

Aveanna Healthcare ha organizado esta guía para ayudar a los clientes, sus familiares y los proveedores de atención a completar el paquete de inscripción electrónica.

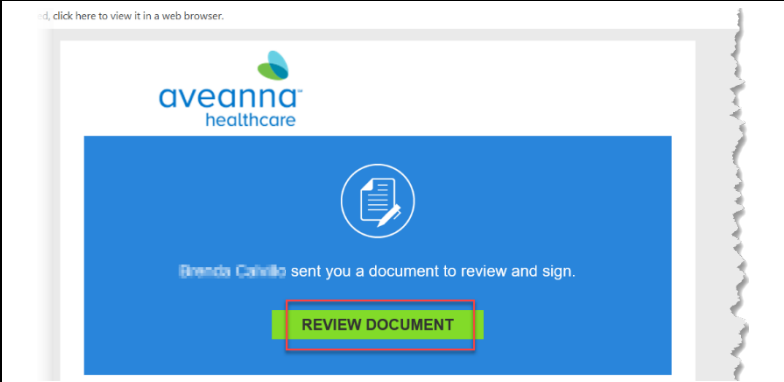
Esta guía está diseñada para ayudar al cliente, a la familia del cliente y al proveedor de atención a navegar por el programa DocuSign. Esta no es una guía completa. No se identifican todos los pasos y campos. Sin embargo, le ayudará a completar el paquete de inscripción en DocuSign.

Leyenda de Pestaña Verde

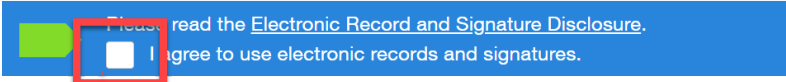



A continuación se muestra una leyenda de las pestañas de navegación verdes que el usuario encontrará en DocuSign y sus significados.

CONTINUE	Continúe con el siguiente paso.
START	Comience la entrada del formulario electrónico.
FILL IN	Clasificar información. Por ejemplo: escriba el nombre completo.
ADOPT AND SIGN	Crear y aplicar una firma electrónica.
NEXT	Avance al siguiente paso.
FINISH	Formularios completos.

Cliente o Guardián del Cliente DocuSign

1. Recupere el correo electrónico de DocuSign enviado a su correo electrónico personal.	
2. Abra el correo electrónico y haga clic en el botón verde Review Document (Revisar Documento).	



<p>3. Revisar la Divulgación Electrónica y de Firma. Haga clic en la casilla de verificación para aceptar los registros y firmas electrónicas.</p>	<p>Please Review & Act on These Documents</p> 
<p>4. Haga clic en Continue (Continuar).</p>	<p>Please Review & Act on These Documents</p> 
<p>5. Haga clic en el botón verde Start (Iniciar).</p> <p>Nota: Sigue las pestañas verdes que se encuentran en el lado izquierdo del documento electrónico. Estas pestañas indicarán por dónde empezar y qué campo sigue.</p>	 



6. Adopta su firma después
 Presione **Adopt and Sign**
 (Adopte y Firme).

Nota: El firmante deberá
 cambiar manualmente el
 nombre completo y las iniciales.
 Una vez ingresado no se puede
 cambiar.

7. **Complete** el nombre la
fecha.

