

Homecare Worker Application – Arabic

Section 1: Personal Information

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
الاسم: (الاسم الأخير/الاسم الأول/الحرف الأول من الاسم الأوسط) (كما يظهر على بطاقة الضمان الاجتماعي)	Name: (last/first/middle initial) (as shown on your Social Security card)	1	1
تاريخ الميلاد	Date of birth	2	2
الأسماء الأخرى المستخدمة، بما في ذلك اسم العائلة قبل الزواج وأسماء الشهرة المستخدمة	Other names used, including maiden and nicknames	3	3
البريد الإلكتروني	E-mail address	4	4
عنوان الشارع	Street address	5	5
العنوان البريدي: (إذا كان يختلف عن عنوان الشارع)	Mailing address: (if different than street address)	6	6
المدينة، الولاية، الرمز البريدي (لعنوان الشارع)	City, State, Zip (for street address)	7	7
المدينة، الولاية، الرمز البريدي (للعنوان البريدي)	City, State, Zip (for mailing address)	8	8
رقم/أرقام هاتف المنزل الخاص بكم	Your phone number(s) Home	9	9
رقم/أرقام الهاتف الخليوي الخاص بكم	Your phone number(s) Cell	10	10
رقم/أرقام الهاتف للرسائل الهاتفية	Your phone number(s) Message	11	11

Section 2: Specific Client – Employer – New Homecare Workers Only

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
هل سبق أن وافقتم على العمل لعميل-صاحب عمل محدد؟ إذا نعم، يرجى إدراج اسم الفرد.	Have you already agreed to work for a particular client-employer? If yes, please include the name of the individual.	1	1

Section 3: Orientation and Certified Training

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
هل سبق وأن حضرتم جلسة توجيهية لعاملي الرعاية المنزلية؟ التأشير على نعم/كلا إذا نعم، أين حضرتم الجلسة؟ التاريخ، إذا كان معروفاً:	Have you attended a homecare worker orientation? Check Yes / No If yes, where did you take it? Date, if known:	1	1
هل سبق وأن حضرتم توجيهها لعناية سكنية؟ (live-in orientation) التأشير على نعم / كلا إذا نعم، أين حضرتم الجلسة؟	Have you attended a live-in orientation? Check Yes / No If yes, where did you take it?	2	2

التاريخ، إذا كان معروفاً:	Date, if known:		
هل أنتم مرخصين لإجراء الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) التأشير على نعم / كلا إذا نعم، متى تنتهي مدة صلاحيتها؟	Are you CPR certified? Check Yes / No If yes, when does it expire?	3	3
هل أنتم مرخصين لإجراء الإسعافات الأولية؟ التأشير على نعم / كلا إذا نعم، متى تنتهي مدة صلاحيتها؟	Are you first aid certified? Check Yes / No If yes, when does it expire?	4	4

Section 4: Transportation

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
ما نوع وسيلة النقل التي تستخدموها للذهاب إلى عملكم؟ (التأشير على كل ما ينطبق) سيارة / النقل العام / الدراجة - المشي	What kind of transportation do you use to get to work? (Check all that apply) Motor vehicle / Public transportation / Bike-walk	1	1
هل أنتم مستعدين لـ (التأشير على كل ما ينطبق) نقل صاحب عمل في سيارتكم؟ قيادة سيارة لصاحب عمل؟ مرافقة صاحب عمل على وسيلة للنقل العام؟ مرافقة صاحب عمل في سيارتهم؟	Are you willing to (check all that apply) Check Yes / No Transport an employer in your car? Drive an employer's car? Escort an employer on public transportation? Escort an employer in their car?	2	2

Section 5: Language – In Order of Ability

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
ما هي اللغات، بما في ذلك لغة الإشارة، التي تتكلمها و/أو تقرأ فيها؟ التأشير على التكلم / القراءة لكل لغة مبينة	What languages, including Sign Language, do you speak and/or read? Mark Speak / Read for each language entered	1	1

Section 6: Availability to Work

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
هل أنتم تبحثون عن عمل حالياً؟ التأشير على نعم/كلا	Are you currently looking for work? Check Yes / No	1	1

<p>التأشير على كل انواع العمل التي أنتم مستعدون أخذها بنظر الاعتبار:</p> <p>a. دوام كامل (ما فوق 20 ساعة في الأسبوع)</p> <p>b. دوام جزئي (20 ساعة أو أقل)</p> <p>c. عناية مستمرة لـ 7 أيام (خدمة 24 ساعة)</p> <p>d. عناية مستمرة لـ 6 أيام (خدمة 24 ساعة)</p> <p>e. عناية مستمرة ليومين (2) (خدمة 24 ساعة)</p> <p>f. تقديم المساعدة للعناية المستمرة</p> <p>g. تقديم الخدمات البديلة مقابل أجر بالساعة</p> <p>h. العمل بإخطار قصير</p> <p>i. عناية مستمرة لـ 5 أيام (خدمة 24 ساعة)</p> <p>j. عناية مستمرة ليوم واحد (1) (خدمة 24 ساعة)</p>	<p>Check all work types you are willing to consider:</p> <p>a. Full-time (over 20 hours per week)</p> <p>b. Part-time (20 hours per week or less)</p> <p>c. Being a 7 day live-in (24 hour service)</p> <p>d. Being a 6 day live-in (24 hour service)</p> <p>e. Being a 2 day live-in (24 hour service)</p> <p>f. Providing live-in relief</p> <p>g. Providing substitute services paid by the hour</p> <p>h. Working with short notice</p> <p>i. Being a 5 day live-in (24 hour service)</p> <p>j. Being a 1 day live-in (24 hour service)</p>	2	2
<p>هل أنتم مستعدين على المساعدة في عملية إجلاء والخدمات البيئية في حالة وقوع كارثة طبيعية؟ التأشير على نعم/كلا</p>	<p>Would you be willing to assist with evacuation and in-home services in the event of a natural disaster? Check Yes / No</p>	3	3

Section 7: Work Schedule

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
<p>التأشير أيام/أوقات تواجدكم للعمل. إذا كنتم متواجدين في كل الأوقات، التأشير على الصندوق</p> <p>a. الإثنين - صباحاً / بعد الظهر / مساءً / ليلاً</p> <p>b. الثلاثاء - صباحاً / بعد الظهر / مساءً / ليلاً</p> <p>c. الأربعاء - صباحاً / بعد الظهر / مساءً / ليلاً</p> <p>d. الخميس - صباحاً / بعد الظهر / مساءً / ليلاً</p> <p>e. الجمعة - صباحاً / بعد الظهر / مساءً / ليلاً</p>	<p>Check the days/times you are available to work. If you are available at all times check box</p> <p>a. Monday – Mornings / Afternoons / Evening / Nights</p> <p>b. Tuesday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights</p> <p>c. Wednesday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights</p> <p>d. Thursday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights</p>	1	1

f. السبت - صباحاً / بعد الظهر / مساءً / ليلاً	e. Friday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights		
g. الأحد - صباحاً / بعد الظهر / مساءً / ليلاً	f. Saturday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights		
h. أيام العطل - صباحاً / بعد الظهر / مساءً / ليلاً	g. Sunday - Mornings / Afternoons / Evening / Nights		
	h. Holidays - Mornings / Afternoons / Evening / Nights		

Section 8: Services and Work Experience

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
<p>التأشير على كل الخدمات المدرجة أدناه التي أنتم مستعدون لتقديمها. وبالإضافة إلى ذلك، إذا كانت لكم "خبرة" في أي من هذه الأعمال، يرجى التأشير على عمود "الخبرة". يتوجب عليكم أن تكونوا قادرين جسدياً للقيام بكل الخدمات في هذا القسم. لا تأشروا على أي مهام حيث لكم قيود بدنية (مثل الحمل، أو الانحناء أو الانتناء) ستمنعكم من القيام بأي من هذه الخدمات.</p> <p>a. التجول b. التحميم c. العناية بالمبول d. العناية بالأمعاء e. الإدراك f. ارتداء الملابس g. التغذية h. الهدمة i. الصحة الشخصية j. التمرکز k. القيام بمهام الحمام l. النقل m. إعطاء أو تركيب الأدوية n. التدبير المنزلي o. غسل الملابس p. تحضير الطعام q. التبضع r. النقل (المواصلات) s. برنامج الأمعاء t. أنبوب التغذية u. الغسل الكلوي المنزلي</p>	<p>Check all of the services below that you are "willing" to provider. In addition, if you have "experience" in any of these tasks, please check the "experience" column. You must be physically able to perform all the services you check in this section. DO NOT check any tasks where you have physical limitations (such as lifting, bending or stooping) that would prevent you from performing any of these services.</p> <p>a. Ambulation b. Bathing c. Bladder Care d. Bowel Care e. Cognition f. Dressing g. Feeding h. Grooming i. Personal Hygiene j. Positioning k. Toileting l. Transferring m. Giving or setting up medications n. Housekeeping o. Laundry</p>	1	1

<p>v. الحقن w. العناية بالفغر (مثلاً فغر القولون، الفغر اللفائفي) x. تدبير الأكسجين y. المص (التفريغ) z. العناية بالوضع الرغامي aa. العناية بالقثاطر البولية bb. العناية بالمنفسة cc. العناية بالجروح</p>	<p>p. Meal preparation q. Shopping r. Transportation s. Bowel program t. Feeding Tube u. Home dialysis v. Injections w. Ostomy care (example, colostomy, ileostomy) x. Oxygen management y. Suctioning z. Tracheotomy care aa. Urinary catheter care bb. Ventilator care cc. Wound care</p>		
---	---	--	--

