**Evaluación del Cuidador-** **Relevo/Servicios Complementarios**

¡Bienvenido! Cuéntenos un poco sobre usted para que podamos ofrecerle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Pedimos información demográfica para cumplir con los requisitos de nuestros financiadores. Toda su información personal es confidencial. Consulte las preguntas frecuentes que se incluyen para obtener más información y orientación sobre cómo llenar este formulario.

|  |
| --- |
| **Contacto e Información Demográfica:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | **Segundo Nombre:** | |  |
| **Apellido:** |  | | **Apodo:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de nacimiento:** | | | |  | | | | **Edad:** |  | |
| **Dirección particular** Línea 1: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | |  | | | Ciudad: | |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | | |  | | | | | | | Estado: |  |
| **Dirección postal** Línea 1: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | |  | | | Ciudad: | |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | | |  | | | | | | | Estado: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Dirección postal Igual que la dirección de casa** |  |   **Inicio Ubicación Comentarios** (indicaciones adicionales sobre la dirección particular o postal): |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teléfono particular:** | |  | **Teléfono celular:** |  |
| **Correo electrónico:** |  | | | |

|  |
| --- |
| **Género:**  Masculino  Femenino  No binario/Tercer género |

**Me identifico como:**  Transgénero  Cisgénero (identificarse con su género al nacer)

|  |  |
| --- | --- |
| Género, si no indicado: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Origen étnico:**  Hispano o latino  No hispano ni latino | | | |
| **Raza, marque todo lo que corresponda:** | | | |
| Indígena americano o Nativo de Alaska | | Del Oriente Medio o Del Norte de África | |
| Asiático o Asiático estadounidense | | Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico | |
| Negro o Afroamericano | | Blanco | |
| Raza, si no indicada: |  | | |
| **Vive:**  Solo  Con otras personas **¿Es usted un veterano de guerra?**  Sí  No | | | |
| **Número de personas que viven en su hogar** (incluido usted): | | |  |

**¿Sus ingresos son superiores o inferiores a la cifra establecida para el tamaño de su hogar?**

Superiores  Iguales/Inferiores

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tamaño del grupo familiar | Ingresos mensuales | Ingresos anuales: |
| 1 | $1,304 | $15,650 |
| 2 | $1,763 | $21,150 |
| 3 | $2,221 | $26,650 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | $2,679 | $32,150 |

|  |
| --- |
| Por cada persona adicional, agregue $5,500 a los ingresos anuales |
|  |

|  |
| --- |
| **Necesidades de Comunicación y Servicios:** |

**¿Desea conocer otros servicios?** Sí  No

**En caso afirmativo, ¿cómo podemos ponernos en contacto con usted?**

Correo electrónico  Correo postal  Teléfono

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué servicios le interesarían?** |  |
|  | |

|  |
| --- |
| **Información sobre la Persona que Recibe Cuidado:** |

*Por favor, proporcione la información de cada persona que recibe atención que esté bajo su cuidado. Si la persona que recibe cuidado es un adulto (mayor de 18 años), complete también el Formulario de Evaluación para los Servicios en el Hogar.*

**Información sobre la persona que recibe cuidado:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | | **Apellido:** | | |  | |
| **Fecha de nacimiento:** | |  | | **Edad:** |  | |

**¿Vive con el cuidador?**  Sí  No (Si respondió "no", indique su domicilio

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Línea 1 para el domicilio: | | |  | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | |  | Ciudad: |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | |  | | | | Estado: |  |

**Parentesco del cuidador con la persona que recibe cuidado:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Esposo | | Esposa | Pareja de hecho |
| Hijo/Yerno | | Hija/Nuera | Hermana |
| Hermano | | Abuelo/a | Padre/Madre |
| Otro familiar: |  | | |
| Otro no familiar: |  | | |

|  |
| --- |
| **Evaluación del Cuidador - Información Adicional del Cuidador:** |

**¿Qué servicios para cuidadores le interesarían?** **Marque todo lo que corresponda:**

Información sobre los servicios

Asesoramiento

Educación/formación

Grupos de apoyo

Comidas (comidas entregadas a su hogar o cenar en el centro de comidas)

Servicios de transporte

Suministros para ayudar con las tareas de cuidado (por ejemplo, los alimentos, los dispositivos de asistencia)

Relevo (Atención de relevo en el hogar o fuera del hogar para permitir que los cuidadores sean relevados temporalmente de sus responsabilidades de cuidado)

Guardería

Recursos para los abuelos criando nietos

|  |  |
| --- | --- |
| Otro, si no indicada: |  |
|  | |

**¿Qué tipos de cuidados proporciona usted a la persona que recibe atención? Marque todo lo que corresponda:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Higiene/aseo personal | | Transporte |
| Vestirse | | Compras |
| Comer | | Mantenimiento del hogar/del patio |
| Preparación de comidas | | Limpiar la casa y lavar la ropa |
| Usar el baño/incontinencia | | Administración de las finanzas |
| Moverse por la casa | | Administración de medicamentos |
| Subir y bajar de la cama/sillas | | Atención médica |
| Otro, si no indicada: |  | |
|  | | |

**¿Alguna persona lo está ayudando con sus obligaciones como cuidador?**

Sí – ayuda profesional/remunerada/formal  Sí – ayuda formal y ayuda informal

Sí – ayuda informal/no renumerada  No

**De ser así, explique:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**¿Qué es su situación laboral?**

Jubilado  Empleado a jornada completa  Empleado a jornada parcial

Desempleado  De licencia

|  |  |
| --- | --- |
| Otro, si no indicada: |  |

**Divulgaciones y Exenciones**

*Fui informado de las políticas relativas a los aportes voluntarios, los procedimientos para presentar quejas y los derechos de apelación. Soy consciente de que, para recibir los servicios solicitados, puede ser necesario compartir información con otros departamentos o proveedores de servicios y doy mi consentimiento para ello.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma:** |  | **Fecha:** |  |

**Criterios de elegibilidad para los servicios para cuidadores**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuidador familiar de un adulto mayor** | **Persona que recibe la atención** |
| Un familiar u otra persona (p. ej. un amigo o vecino) adulto (de 18 años de edad o más) que es un proveedor informal (es decir, sin sueldo) de atención en el hogar o en la comunidad para la persona que recibe la atención | Una persona mayor (de 60 años o más) *o*  Una persona (menor de 60 años) con la enfermedad de Alzheimer o un trastorno relacionado con disfunción cerebral neurológica y orgánica |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuidador familiar mayor/Abuelo(a) de un niño** | **Persona que recibe la atención** |
| Un abuelo, abuelastro u otro familiar mayor del niño por consanguinidad, matrimonio o adopción, que tenga al menos 55 años de edad y que viva con el niño, y que un acuerdo legal o informal lo identifique como el cuidador principal | Un niño (menor de 18 años) *o*  Una persona (de 18 a 59 años) con una discapacidad |

***Para uso exclusivo de la oficina –***

*(Si lo completa un asesor o lo hace por teléfono, pídale que marque aquí y que firme a continuación* )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Llenado por:** |  | **Fecha:** |  |