8. Complete todas las pestañas verdes.

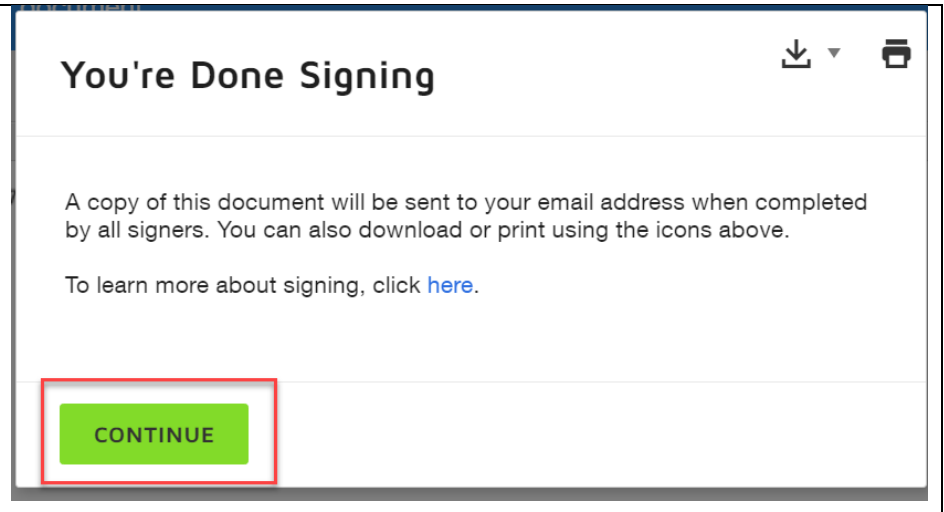
Aviso: El botón **“Finish”**
 (Finalizar) indica que se ha
 completado la página específica
 del documento electrónico. NO
 haga clic en el botón **“Finish”**
 (Finalizar), ya que lo bloqueará
 de la aplicación. El usuario
 continuará a la página siguiente.

Nota: Una vez que se aparezca
 el aviso **Ready to Finish?** (Esta
 Listo para Terminar?) se han
 completado todos los campos
 obligatorios.

9. Haga clic en **Finish** (Finalizar)
 para completar los
 documentos.



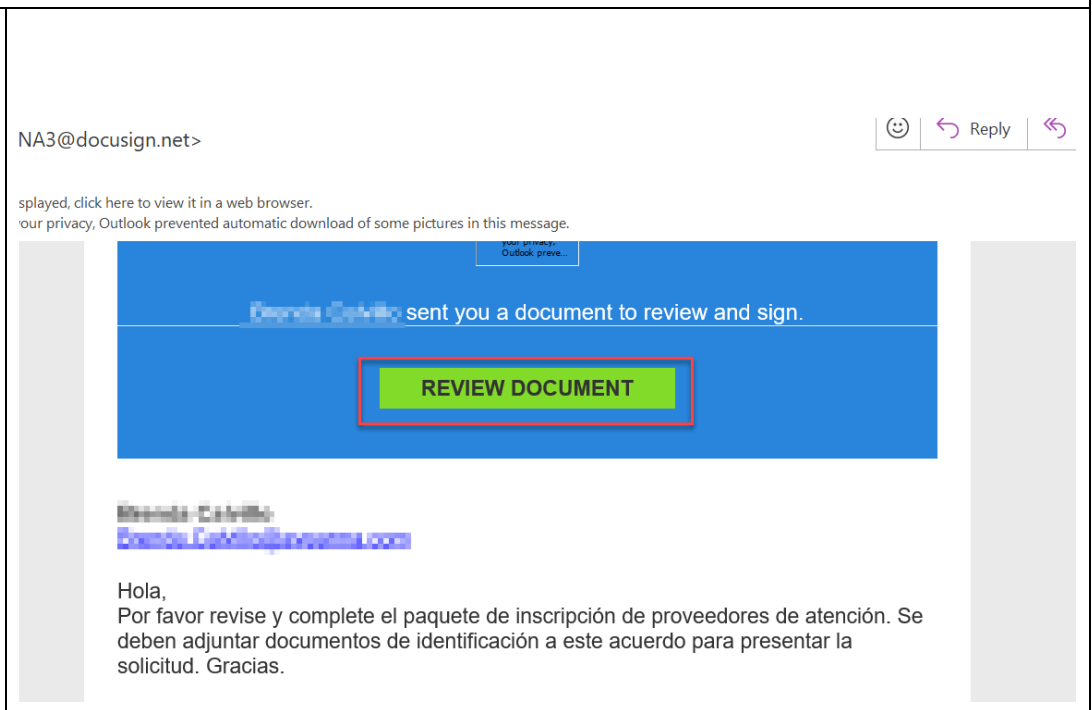
10. Haga clic en **Continue**
(Continuar).


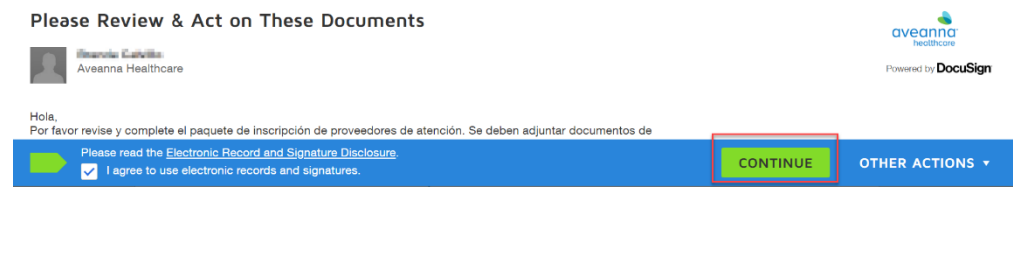

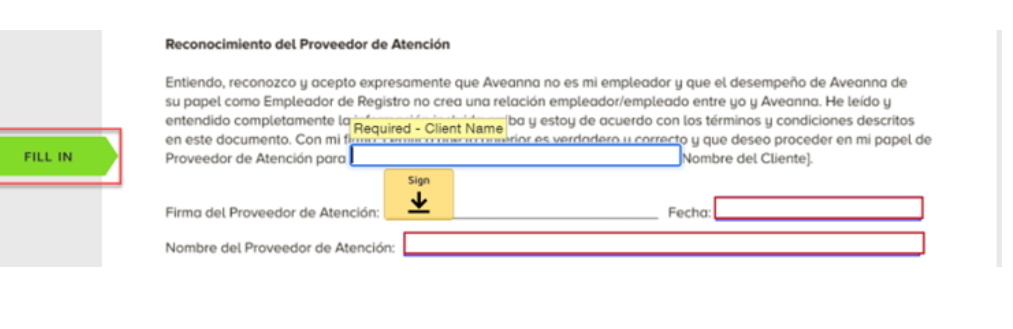


Proveedor de Atención DocuSign

1. Recupere el correo electrónico de **DocuSign** enviado a su correo electrónico personal.

2. Abra el correo electrónico y haga clic en el botón verde **Review Document** (Revisar documento).



<p>3. Revisar la divulgación Electronic Record and Signature (Registro Electrónico y de Firma). Haga clic en la casilla de verificación para aceptar los términos.</p>	
<p>4. Haga clic en Continue (Continuar).</p>	
<p>5. Haga clic en el botón verde Start (Iniciar).</p> <p>Nota: Siga las pestañas verdes que se encuentran en el lado izquierdo del documento electrónico. Estas pestañas indicarán por dónde empezar y qué campo sigue.</p>	
<p>6. Haga clic en Fill In (llene) y escriba el nombre del Proveedor de Atención después haga clic en Sign (firmar).</p>	



7. Cree una **Firma** e iniciales. Haga clic en **Adopt and Sign** (Adoptar y Firmar).

Nota: El firmante deberá cambiar manualmente el **nombre completo** y las **iniciales**. Una vez ingresado no se puede cambiar.

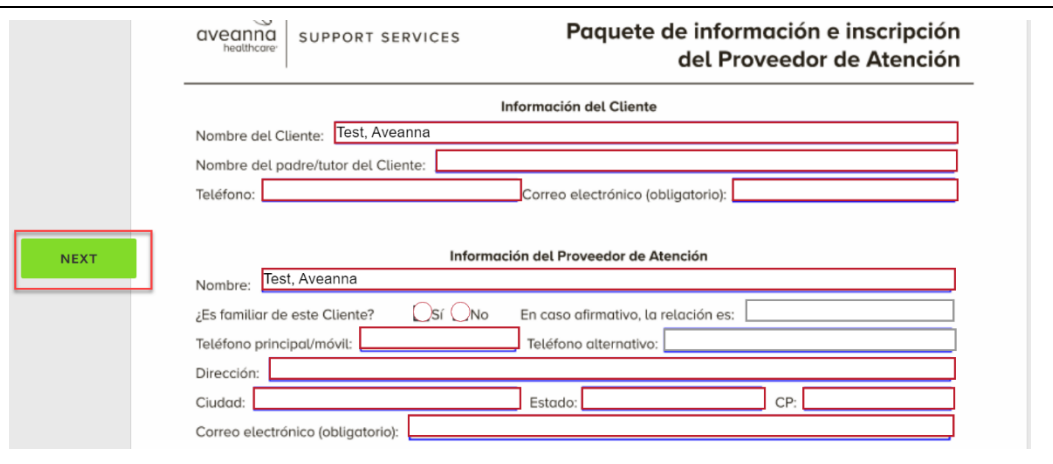


8. Complete todas las pestañas verdes **Next** (Próximo).

Nota: Se requieren los campos rojos.



9. Complete todos los campos requeridos. Y presione **Next** (Próximo).




10. Cada inicial debe ingresarse manualmente.

Nombre del Proveedor de Atención:

Nombre del Cliente:

Para que Aveanna pueda actuar como Proveedor del Centro Regional, y para que yo pueda calificar como Proveedor de Atención en virtud las regulaciones gubernamentales aplicables, que se encuentran en el Código de Regulaciones de California, Artículo 54342 (el "Reglamento"), se requiere que yo lea y entienda cada declaración a continuación y que luego coloque mis iniciales en cada declaración:

Entiendo que el Código de Regulaciones de California, Artículo 54342(a)(40) requiere que yo tenga entrenamiento de Resucitación Cardiopulmonar (CPR) y Primeros Auxilios de agencias que ofrecen tal entrenamiento, lo que incluye, entre otras, a la Cruz Roja Americana, a menos que esté brindando un servicio de asistente personal o un servicio dirigido por el participante.

Para que Aveanna procese mi nómina, debo enviar mis horas a Aveanna antes de las 5:00 p. m. del domingo de cada semana trabajada para que el pago se procese en el próximo ciclo de pago.

Entiendo que el Reglamento establece que si estoy proporcionando "servicios de relevo en el hogar", es decir que el trabajador debe cumplir con los requisitos del Estado, que a fines de la declaración, clasifique mis servicios

Consejos:

- Los solicitantes deben tener cuidado de no ingresar guiones en la **fecha de nacimiento** o el **número de seguro social**.
- No ingrese el signo “#” en la sección **Número de Teléfono Principal** ni el campo de **Años en la Dirección**.
- Sólo se aceptan dos caracteres alfabéticos para las entradas estatales.

Recopilación de Historial

Primer Nombre:

Segundo Nombre o Inicial:

Apellido:

Fecha de Nacimiento (MMDDYYYY):

Otros Nombre que Utiliza:

Número de Seguro Social:

Número de Teléfono Principal (Sin guiones):

Dirección Actual (# Apartamento):

Ciudad:

Estado:

Código:

de Años:

Dirección Previa (# Apartamento):

Ciudad:


Estado:

Código:

de Licencia (sin guiones):

Estado:

Nota: Para esta sección, la inicial del segundo nombre, otros apellidos y números de cita son opcionales.

 **Importante:** Campos del Número de Seguro Social de EE. UU. solo aceptan caracteres numéricos. Tenga mucho cuidado al ingresar el número de Seguro Social.

▶ START HERE: Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers CANNOT specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the

Section 1. Employee Information and Attestation (Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the first day of employment, but not before accepting a job offer.)

Last Name (Family Name): First Name (Given Name): Middle Initial: Other Last Names Used (if any):

Address (Street Number and Name): Apt. Number: City or Town: State: ZIP Code:

Date of Birth (mm/dd/yyyy): U.S. Social Security Number: Employee's E-mail Address: Employee's Telephone Number:

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

1. A citizen of the United States

Preparer and/or Translator Certification (check one):

I did not use a preparer or translator. A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1. (Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

