

Solicitud de Certificación Estatal de Trabajadores Comunitarios de Salud

Sección 1: Requisitos de Elegibilidad

- Prueba de que el solicitante tiene por lo menos 18 años de edad mediante la presentación de una copia en color de una identificación con fotografía (es decir, identificación emitida por el gobierno o certificado de tarjeta de sangre india)
- Verificación de la educación, incluyendo la documentación que el solicitante tiene al menos un diploma de escuela secundaria o certificado de equivalencia de escuela secundaria.
- Verificación de competencia en las competencias básicas, proporcionando un certificado de finalización de un Programa de Entrenamiento de Certificación de la oficina de Trabajadores Comunitarios de Salud del Departamento de Salud (NMDOH / OCHW), u otros programas de capacitación respaldados por NM que contengan un componente de examen para cada una de las competencias básicas. Incluya las copias de los certificados de finalización proporcionados por la organización de capacitación.

Sección 2: Pautas de Envío

- La tasa debe ser presentada con la solicitud en forma de cheque personal, giro postal o cheque de caja.
- Todas las tarifas no son reembolsables.
- Envíe por correo la solicitud, cuota y cualquier documentación adicional requerido a:

Attn: Office of Community Health Workers
NM Department of Health-Public Health Division
P.O. Box 25307
Albuquerque, NM 87125
Cuenta: XXXXXX7789

Por favor guarde una copia de todos los materiales enviados.

OFFICE OF COMMUNITY HEALTH WORKERS

300 San Mateo Blvd. NE., Suite 900, Albuquerque, New Mexico,
87108 (505) 222-8685 • FAX: (505) 222-8675

Comm.HealthWorker@state.nm.us

www.nmhealth.org



Sección 3: Niveles y Tasas de Certificación

Los solicitantes pueden ser certificados en los siguientes niveles:

Generalista: 45 dólares, vea la sección 1, página 1 de este documento

Especialista I: 55 dólares, un solicitante que se certifica por primera vez como Generalista y luego demuestra competencia en habilidades de apoyo clínico o ha recibido entrenamiento formal. (Competencia Básica # 11). La capacitación para niveles adicionales de Certificación de Especialidad estará disponible en una fecha posterior.

Todos los solicitantes necesitarán una verificación de antecedentes después de que OCHW apruebe su solicitud. La tarifa es 44.00 dólares.

Sección 4: Proceso de Revisión

Cronograma: El Departamento de Salud (DOH) le informará si su solicitud es aprobada o rechazada con una explicación a más tardar de 30 días después de ser recibida por la Oficina de Trabajadores Comunitarios de Salud. Si su solicitud es aprobada, se le requerirá completar una verificación de antecedentes. Los resultados de la verificación de antecedentes, que se mantendrán confidenciales, son el factor determinante final en si se emitirá un certificado o no.

Desacuerdo de la solicitud: Su solicitud de certificación puede ser rechazada si está incompleta o si no cumple con los requisitos de certificación enumerados en las reglas. Si su aplicación es rechazada, recibirá instrucciones sobre la nueva presentación.

Renovación de la certificación: Si su solicitud, incluyendo la información de antecedentes, es aprobada, se le enviará un certificado que es válido por dos años. Debe completar 30 horas de educación continua y aplicar para renovar su certificado dentro de los dos años, o ya no será válido. Por favor envíe cualquier cambio en su dirección e información de contacto a DOH / OCHW para asegurar que usted reciba un recordatorio de renovación.

Información de contacto: Para preguntas o para obtener más información, comuníquese con el personal del programa en Comm.HealthWorker@state.nm.us o al (505) 827.0015-oficina de Santa Fe, (575) 528.5145-oficina de Las Cruces

Para obtener una copia de las reglas y otra información sobre la certificación, visite el sitio web de la oficina de Trabajadores Comunitarios de Salud en <http://nmhealth.org/go/ochw/>

Información del Solicitante

Nombre: (Primero) (Medio) (Apellido)			Fecha de nacimiento:
Dirección permanente:			
Teléfono de casa:	Móvil:	Dirección de correo electrónico:	
Idioma utilizado:		Idioma preferido:	
Inglés	<input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Inglés	
Español	<input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Español	
Otro _____	<input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Educación y Entrenamiento Previo

Agencia o Escuela	Dirección	Años Completados	Licenciatura o Grado	Especialidad
Certificación, Licencia o Entrenamiento Especializado				
<i>Por favor, liste todos los certificados adicionales, licencias o entrenamiento de especialidad aquí</i>				

Para los solicitantes que poseen licencias o certificaciones adicionales

Si actualmente tiene un certificado o licencia en otro campo profesional, ¿alguna vez ha estado sujeto a una acción disciplinaria en contra de su certificado o licencia? ___No ___Sí

En caso afirmativo, por favor explique:

Enumere TODAS las experiencias de practicas como trabajador comunitario de salud o entrenamiento formal

Agencia, Escuela o Programa de Entrenamiento	Dirección	Fechas de formación	¿Lo finalizo? Sí / No

Por favor identifique el programa de entrenamiento que usted ha completado que le califica para la certificación como Trabajador Comunitario de Salud. Adjunte una copia de su certificado de finalización del Programa de Entrenamiento y Certificación NMDOH / OCHW u otro programa de entrenamiento respaldado por NM.

Programa de entrenamiento:

Dirección:

Fechas de formación:

Finalizado:

Empleo Actual

Lugar de empleo	Dirección	Número de años de empleo	Título profesional

Por favor, adjunte una copia de su diploma de escuela secundaria o certificado GED

Especialista I: Proporcione prueba de entrenamiento básico de habilidades de apoyo clínico

Si ha completado un entrenamiento especializado en habilidades de apoyo clínico y cumple con los criterios de la Competencia Básica # 11, puede solicitar ser certificado/a como Especialista I. Por favor llene la siguiente tabla y adjunte los certificados de entrenamiento.

Formación especializada	Horas Requeridas	Horas Completadas	Nombre del entrenamiento	Ubicación o Entrenador	Fecha de finalización
Basic Clinical Support Skills (Competency 11)	16				

Por favor lea la siguiente declaración y firme para indicar que entiende y acepta los requisitos para la certificación como Trabajador Comunitario de Salud de Nuevo México (CHW).

Certifico que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y completa. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en la negación, suspensión o revocación de la certificación.

Le doy a DOH / OCHW permiso para verificar cualquier información o referencias para determinar mis calificaciones. Entiendo que la solicitud y toda la documentación de apoyo se convierten en propiedad de DOH y no serán devueltas.

Acepto cumplir con las normas y reglamentos relativos al entrenamiento y certificación de los trabajadores comunitarios de salud.

Informaré cualquier cambio en mi información de contacto a DOH / OCHW.

Nombre impreso:

Firma:

Fecha: