**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 rodos 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 basicas.
* Incluya con su solicitud, una copia del certificado otorgado por haber completado el curso de certificación para instructores.
* Incluya una copia de su currículo.

**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 renumerado) 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.
1. **Envíe por correo postal, correo electrónico o fax la solicitud y los documentos necesarios:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Envíe por correo postal a:**Texas Department of State Health ServicesP.O. Box 149347 MC1945Attn: CHW Training and Certification ProgramAustin, Texas 78714-9347  | **Envíe por correo electrónico a:**chw@dshs.texas.gov**Envíe por fax a:**512-776-7555 |

1. 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.
2. **Plazos:** El DSHS le informará si su solicitud es aprobada, es rechazada o está incompleta en un plazo de 90 días.
3. **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.

|  |
| --- |
| **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* Sersensible, 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
 |

|  |
| --- |
| **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
 |

|  |
| --- |
| **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**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fotografía en color (Rostro Completo)** **No envíe una copia de la foto de licencia de conducir**[ ]  Fotografía en color fue enviada por correo electrónico a chw@dshs.texas.gov**O**[ ]  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.** |

**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 |  | Inicial intermedia |
| Apellido |  | Primer nombre |  | Segundo Nombre |
| Dirección particular |  | Apto. N.º |  | Ciudad |  |  |  | Código postal |  | Condado |
| Dirección particular (Calle y número)  |  | # Apt. |  | Ciudad |  | Estado |  | Código postal |  | Condado |
| Dirección postal | Ciudad |  | Ciudad |  | Código postal |  | Condado |
| Dirección postal (si es distinta de la dirección particular) |  | Ciudad |  | Estado |  | Código postal |  | Condado |
| Teléfono celular |  | Teléfono particular |
| Teléfono móvil/celular  | Teléfono particular |
| Mes/ Día/ Año |  | **Sexo:** [ ]  **Femenino** [ ]  **Masculino** |
| Fecha de nacimiento (Mes/día/año) |  |
| Correo electrónico personal |  | [ ]  **No tengo dirección de correo electrónico personal** |
| Dirección de correo electrónico personal |  |  |
| **Raza/Etnia** |
| [ ]  **Nativa americana/de Alaska** | [ ]  **Asiática** | [ ]  **Hispana/Latina** | [ ]  **Blanco** |
| [ ]  **Nativa de Hawái/Otra isleña del Pacífico**[ ]  **Negra/Afroamericana** | [ ]  **Otra (especificar)** Otra |
| **Idioma(s) utilizado(s)** |  |  |
| **Inglés** |  | [ ]  **Habla** | [ ]  **Lee** | [ ]  **Escribe** | **Idioma preferido para correspondencia:** | [ ]  **Inglés** | [ ]  **Español** |
| **Español:** |  | [ ]  **Habla** | [ ]  **Lee** | [ ]  **Escribe** |  |
| **Otro:** |  | [ ]  **Habla** | [ ]  **Lee** | [ ]  **Escribe** | **(Especificar otro idioma)** | **Otro idioma** |
| **Sección II. Educación (Estados Unidos u otro país)** |
| **Nivel máximo de educación completado (marcar uno)** |  |
| [ ]  Kindergarten – 12.º grado | [ ]  **Estudios superiores no completados** |
| [ ] Título de escuela secundaria o título de Desarrollo de Educación General (GED) | [ ] Título universitario |
| [ ] Título de Instituto Superior o Técnico | [ ] 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: | **Red/asociación** |
|  |