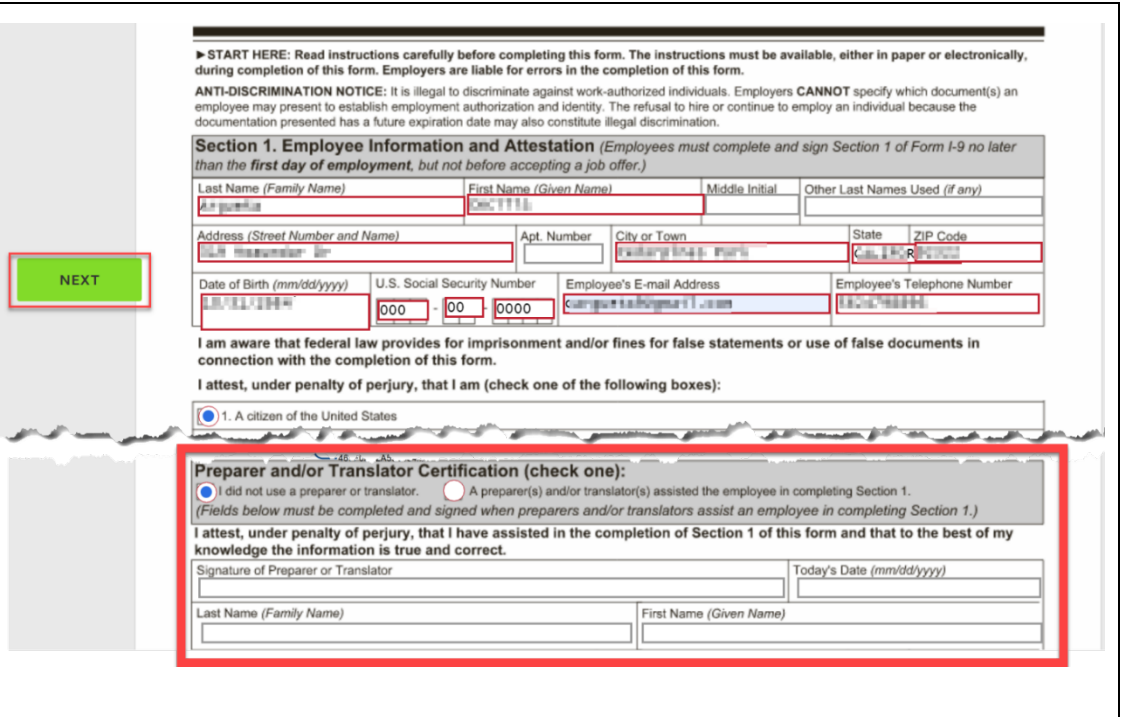
Signature of Preparer or Translator: Today's Date (mm/dd/yyyy):

Last Name (Family Name): First Name (Given Name):



Nota: La sección de Certificación de Preparador y/o Traductor es opcional.

Importante: Si se utiliza un traductor o preparador, complete los campos.



▶ **START HERE:** Read instructions carefully before completing this form. The instructions must be available, either in paper or electronically, during completion of this form. Employers are liable for errors in the completion of this form.

ANTI-DISCRIMINATION NOTICE: It is illegal to discriminate against work-authorized individuals. Employers **CANNOT** specify which document(s) an employee may present to establish employment authorization and identity. The refusal to hire or continue to employ an individual because the documentation presented has a future expiration date may also constitute illegal discrimination.

Section 1. Employee Information and Attestation (Employees must complete and sign Section 1 of Form I-9 no later than the **first day of employment**, but not before accepting a job offer.)

Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)	Middle Initial	Other Last Names Used (if any)
ALVARADO	JOSE		

Address (Street Number and Name)	Apt. Number	City or Town	State	ZIP Code
123 Main Street		Washington, DC	DC	20000

Date of Birth (mm/dd/yyyy)	U.S. Social Security Number	Employee's E-mail Address	Employee's Telephone Number
01/01/1980	000 00 0000	carlos.alvarado@aveanna.com	(202) 555-1234

I am aware that federal law provides for imprisonment and/or fines for false statements or use of false documents in connection with the completion of this form.

