

## Caring4Cal Employment/Volunteering Verification Form (EVVF)

**Instructions:** This form is to verify employment or supervised volunteer hours in order for your employee/volunteer to receive incentives through the Caring4Cal program. If employment or supervised volunteering is/was not continuous, provide a form for each month worked. The employee/volunteer must submit a completed, signed EVVF for any work/volunteering of at least 40 hours per month from November 1, 2023 to the present. If you are self-employed, fill out the following information regarding your business.

<b>First and Last Name:</b> _____	
This authorization is to release information concerning my employment or supervised volunteering to establish eligibility for incentives for the Caring4Cal Program.	
_____ Signature _____ Date	
<b>Employment or Supervised Volunteer Information</b> Enter information for the job site or employer where the employee/supervised volunteer provides direct patient care. <b>Do not share private residence information, please share the employer information instead.</b>	Job Site Name: _____
	Job Title (if CHW, see Table 3 below for eligible titles): <i>Please list specific job title, "other" is not acceptable.</i>
	Street Address: _____
	City:: _____ State: _____
	Zip: _____ County: _____
Employment/Volunteer Reporting Period (MM/DD/YY): _____ through _____	
Is/was the employee or supervised volunteer working in a home- or community-based setting for at least 40 hours a month (see Table 1)?    Yes    No	
If yes, for what period (MM/DD/YY)? _____ through _____	
If yes, does this employee/volunteer have an eligible job role (see Table 2)?    Yes    No	
If no, what type of setting is/was the employee working in? _____	
For what period (MM/DD/YY)? _____ through _____	
Are you self-employed?    Yes    No    If yes, what is the business name? _____	
If they are not currently employed/volunteer in your organization, does this individual have a standing offer of employment/supervised volunteering as a CHW?    Yes    No    Already Employed/Volunteering	
If yes, what is the staff person's anticipated schedule? If their schedule is variable, please describe their average schedule. # of hours:    Sun    Mon    Tues    Weds    Thurs    Fri    Sat	
Does the employee's/volunteer's title match one of the eligible CHW titles in the list attached in Table 3 below?    Yes    No	
Does this CHW work ONLY in a home-based setting?    Yes    No	
<b>Instructions:</b> This section is to be completed and signed by the employee's/volunteer's direct supervisor or an appropriate designee.	
I certify that I am knowledgeable about the employee's/supervised volunteer's employment schedule. <b>I declare under penalty of perjury that these statements are true and correct to the best of my knowledge.</b>	
_____ Signature of Direct Supervisor or Appropriate Designee	_____ Date
_____ Signatory's First and Last Name	_____ Signatory's Email

Table 1: What is a home- or community-based setting?

A home- or community-based setting refers to a living arrangement where individuals receive care, support, and services in their own homes or in a community setting rather than in an institutional facility like a hospital or nursing home. This setting is designed to promote independence, comfort, and a sense of belonging within a person's familiar environment.

Examples of home- and community-based setting includes Adult Day Care, AIDS Waiver, Assisted Living Waiver, provider Resource Centers, Community-Based Adult Services, Home and Community-Based Alternatives Waiver, Multipurpose Senior Services Program, Program for All Inclusive Care for the Elderly (PACE), Residential Care Facilities for the Elderly (RCFE)

Table 2: Caring4Cal Eligible Job Roles

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Certified Nursing Assistant (CNA)</li> <li>● Home Health Aide (HHA)</li> <li>● Registered Nurse (RN)</li> <li>● Licensed Vocational Nurse (LVN)</li> <li>● Community Health Workers (CHW) (in a home setting ONLY) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ See list of eligible CHW job titles below</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Respiratory Therapists</li> <li>● Occupational Therapists</li> <li>● Speech Therapists</li> <li>● Physical Therapists</li> <li>● Licensed Clinical Social Worker</li> <li>● Dental Hygienists</li> <li>● Other licensed/certified HCBS healthcare professionals</li> </ul> |
|---|---|

Table 3: Caring4Cal Eligible CHW Job Titles (must be in a home setting ONLY)

- Breastfeeding Peer Counselor
- Community Diabetes Educator
- Community Health Liaison for Refugees
- Community Health Representative
- Community Health Worker
- Community Mental Health Navigator
- Community Social Worker
- Disability Support Advocate
- Elderly Care Coordinator
- Mental Health Peer Support Specialist
- Patient Advocate
- Promotora or Promotor de Salud
- Social Services Liaison
- Substance Abuse Peer Counselor
- Veterans Health Advocate

## Formulario de verificación de empleo/voluntariado de Caring4Cal (EVVF)

**Instrucciones:** Este formulario es para verificar el empleo o las horas de voluntariado supervisado para que su empleado/voluntario reciba incentivos a través del programa Caring4Cal. Si el empleo o el voluntariado supervisado no es continuo, proporcione un formulario por cada mes trabajado. El empleado/voluntario debe presentar un EVVF completo y firmado para cualquier trabajo/voluntario de al menos 40 horas por mes desde el 1 de noviembre de 2023 hasta el presente. Si trabaja por cuenta propia, complete la siguiente información sobre su negocio.

