

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE PROVEEDORES

Nombre del Proveedor:

➔ SU NOMBRE

(Imprimir Apellido, Nombre y Inicial del Segundo Nombre)

1. Fecha de la Cita:

➔ FECHA DE HOY

2. ¿Es usted un empleado del Condado o relacionado con un empleado del Condado? Sí No

3. ¿Le tomaron las huellas digitales para la verificación de antecedentes penales con O.C.? Sí No

Motivo de la dirección postal DIFERENTE (si lo tiene):

➔ MOTIVO LA DIRECCIÓN

POSTAL ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN DEL HOGAR

Dirección de Correo Electrónico:

➔ SU EMAIL

Traductor (si lo tiene):

➔ **TRADUCTOR (SI LO TIENE)**

(Imprimir Nombre y Apellido)

- Entiendo que toda la información que recopilo mientras sirvo como traductor para el Proveedor solicitante y en nombre de la Autoridad Pública (PA) es confidencial y no puede compartirse sin el consentimiento del Proveedor. También entiendo que debo interpretar exactamente lo que se dice, sin agregar u omitir ninguna información proporcionada por el Proveedor o el empleado de PA.
- He traducido toda la información proporcionada para garantizar que el Proveedor reciba una comprensión completa del proceso de inscripción y he ayudado a completar formularios, pero el Proveedor los firmó.

➔ FIRMA DEL TRADUCTOR

Firma del Traductor

➔ FECHA DE FIRMA

Fecha

Reconocimiento del Proveedor:

Entiendo que debo completar todos los requisitos de Inscripción de Proveedores dentro de los 90 días calendario a partir de la fecha en que asistí a mi cita. De lo contrario, el sistema desactivará automáticamente mi estado como Proveedor y tendré que comenzar el proceso de inscripción nuevamente. Cualquier documento faltante debe enviarse de manera oportuna para evitar retrasos en la emisión y el pago de horas. Entiendo que debo enviar hojas de tiempo regularmente para permanecer en estado activo. Si no tengo actividad de nómina durante más de un año, el sistema desactivará automáticamente mi estado como Proveedor.

➔ SU FIRMA

Firma del Proveedor

➔ FECHA DE FIRMA

Fecha

OFFICE USE ONLY

Pending: 426A Start Date Signature No Recipient

Copy of Live Scan Form Other: _____

PA Staff confirmed checklist information via telephone call w/ Provider on _____ Date

PA Staff Initials: _____

PA Staff Reviewer Initials: _____ Date: _____