I attest, under penalty of perjury, that I am (check one of the following boxes):

1. A citizen of the United States

Preparer and/or Translator Certification (check one):

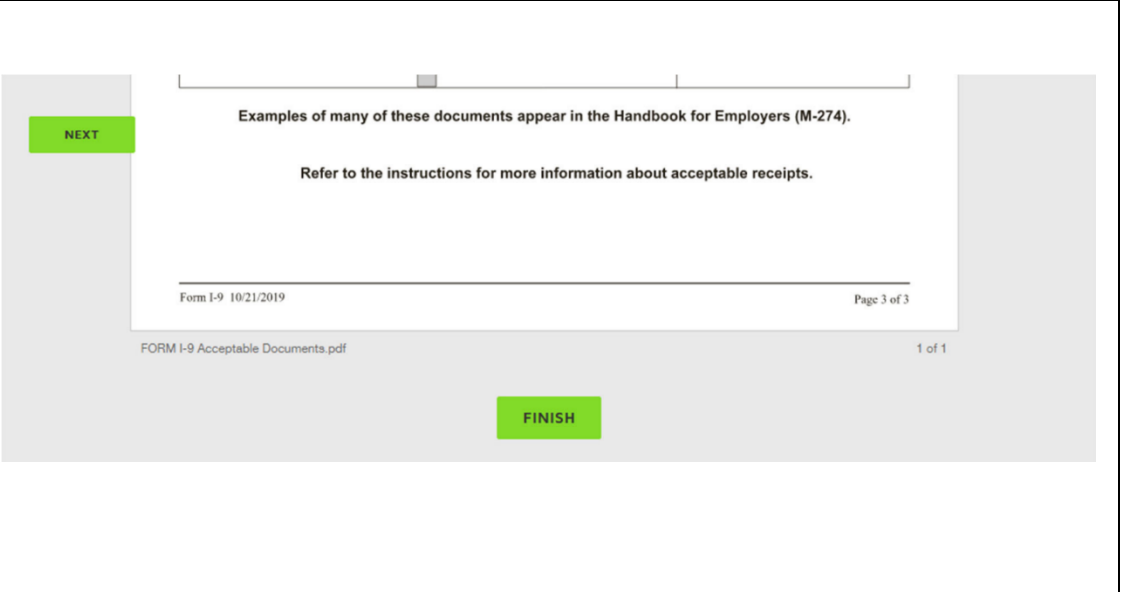
I did not use a preparer or translator. A preparer(s) and/or translator(s) assisted the employee in completing Section 1.
 (Fields below must be completed and signed when preparers and/or translators assist an employee in completing Section 1.)

I attest, under penalty of perjury, that I have assisted in the completion of Section 1 of this form and that to the best of my knowledge the information is true and correct.

Signature of Preparer or Translator	Today's Date (mm/dd/yyyy)

Last Name (Family Name)	First Name (Given Name)

IMPORTANTE: El botón **“Finish”** (Finalizar) indica que se ha completado la página específica del documento electrónico. **NO** haga clic en el botón **“Finish”** (Finalizar), ya que lo bloqueará de la aplicación. El usuario continuará a la página siguiente.



Examples of many of these documents appear in the Handbook for Employers (M-274).

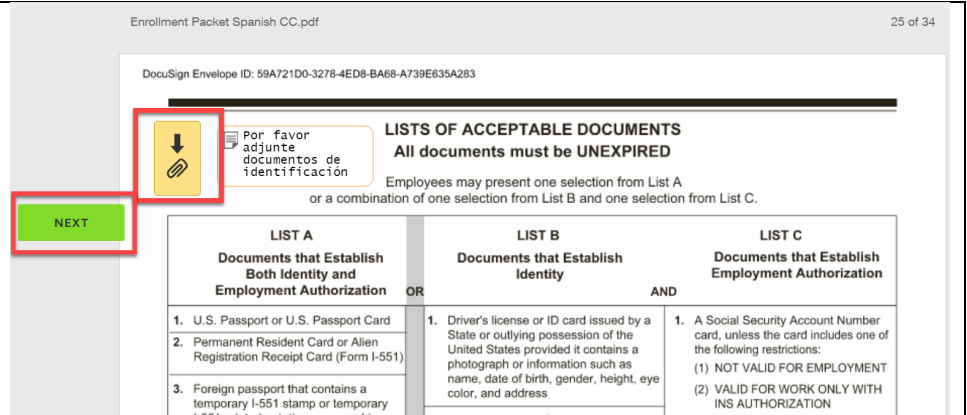
Refer to the instructions for more information about acceptable receipts.

