

Illustrative DRAFT Examples of Potential Verification Forms

Verification Form for 500 Hours + Core Competencies

Applicant's Full Name: _____

Applicant's Start Date: _____

Employer/Volunteer Site Name: _____

Employer/Volunteer Site Phone #: _____

Employer/Volunteer Site Address: _____

Applicant's Position at Employer/Volunteer Site: _____

of hours worked/volunteered (must be at least 500): _____

Applicant has demonstrated the following competencies (applicant must possess all to qualify for State-Issued CHW/P/R Certificate):

- Communication Skills
- Interpersonal and Relationship Building Skills
- Service Coordination and Navigation Skills
- Capacity Building Skills
- Advocacy Skills
- Education and Facilitation Skills
- Individual and Community Assessment Skills
- Outreach Skills
- Professional Skills and Conduct
- Evaluation and Research Skills
- Knowledge Base

Employer/Volunteer Supervisor Printed Name: _____

Employer/Volunteer Supervisor Signature: _____

Date: _____

Ejemplos BORRADOR ilustrativos de posibles formularios de verificación

Formulario de verificación de 500 horas + competencias básicas

Nombre completo del solicitante: _____

Fecha de inicio del solicitante: _____

Nombre del Empleador/Sitio de Voluntario: _____

Teléfono del Empleador/ Sitio de Voluntario: _____

Dirección del Empleador/ Sitio de Voluntario: _____

Cargo del solicitante con el empleador/sitio de voluntariado: _____

N° de horas trabajadas/voluntariado (deben ser al menos 500): _____

El/la solicitante ha demostrado las siguientes competencias (El/la solicitante debe poseerlas todas para poder optar al certificado CHW/P/R expedido por el Estado):

- Habilidades de comunicación
- Habilidades interpersonales y de creación de relaciones
- Habilidades de coordinación de servicios y navegación
- Habilidades para el desarrollo de capacidades
- Habilidades de defensa
- Habilidades educativas y de facilitación
- Habilidades de evaluación individual y comunitaria
- Habilidades de divulgación
- Habilidades y conducta profesionales
- Habilidades de evaluación e investigación
- Base de conocimientos

Empleador/Supervisor del voluntario, nombre en letra de imprenta: _____

Firma del Empleador/Supervisor del voluntario: _____

Fecha: _____

Illustrative DRAFT Examples of Potential Verification Forms

Verification Form for 10 Hours of Field Experience

Applicant's Full Name: _____

Applicant's Start Date: _____

Employer/Volunteer Site Name: _____

Employer/Volunteer Site Phone #: _____

Employer/Volunteer Site Address: _____

Applicant's Position at Employer/Volunteer Site: _____

of hours of field experience (must be at least 10 hours): _____

Employer/Volunteer Supervisor Printed Name: _____

Employer/Volunteer Supervisor Signature: _____

Date: _____

Ejemplos BORRADOR ilustrativos de posibles formularios de verificación

Formulario de verificación de 10 horas de experiencia de campo laboral

Nombre completo del solicitante: _____

Fecha de inicio del solicitante: _____

Nombre del Empleador/Sitio de Voluntario: _____

Teléfono del Empleador/ Sitio de Voluntario: _____

Dirección del Empleador/ Sitio de Voluntario: _____

Cargo del solicitante con el empleador/sitio de voluntariado: _____

N° de horas de experiencia de campo laboral (deben ser al menos 10 horas): _____

Empleador/Supervisor del voluntario, **nombre** en letra de imprenta: _____

Firma del empleador/supervisor del voluntario: _____

Fecha _____

Verification Form for Continuing Education Hours

Applicant's Full Name: _____

Name of Continuing Education Provider: _____

Continuing Education Provider Phone #: _____

Continuing Education Provider Site Address: _____

___ hours of continuing education completed in the year 20___

___ hours of continuing education completed in the year 20___

Continuing Education was provided in the area(s) of:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Communication Skills | <input type="checkbox"/> Individual and
Community
Assessment Skills |
| <input type="checkbox"/> Interpersonal
and Relationship
Building Skills | |
| <input type="checkbox"/> Service Coordination
and Navigation Skills | <input type="checkbox"/> Outreach Skills |
| <input type="checkbox"/> Capacity Building Skills | <input type="checkbox"/> Professional Skills
and Conduct |
| <input type="checkbox"/> Advocacy Skills | |
| <input type="checkbox"/> Education and
Facilitation Skills | <input type="checkbox"/> Evaluation and
Research Skills |
| <input type="checkbox"/> Updates on applicable
laws (e.g., changes in
Medi-Cal eligibility) and
evidence based best
practices | <input type="checkbox"/> Knowledge Base |
| <input type="checkbox"/> HCAI-Approve Specialty
Training Program | |

Supervisor Printed Name: _____

Supervisor Signature: _____

Date: _____

Formulario de verificación de las horas de capacitación continua

Nombre completo del solicitante: _____

Nombre del proveedor de capacitación continua: _____

Teléfono del proveedor de capacitación continua: _____

Dirección del centro proveedor de capacitación continua: _____

___ horas de capacitación continua realizadas en el año 20___

___ horas de capacitación continua realizadas en el año 20___

Se impartió capacitación continua en las áreas de:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habilidades de comunicación | |
| <input type="checkbox"/> Habilidades interpersonales y de creación de relaciones | <input type="checkbox"/> Habilidades de evaluación individual y comunitaria |
| <input type="checkbox"/> Habilidades de coordinación de servicios y navegación | <input type="checkbox"/> Habilidades de divulgación |
| <input type="checkbox"/> Habilidades para el desarrollo de capacidades | <input type="checkbox"/> Habilidades y conducta profesionales |
| <input type="checkbox"/> Habilidades de defensa | <input type="checkbox"/> Habilidades de evaluación e investigación |
| <input type="checkbox"/> Habilidades educativas y de facilitación | <input type="checkbox"/> Base de conocimientos |
| <input type="checkbox"/> Actualizaciones sobre las leyes aplicables (por ejemplo, cambios en la elegibilidad de Medi-Cal) y mejores practicas basadas en evidencia. | |
| <input type="checkbox"/> Programa de Formación Especializada- Aprobado por | |

Nombre impreso del supervisor: _____

Firma del empleador: _____

Fecha _____