



# Condado de San Bernardino IHSS Public Authority Formulario de Inscripción

## INFORMACION DE CLASE

Fecha de Clase	Nombre de Clase	Locacion de Clase (ciudad)
----------------	-----------------	----------------------------

## FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE

Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de Nacimiento	Seguro Social (se utiliza para confirmar elegibilidad)	
Correo Electrónico		
Direccion (donde desea que su tarjeta/certificado sea enviado)		# de Apartamento/Espacio
Ciudad	Código Postal	
Numero de Teléfono ( )	Numero de Teléfono Alternativo ( )	

**MARQUE LOS QUE CORRESPONDAN**

- Estoy aplicando con Public Authority por la primera vez.  
 Estoy disponible en el registro de Public Authority.  
 Estoy trabajando con un cliente de IHSS.

Entiendo que el cancelar o faltar a este entrenamiento puede causar problemas al registrarme para clases en el futuro, incluyendo la posibilidad del cierre de mi caso en Public Authority.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Favor de llenar esta forma  
y presentarla el dia de la clase.**

### PARA USO EN LA OFICINA UNICAMENTE

**Verification:**  
Verified in HomeCare Date: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_  
Verified in CMIPS Date: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_

**Notes/Comments:** \_\_\_\_\_