Section 9: Additional Information

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
جنسكم: التأشير على أنثى / ذكر	Your gender: Check Female / Male	1	1
هل ترغبون في استلام معلومات عن وقف التدخين و/أو أشياء بواسطة البريد الإلكتروني؟ التأشير على نعم/كلا	Do you want to receive quit smoking information and/or materials via E-mail? Check Yes / No	2	2
هل تدخنون؟ التأشير على نعم/كلا	Do you smoke? Check Yes / No	3	3
هل هنالك أصحاب عمل لستم على استعداد للعمل معهم أو خدمات لستم على استعداد لتقديمها؟ (التأشير على كل ما ينطبق) a. أنشطة الحياة اليومية (انظروا الصفحة 2) b. ألزهايمر أو أنواع أخرى من العته c. الاضطرابات السلوكية d. الإناث e. الذكور f. الأشخاص مع الحيوانات الأليفة g. مهام التدبير الشخصي h. 65 سنة وما فوق i. المدخنين j. المريض المحتضر k. دون سن الـ 65 سنة l. الأفراد الذين يستخدمون الماريجوانا الطبية	Are there employers you are NOT willing to work with or services you are NOT willing to provider? (Check all that apply) a. Activities of daily living (see page 2) b. Alzheimer's or other dementias c. Behavioral disorders d. Females e. Males f. People with pets g. Self-management tasks h. 65 years of age or older i. Smokers j. Terminally ill	4	4

	k. Under 65 years of age l. Individuals that use medical marijuana		
--	---	--	--

Section 10: Geographical Location

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
في أي مقاطعات مستعدين للعمل؟ (اختيار ما لا يزيد عن ثلاث مقاطعات):	Where are you willing to work? (Select a maximum of three counties) Counties:	1	1
المدن / المناطق داخل المقاطعات:	Cities / areas within the counties:	2	2

Section 11: Abuse Investigation

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
هل سبق وأن خضعتم للتحقيق عن إساءة المعاملة أو الإهمال أو العنف المنزلي؟ التأشير على نعم/كلا إذا نعم، يرجى التوضيح:	Have you ever been investigated for abuse, neglect or domestic violence? Check Yes / No If you, please explain:	1	1

Section 12: Minimum Qualifications for Homecare Workers (HCW's)

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
يجب على الشخص الذي يرغب أن يكون عاملاً في الرعاية المنزلية أن يستوفي المؤهلات الأدنى التالية: تقديم حزمة طلب مكتملة. 1. النجاح في إبراء التاريخ الجنائي لدى إدارة الخدمات البشرية (DHS) والتعاون مع التحقيق المكرر عند الطلب. 2. إكمال حلقة توجيهية من قبل العاملين في الرعاية المنزلية في غضون 90 يوماً. إكمال التوجيه في العناية المستمرة، إذا أمكن ذلك. 3. القدرة على تقديم أو التعلم على تقديم الخدمات اللازمة. 4. أن يكون في سن الـ 18 سنة أو ما فوق (قد تُسمح الاستثناءات في الأعمار كل حالة على حدة لأفراد الأسرة فقط، ولكن لن تُمنح استثناءات لأي شخص دون سن الـ 16 سنة).	An individual who would like to be a HCW must meet the following minimum qualifications: Submit a completed application packet. 1. Pass a DHS criminal history clearance and cooperate with a criminal history re-check when requested. 2. Complete a HCW orientation within 90 days. Complete a live-in orientation if applicable. 3. Be capable of providing or learning to provide necessary services.	أ.	A

	4. Be 18 years of age or older (age exceptions may be made on a case-by-case basis for family members only, but exceptions will not be granted for anyone under the age of 16).		
يجب على الشخص الذي يرغب في اتخاذ مساره المهني كعامل في الرعاية المنزلية، وأن يُحال إلى الجمهور العام لتقديم خدمات الرعاية المنزلية من خلال نظام التسجيل والإحالة (RRS)، أن يستوفي المتطلبات المدرجة أعلاه، بالإضافة إلى ما يلي:	An individual who would like to be a career HCW and be referred to the general public to provider homecare services through the Registry and Referral System (RRS) must meet the requirements listed above, plus the following:	ب.	B
<ol style="list-style-type: none"> 1. أن يكون في سن الـ 18 عاماً وما فوق (بدون استثناءات). 2. الإفصاح عن المؤهلات والمهارات (بما في ذلك المهارات اللغوية)، والخبرة التي يمكن التأكد من صحتها وتقييمها من قبل عميل-صاحب عمل محتمل، علاوة عن تقديم المراجع عند الطلب. 3. الإفصاح عن أي قيود متعلقة بالوظيفة. 4. مراجعة وتحديث معلومات العامل في الرعاية المنزلية في الـ RRS كل 60 يوماً على الأقل، عند البحث عن العمل. 5. التبليغ الفوري للمكتب المحلي لـ SPD/AAA أو هيئة أوريغون للرعاية المنزلية (Oregon Home Care Commission) عن أي تغييرات في العنوان وأرقام الهاتف. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Be 18 years of age or older (no exceptions). 2. Disclose qualifications, skills (including language skills), and experience that can be verified and evaluated by a potential client-employer, as well as submit references upon request. 3. Disclose any job related limitations. 4. Review and update homecare worker information in the RRS at least every 60 days, if looking for work. 5. Immediately notify the local SPD/AAA office or the Oregon Home Care Commission of address and phone number changes. 		

