**Formulario de Evaluación del Cuidador**

¡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 del Cuidador:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Apellido:** | | | | |  | | | | | **Nombre:** | | |  | | | | | | **In. del 2.ºNombre:** | | |  |
| **Fecha de nacimiento:** | | | | | | |  | | | | | **Edad:** | |  | |
| **Género/Identidad:**  Masculino  Femenino  Otro género no indicado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **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: | | |  | |

|  |
| --- |
| **Comentarios sobre la ubicación** (indicaciones adicionales sobre la dirección particular o postal): |
|  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idioma primario:**  Inglés  Español  Otro: | |  | | |
| **¿Es usted un veterano de guerra?**  Sí  No  **Origen étnico:**  Hispano o latino  No hispano ni latino | | | | | |
| **Raza, marque todo lo que corresponda:** | | | | | |
| Indígena americano/Nativo de Alaska | | Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico | | | |
| Asiático o Asiático estadounidense | | Blanco | | | |
| Negro o Afroamericano | | Otro no indicado: | |  | |
| **Vive:**  Solo  Con otras personas | | | | | | |
| **Número de personas que viven en su hogar** (incluido usted): | | | | | |  |

|  |
| --- |
| **Contacto e Información Demográfica (continuado):** |

**¿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 | $1,132 | $13,590 |
| 2 | $1,526 | $18,310 |
| 3 | $1,919 | $23,030 |
| 4 | $2,312 | $27,750 |
| Por cada persona adicional, agregue $4,720 a los ingresos anuales | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **Información sobre la/s Persona/s que Recibe/n 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.*

**Primera persona que recibe cuidado:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Apellido: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Parentesco del cuidador con la persona que recibe cuidado: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: |  |

**Segunda persona que recibe cuidado:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | Apellido: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Parentesco del cuidador con la persona que recibe cuidado: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: |  |
|  |  |  | |  | | | |  |  |

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

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

Sí  No

**De ser así, explique:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**¿Qué problemas relacionados con el cuidado está enfrentando/qué apoyos necesita?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Asesoramiento | | Guardería | Educación/formación |
| Información sobre los servicios | | Niñera a domicilio | Relevo por la noche |
| Atención personal | | Servicios complementarios | Grupos de apoyo |
| Otro (por favor, explique): |  | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

**¿Es usted un abuelo o abuela que está criando a sus nietos?**   Sí  No

**¿Trabaja actualmente?**

Jornada completa  Jornada parcial  Jubilado  Voluntario

Busco trabajo  No

|  |
| --- |
| **Interés en Otros Servicios:** |

**¿Le interesaría aprender sobre nutrición y una alimentación saludable?**

Sí  No

**¿Desea obtener más información sobre otros servicios para cuidadores?**   
 Sí  No

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

Correo electrónico  Correo postal  Teléfono

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

**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:** |  |

***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:** |  |

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 (de cualquier edad) 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 cualquier edad) con una discapacidad |