Form I-9 10/21/2019 Page 3 of 3

FORM I-9 Acceptable Documents.pdf 1 of 1



11. Haga clic en el **Clip** para adjuntar archivos de la lista de documentos aceptables, después Haga clic en **Next** (Proximo).



Enrollment Packet Spanish CC.pdf 25 of 34

DocuSign Envelope ID: 59A721D0-3278-4ED8-BA68-A739E635A283

Por favor adjunte documentos de identificación

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS
 All documents must be UNEXPIRED

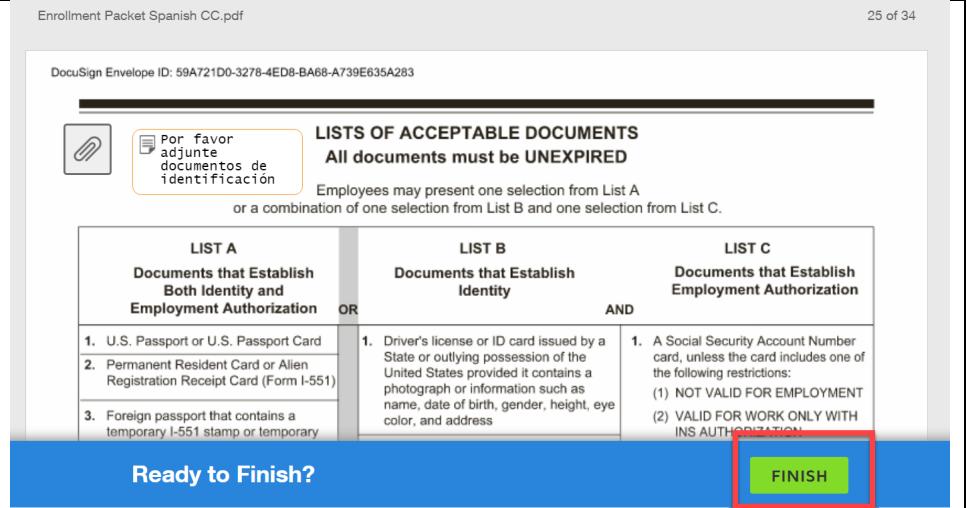
Employees may present one selection from List A or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
<ol style="list-style-type: none"> U.S. Passport or U.S. Passport Card Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary 		<ol style="list-style-type: none"> Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 		<ol style="list-style-type: none"> A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION

NEXT

12. Haga clic en el botón **Finish** (Finalizar).

Nota: Una vez recibido el aviso azul **Ready to Finish?** (Listo para Terminar?), se habrán completado todos los campos.



Enrollment Packet Spanish CC.pdf 25 of 34

DocuSign Envelope ID: 59A721D0-3278-4ED8-BA68-A739E635A283

Por favor adjunte documentos de identificación

LISTS OF ACCEPTABLE DOCUMENTS
 All documents must be UNEXPIRED

Employees may present one selection from List A or a combination of one selection from List B and one selection from List C.

LIST A Documents that Establish Both Identity and Employment Authorization	OR	LIST B Documents that Establish Identity	AND	LIST C Documents that Establish Employment Authorization
<ol style="list-style-type: none"> U.S. Passport or U.S. Passport Card Permanent Resident Card or Alien Registration Receipt Card (Form I-551) Foreign passport that contains a temporary I-551 stamp or temporary 		<ol style="list-style-type: none"> Driver's license or ID card issued by a State or outlying possession of the United States provided it contains a photograph or information such as name, date of birth, gender, height, eye color, and address 		<ol style="list-style-type: none"> A Social Security Account Number card, unless the card includes one of the following restrictions: (1) NOT VALID FOR EMPLOYMENT (2) VALID FOR WORK ONLY WITH INS AUTHORIZATION

Ready to Finish?

FINISH

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-255-8360 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-255-8360 (TTY: 711)。

Aveanna Healthcare, LLC does not discriminate on the basis of race, color, religion, national origin, age, sex, sexual orientation, gender identity or expression, disability, or any other basis prohibited by federal, state, or local law.

© 2023 Aveanna Healthcare, LLC. The Aveanna Heart Logo is a registered trademark of Aveanna Healthcare LLC and its subsidiaries.