<p><b>Nombre completo:</b> _____</p> <p>Esta autorización es para proporcionar información sobre mi empleo o voluntariado supervisado, con el fin de establecer la elegibilidad para incentivos del programa Caring4Cal.</p> <p style="text-align: right;">_____ Firma _____ Fecha</p>	
<p><b>Información sobre empleo o voluntariado supervisado</b> Ingrese información del lugar de trabajo o empleador donde el empleado/voluntario supervisado brinda atención directa al paciente. <b>No comparta información de residencia privada; en su lugar, comparta la información del empleador.</b></p>	<p>Empresa: _____</p> <p>Puesto (si es CHW, consulte la tabla 3 para ver los puestos elegibles): _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____</p> <p>Código Postal: _____ Condado: _____</p>
<p>Período de empleo/voluntario (MM/DD/YY): del _____ hasta _____</p>	
<p>¿Está o fue el empleado o voluntario supervisado trabajando en un entorno doméstico o comunitario durante al menos 40 horas al mes? (ver Tabla 1)?      Sí      No</p> <p>En caso afirmativo, ¿por cuanto tiempo (MM/DD/YY)? Del _____ hasta _____</p> <p>En caso afirmativo, ¿este empleado/voluntario tiene un puesto laboral elegible? (ver Tabla 2)?      Sí      No</p> <p>En caso negativo, ¿en qué tipo de entorno trabaja o trabajaba el empleado? _____</p> <p>¿Por cuanto tiempo (MM/DD/YY)? Del _____ hasta _____</p> <p>¿Es trabajador independiente?      Sí      No    En caso afirmativo, cuál es el nombre del negocio? _____</p>	
<p>Si <del>actualmente no es un empleado/voluntario</del> en su organización, ¿tiene esta persona una oferta permanente de empleo/voluntariado supervisado como CHW?      Sí      No    empleado/voluntario</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuál es el horario previsto del miembro del personal? Si su horario es variable, describa su horario promedio. # de horas:      Dom      Lun      Mar      Mie      Jue      Vie      Sab</p> <p>¿El título del empleado/voluntario coincide con uno de los títulos de CHW elegibles en la lista adjunta en la Tabla 3?      Sí      No</p> <p>¿Este CHW trabajo SOLAMENTE se desarrolla en un entorno domiciliario?      Sí      No</p>	

**Instrucciones:** Esta sección debe ser completada y firmada por el supervisor directo del empleado/voluntario o una persona designada.

Certifico que tengo conocimiento sobre el horario de empleo del empleado/voluntario supervisado. **Declaro bajo juramento que estas declaraciones son verdaderas y correctas a mi saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
Firma del supervisor directo o persona designada

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del firmante

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico del firmante

Tabla 1: ¿Qué es un entorno basado en el hogar o la comunidad?

Un entorno domiciliario o comunitario se refiere a un entorno de vivienda en el que las personas reciben atención, apoyo y servicios en sus propios hogares o en un entorno comunitario en lugar de un centro institucional como un hospital o una asilo de ancianos. Este entorno está diseñado para promover la independencia, la comodidad y el sentido de pertenencia dentro del entorno familiar de una persona.

Ejemplos de entornos basados en el hogar y la comunidad incluyen guarderías para adultos, centros de servicios para el SIDA, centros de servicios de vida asistida, centros de recursos para proveedores, servicios para adultos basados en la comunidad, centros de alternativas basadas en el hogar y la comunidad, programa de servicios multipropósito para adultos mayores, programa de atención integral para adultos mayores (PACE en sus siglas en inglés), residencias de atención para adultos mayores (RCFE en sus siglas en inglés).

Tabla 2: Trabajos elegibles para Caring4Cal

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Asistente de enfermería certificado (CNA en sus siglas en inglés)</li> <li>● Asistente domiciliario de salud (HHA en sus siglas en inglés)</li> <li>● Enfermero (a) registrado (RN en sus siglas en inglés)</li> <li>● Enfermero (a) vocacional autorizada (LVN en sus siglas en inglés)</li> <li>● Trabajadores comunitarios de la salud (CHW en sus siglas en inglés) (SOLAMENTE en un entorno domiciliario)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consulte la lista a continuación de puestos elegibles de trabajo de CHW</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Terapeutas respiratorios</li> <li>● Terapeutas ocupacionales</li> <li>● Terapeutas del habla</li> <li>● Fisioterapeutas</li> <li>● Trabajador social clínico autorizado</li> <li>● Higienistas dentales</li> <li>● Otros profesionales de atención médica HCBS autorizados/certificados</li> </ul> |
|---|---|

Tabla 3: Títulos de trabajo elegibles de CHW para Caring4Cal (SOLAMENTE deben ser en un entorno domiciliario)

- Consejera de lactancia materna
- Educador comunitario en diabetes
- Enlace de salud comunitaria para refugiados
- Representante de salud comunitaria
- Trabajador para la salud comunitario
- Navegador comunitario para la salud mental
- Trabajador social comunitario
- Defensor de apoyo para discapacitados
- Coordinador de atención para adultos mayores
- Especialista en apoyo para familiares en el ramo de la salud mental
- Defensor del Paciente
- Promotor o promotora de salud
- Enlace para servicios sociales
- Consejero para familiares sobre abuso de sustancias
- Defensor de los veteranos para el cuidado de su salud