|  |
| --- |
| **Sección IV. Licencia/Certificado Profesional del Estado de Texas** |
| [ ]  **Licencia/Certificado Profesional del Estado de Texas vigente** | [ ]  Si | [ ]  No |
| Otra licencia/certificado de Texas |  | Otro certificado |
| 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 N.º**  | / | Fecha de caducidad |   |
| Certificado número  |  | Fecha de caducidad |   |
| **Sección V. Empleo o trabajo voluntario actual** |
| [ ]  **Empleo** | [ ]  **Trabajo voluntario** | [ ]  **Ninguno** |  |  |  |
| Organización |
| Nombre de la organización (Trabajo voluntario o empleo) |
| Nombre de la organización |  | Ciudad |  | Estado |  | Código postal |  | Condado |
| Dirección (calle y número) | Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
| **Nombre del supervisor** |  | **Cargo del supervisor** |
| Nombre del supervisor | Cargo del supervisor |
| **Tipo de organización (marcar una)** |
| [ ]  **Organización basada en la comunidad** | [ ]  **Ventas / Manufactura** | [ ]  **Atención de la salud a domicilio / Centro de atención a largo plazo** |
| [ ]  **Instituto superior / Universidad / Escuela** | [ ]  **Organización sin fines de lucro** | [ ]  **Clínica / Hospital / Servicio de emergencia** |
| [ ]  **Organización basada en la fe** | [ ]  **Departamento de salud local** | [ ]  Seguro/plan de salud |
| [ ]  **Agencia del estado** | [ ]  **Otra (especificar)** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Trabajo actual |  | Teléfono laboral |
| Actual título de trabajo del solicitante |  | Teléfono laboral del solicitante |
| Dirección de correo electrónico laboral |  | 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 lacertificación, 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](http://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. |
| **Sección VII. Solicitud basada en finalizar un Curso de Capacitación para Instructores de Promotores aprobado por el DSHS**  |
| Month/ Day/ Year |  | [ ] Certificado Adjunto [ ] Currículo Incluido |
| Fecha de la Capacitación (Mes / Día / Año) |  |  |
| Sponsoring Organization |  | Instructor |
| Programa de Capacitación/Organización Patrocinadora | Instructor(a) |
|  |  | [ ]  **Aprendizaje a distancia** |
| Lugar de capacitación (Ciudad) |  |  |
| **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) | **Month** / Year | a- | Fecha Final (Mes/Año) | **Month**  / **Month** |
| **Name of Organization** |
| Nombre de la Organización/Agencia |
| Name of Supervisor |  | Supervisor Title |  | **Supervisor Phone** |  | **Ext.** |
| Nombre del Supervisor | Título del Supervisor |  | Teléfono del Supervisor |  | Ext. |
| Agency’s Address |  | City |  | State |  | Zip Code |
| 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** |

|  |
| --- |
| **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 publica** |

|  |
| --- |
| **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**  |
| [ ]  **Habilidad de Comunicación** [ ]  **Habilidad de Relaciones Interpersonales** [ ]  **Habilidad para Coordinar Servicios** [ ]  **Habilidad para Desarrollar la Capacidad de la Comunidad**  | [ ]  **Habilidad de Interceder a Favor de**  **Familias y Comunidades** [ ]  **Habilidad de Enseñanza** [ ]  **Habilidad de Organizar** [ ]  **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**  |
| [ ]  **Habilidad de Comunicación** [ ]  **Habilidad de Relaciones Interpersonales** [ ]  **Habilidad para Coordinar Servicios** [ ]  **Habilidad para Desarrollar la Capacidad de la Comunidad**  | [ ]  **Habilidad de Interceder a Favor de**  **Familias y Comunidades** [ ]  **Habilidad de Enseñanza** [ ]  **Habilidad de Organizar** [ ]  **Conocimiento Base en Temas Específicos de Salud**  |
| **Objetivos Enfocados en el Estudiante para esta Capacitación** | **Actividades o Ejercicios de Aprendizaje Utilizados para esta Capacitación** |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **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**Signature | **Fecha**Date |

**Envíe por correo postal, correo electrónico o fax a:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Envíe por correo postal a:**Texas Department of State Health ServicesP.O. Box 149347 MC1945Attn: CHW Training and Certification ProgramAustin, 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.**