

Formulário de *Ordem de Serviço* da MRC para Empregadores de PCA (Assistente de Cuidados Pessoais)

Tem à sua disposição três opções para a devolução deste formulário já preenchido para a MRC. Escolha apenas uma (1) opção da lista abaixo:

1. Enviar para:
Massachusetts Rehabilitation Commission
Attn: John Emokpae, Employment Services
Specialist
600 Washington Street
Boston, MA 02111
2. Fax: 617-442-5724
3. E-mail: John.Emokpae@mass.gov
4. Telefone: 617-442-5510 / 617-308-9184

“A MRC não oferece qualquer garantia e/ou garantias no que diz respeito à adequação de potenciais empregados e candidatos. A decisão da contratação não é tomada pela MRC”.

Dados de contacto de Consumidores-Empregadores para candidatos obterem mais informações sobre a vaga:

Nome do Consumidor/Empregador: _____

Telefone do Consumidor-Empregador: _____

E-mail do Consumidor-Empregador: _____

BREVE DESCRIÇÃO DO SERVIÇO: *(Por exemplo, “Precisa-se de um PCA para auxiliar um adulto/criança nas rotinas matinais e noturnas e serviços domésticos”).*

PRINCIPAIS DEVERES /RESPONSABILIDADES: *Selecione tudo o que for aplicável.*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Banho/Higiene pessoal | <input type="checkbox"/> Administração de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Vestir/Despir | <input type="checkbox"/> Transferências/Mobilidade |
| <input type="checkbox"/> Uso da sanita | <input type="checkbox"/> Transporte |
| <input type="checkbox"/> Preparação de refeições | <input type="checkbox"/> Elevação \geq 50 lb.(22,5 kg) |
| <input type="checkbox"/> Alimentação | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Compras | <input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <input type="checkbox"/> Serviços domésticos | |

HORÁRIO – Dias e horas em que necessita dos serviços do PCA.



PCA
Workforce Council

DATA EM QUE NECESSITA QUE O PCA COMECE A TRABALHAR: _____

LOCAL: Cidade(s) onde o PCA irá trabalhar.

APTIDÕES E EXPERIÊNCIA

Habilitações: *Que habilitações, licenças ou nível de escolaridade requer do PCA? Necessita que o PCA tenha carro? Note: não há requisitos de formação, apenas preferências pessoais. Por exemplo: curso de auxiliar de enfermagem, carta de condução válida, RCP (Reanimação cardiopulmonar) ou primeiros socorros.*

Experiência: *Que tipo e nível de experiência requer que o PCA tenha? Por exemplo, elevador de pacientes Hoyer, cadeira de rodas ou saco de ostomia.*

Competências: *Indique as competências necessárias para o serviço, incluindo quaisquer competências técnicas (como cozinhar, limpar).*

Requisitos linguísticos: *Indique se é necessário para o serviço que o PCA fale alguma língua específica, incluindo Linguagem Americana de Sinais.*

Considerações especiais: *Por exemplo: não fumador, disposto a usar produtos sem perfumes ou a trabalhar numa casa com animais de estimação.*

Parceiros do programa: UMass Medical School, Center for Living and Working, Coastline Elderly Services Inc., Elder Services of Merrimack Valley, Elder Services of Worcester Area Inc., Family Service Association of GFR Inc., LifePath, Greater Springfield Senior Services, Independence Associates, Montachusett Home Care Corporation, Northeast Independent Living Program, Northeast ARC, Old Colony Elder Services, Options, Pride, Inc., Southeast Center for Independent Living, STAVROS, Tri-Valley Elder Services e West Mass ElderCare.



*PCA
Workforce Council*