría
- Como mantenerse actualizado sobre los cambios estructurales y de políticas en la comunidad, así como en los sistemas de servicios sociales y en servicios de salud
- Como expresarse en nombre de personas o comunidades a fin de superar la intimidación y otras barreras

Enseñanza

- Como utilizar métodos que promueven el aprendizaje y el cambio positivo en la conducta
- Como utilizar una variedad de métodos de enseñanza e instrucción para distintos estilos de aprendizaje y edades
- Como planificar y conducir clases
- Como evaluar el éxito de un programa educativo y medir el progreso individual del estudiante

Organización

- Como planificar y fijar metas a nivel individual y de organización
- Como planificar y preparar presentaciones, sesiones educativas/de capacitación, talleres y otras actividades
- Como administrar el tiempo con eficacia y priorizar actividades, al mismo tiempo de mantener la flexibilidad.
- Como recopilar, documentar e informar sobre actividades dentro de pautas legales y de la organización

Base de conocimiento en problemas específicos de salud

- Como adquirir y compartir conocimientos básicos de la comunidad, los servicios sociales y de salud, temas específicos de la salud
- Como comprender los determinantes sociales de la salud y desigualdades en cuanto a la salud
- Como mantenerse actualizado en temas de salud que afectan a los clientes y saber dónde encontrar respuestas a preguntas difíciles
- Como usar y aplicar los conceptos de salud pública

Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

Sección IX. Ejemplos de la Experiencia de Capacitación – Incluya dos (2) ejemplos de instrucción o capacitación proporcionado a proveedores de servicios de salud comunitaria como promotores de salud, paraprofesionales y profesionales de salud durante su tiempo con la organización/agencia mencionada anteriormente. Los ejemplos deben ser dentro de los últimos seis (6) años.	
1. Título de la Capacitación/Instrucción Proveída	Fecha de la Capacitación/Instrucción ____/____ (Mes/Año)
Audiencia De Enfoque	Duración de la Capacitación (# de horas)
Competencias Básicas Cubiertas <input type="checkbox"/> Habilidad de Comunicación <input type="checkbox"/> Habilidad de Relaciones Interpersonales <input type="checkbox"/> Habilidad para Coordinar Servicios <input type="checkbox"/> Habilidad para Desarrollar la Capacidad de la Comunidad <input type="checkbox"/> Habilidad de Interceder a Favor de Familias y Comunidades <input type="checkbox"/> Habilidad de Enseñanza <input type="checkbox"/> Habilidad de Organizar <input type="checkbox"/> Conocimiento Base en Temas Específicos de Salud	
Objetivos Enfocados en el Estudiante para esta Capacitación	Actividades o Ejercicios de Aprendizaje Utilizados para esta Capacitación
2. Título de la Capacitación/Instrucción Proveída	Fecha de la Capacitación/Instrucción ____/____ (Mes/Año)
Audiencia De Enfoque	Duración de la Capacitación (# de horas)
Competencias Básicas Cubiertas <input type="checkbox"/> Habilidad de Comunicación <input type="checkbox"/> Habilidad de Relaciones Interpersonales <input type="checkbox"/> Habilidad para Coordinar Servicios <input type="checkbox"/> Habilidad para Desarrollar la Capacidad de la Comunidad <input type="checkbox"/> Habilidad de Interceder a Favor de Familias y Comunidades <input type="checkbox"/> Habilidad de Enseñanza <input type="checkbox"/> Habilidad de Organizar <input type="checkbox"/> Conocimiento Base en Temas Específicos de Salud	
Objetivos Enfocados en el Estudiante para esta Capacitación	Actividades o Ejercicios de Aprendizaje Utilizados para esta Capacitación

Programa de Capacitación y Certificación de Promotores de Salud

Sección IX. Firma de la Solicitud

Por favor lea las siguientes declaraciones atentamente. Firme o escriba su nombre con letra de imprenta a continuación, en el espacio provisto, para indicar su entendimiento y aceptación de estos enunciados.

- Yo certifico que toda la información proporcionada por mí en relación con esta solicitud es auténtica y completa. Entiendo que proveer información falsa o engañosa que se utiliza para determinar mis calificaciones puede dar lugar a la anulación de la solicitud y al no otorgamiento de un certificado o a la revocación de cualquier certificado otorgado. Así mismo, puede dar lugar a un proceso penal por adulterar un registro gubernamental según el artículo 37.10 del Código Penal de Texas.
- Estoy de acuerdo de cumplir con el Código de Salud y Seguridad, Capítulo 48, así como las reglas relativas a la capacitación y certificación de promotores(as) o trabajadores(as) comunitarios(as) de la salud, 25 TAC artículos 146.1–146.8, que se encuentran en http://www.dshs.texas.gov/mch/chw/Community-Health-Workers_Program.aspx. Llame al 512.776.2208 o al 512.776.3680 para solicitar una copia.
- Otorgo al DSHS mi permiso para verificar cualquier información o referencias, las cuales son importantes para determinar mis calificaciones.
- En caso de revocación o suspensión del certificado, procederé a devolver el certificado y la(s) tarjeta(s) de identificación al DSHS.
- Entiendo que la solicitud y la documentación de respaldo presentadas pasan a ser propiedad del DSHS y no son retornables.
- Informaré al DSHS mi dirección vigente dentro de los 30 días de cualquier cambio de dirección.
- Reconozco que esta Solicitud de Certificación no es un contrato entre mi persona y el DSHS y no me convierte en empleado, agente, contratista o representante del DSHS.

Firma

Fecha

Envíe por correo postal, correo electrónico o fax a:

Envíe por correo postal a:

Texas Department of State Health Services
P.O. Box 149347 MC1945
Attn: CHW Training and Certification Program
Austin, Texas 78714-9347

Envíe por correo electrónico a:

chw@dshs.texas.gov

Envíe por fax a:

512-776-7555

Envíe por correo electrónico una fotografía a color con su nombre completo y la fecha en que se envió la solicitud a chw@dshs.texas.gov o envíela por correo a la dirección mencionada con anterioridad.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas otorga certificación a promotores/trabajadores comunitarios de la salud con las habilidades y competencias necesarias por haber completado la capacitación y/o haber obtenido la experiencia correspondiente. Los empleadores son responsables de verificar la información o los antecedentes personales de los solicitantes.

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar la información que el Estado de Texas recopila sobre usted, así como a ser informado sobre esta. Usted tiene derecho a recibir y a revisar la información si así lo solicita. Asimismo, tiene derecho a solicitar a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine incorrecta. Visite <http://www.dshs.texas.gov/> para obtener más información sobre la Notificación sobre Privacidad. (Referencia: Código de gobierno, Artículos 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)



Request for Verification of Experience (paid or unpaid)

Submit form with application if applying based on experience.

TO BE TO BE COMPLETED BY SUPERVISOR(S) LISTED IN SECTION VIII – APPLICATION BASED ON EXPERIENCE:

Business Name: _____ **Telephone#:** _____

Business Address: _____

Employed from: ___/___/___ to ___/___/___

Check if currently employed or volunteering

Applicant’s Name: _____

Applicant’s Title: _____

MUST BE SIGNED BY SUPERVISOR:

Supervisor’s Name (please print)

Title

Supervisor’s Signature

Date

Note – one form must be submitted per experience reference.