Section 13: Applicant Certification

المعلومات المطلوبة	Information Required	رقم الحقل	Field #
أنا أشهد بأن كل المعلومات التي قدمتها في هذا الطلب مضبوطة على حد علمي. أنا أعرف إنه في	I certify that all information I supplied in this application is	1	1

<p>حال تقديمي لمعلومات محرفة على عمد، فقد ينتج عن ذلك رفض طلبي و/أو حرمان تعييني على نظام التسجيل والإحالة (RSS) التابع لهيئة أوريغون للرعاية المنزلية (OHCC). إنني أفهم وأوافق على المؤهلات الأدنى لعاملي الرعاية المنزلية التي أقرتها الـ OHCC.</p>	<p>accurate to the best of my knowledge. I understand that should I knowingly misrepresent information may result in rejection of my application and/or denial of placement on the Oregon Home Care Commission (OHCC) Registry and Referral System (RSS). I understand and agree to the minimum qualifications for homecare workers established by the OHCC.</p>		
<p>لدى الـ OHCC سجل على الإنترنت لمساعدة المسنين والأفراد المعاقين في العثور على مقدمين مؤهلين للخدمات البيئية. إنني أفهم بأنني إذا وافقت على الإحالة إلى أصحاب عمل-عملاء محتملين بواسطة الـ RRS، ستصبح معلومات التواصل الخاص بي، (الاسم ورقم الهاتف ورقم المقدم ومدينة السكن) في متناول أي شخص يفتش عن خدمات بيئية.</p>	<p>The OHCC has an internet-based registry to assist seniors and individuals with disabilities find qualified in-home providers. I understand that if I agree to be referred to prospective client-employers through the RRS, my contact information, (name, phone number, provider number and city of residence) will be released to anyone seeking in-home services.</p>	2	2
<p>يجب على التغييرات التالية في المستقبل أن تقدم للمكتب المحلي تحريرياً. A. إنني أوافق على إصدار معلومات التواصل الخاصة بي عبر الإنترنت. التأشير على نعم/كلا إنني أفهم إذا أشرت على "كلا"، بأن ذلك سيحد من عدد الإحالات التي سوف أتلقاها. B. إنني أوافق على إحالة معلومات التواصل الخاصة بي للأفراد الذين يدفعون على حدة لخدمات بيئية. التأشير على نعم/كلا</p>	<p>Future changes to the following questions must be submitted in writing to the local office. A. I agree to have my contact information released through the internet. Check Yes / No I understand that checking "No" will limit the number of referrals I will receive. B. I agree to have my contact information referred to individuals who pay privately for in-home services. Check Yes / No</p>	3	3
<p>إنني أفهم أن ساعات العمل للأفراد الذين يدفعون على حدة لا تُحتسب في المخصصات المتداول عليها في النقابة الدولية لموظفي الخدمات</p>	<p>I understand the hours worked for individuals who pay privately for services DO NOT count towards</p>	4	4

<p>(SEIU) "الوكال 503"، ونقابة أوريغون للموظفين العاميين (OPEU)، وقد لا تحتوي على تعويضات العمال أو تأمينات البطالة.</p>	<p>Service Employees International Union (SEIU) local 503, Oregon Public Employees Unions (OPEU) negotiated benefits and may not have worker's compensation or unemployment insurance.</p>		
<p>علاوة على ذلك، إني أفهم أن المسؤولية في الحفاظ على تحديث تواجدي تقع على عاتقي، وإني يتوجب علي مراجعة معلوماتي في ال RRS مرة واحدة كل 60 يوما على الأقل للاستمرار في الحصول على الإحالات على وظائف جديدة.</p>	<p>Furthermore, I understand it is my responsibility to keep my availability information updated, and I must review my information in the RRS at least one time every 60 days to continue to be referred for new jobs.</p>	5	5
<p>توقيع مقدم الطلب:</p>	<p>Applicant Signature:</p>	6	6
<p>التاريخ:</p>	<p>Date:</p>	7	7

- The last page 6 of 6 is for office use only and does not need to be reviewed or completed by the applicant.

-