**Formulario de Evaluación para los Servicios en el Hogar**

¡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 | | | | |
| **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 | $1,255 | $15,060 |
| 2 | $1,703 | $20,440 |
| 3 | $2,152 | $25,820 |
| 4 | $2,600 | $31,200 |
| 5 | $3,048 | $36,580 |
| 6 | $3,497 | $41,960 |
| 7 | $3,945 | $47,340 |
| 8 | $4,393 | $52,720 |
| Por cada persona adicional, agregue $5,380 a los ingresos anuales | | |

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

**Seguro médico** (marque todo lo que corresponda):

Medicare  Medicare Advantage (Parte C)  Medicaid  Exención de Medicaid

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

**¿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?** |  |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Contacto de Emergencia:** | | | |
| **Nombre:** |  | | |
| **Teléfono:** |  | **Parentesco:** |  |

|  |
| --- |
| **Evaluación de Nutrición:** |

Determine su salud nutricional. Si la afirmación es correcta para usted, marque la casilla de la columna "Sí" y sume los puntos de la columna "Puntuación de sí" a la puntuación total.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Preguntas para la puntuación del riesgo nutricional** | **Sí** | **No** | **Puntua-ción de sí** |
| ¿Tiene alguna enfermedad o condición que le haya hecho cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que come? |  |  | 2 |
| ¿Come menos de 2 comidas al día? |  |  | 3 |
| ¿Come pocas frutas, vegetales o productos lácteos? |  |  | 2 |
| ¿Toma 3 o más medidas de cerveza, licor o vino casi todos los días? |  |  | 2 |
| ¿Tiene problemas dentales o bucales que le ocasionan dificultades para comer? |  |  | 2 |
| ¿Algunas veces no tiene dinero suficiente para comprar la comida que necesita? |  |  | 4 |
| ¿Come a solas la mayor parte del tiempo? |  |  | 1 |
| ¿Toma 3 o más medicamentos recetados o de venta libre diferentes por día? |  |  | 1 |
| Sin quererlo, ¿ha bajado o aumentado 10 libras en los últimos seis meses? |  |  | 2 |
| ¿En algunas ocasiones usted no puede físicamente comprar, cocinar o alimentarse por sí mismo? |  |  | 2 |
| **Puntuación del riesgo nutricional total** *Puntuación total de "sí":* | | | |

**Puntuación del riesgo nutricional total: 0-2 = Sin riesgo, 3-5 = Riesgo moderado,  
6 o más = Riesgo alto**

Si tiene un riesgo nutricional alto, ¡tome medidas! Hable con un profesional de la salud o servicios sociales cualificado sobre su salud nutricional. Proveedores: Si el cliente tiene un riesgo nutricional alto, Por favor haga una nota del caso en el Sistema de Datos de Unidad Estatal y la derivacion correspondiente.

**¿Tiene interés en recibir asesoramiento sobre nutrición?**  Sí  No

|  |
| --- |
| **Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria** |

Pada cada actividad, por favor marque el nivel de asistencia necesaria para realizar la tarea.

**Independiente:** no necesita ayuda

**Asistencia verbal:** necesita dirección, monitoreo intermitente o recordatorio verbal

**Alguna ayuda:** necesita alguna ayuda, pero no requiere supervisión constante

**Mucha ayuda:** necesita ayuda y supervisión para la mayor parte de la actividad

**Dependiente:** totalmente dependiente de la ayuda, requiere supervisión constante

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividades de la Vida Diaria (ADLs, por sus siglas en inglés)** | Independiente | | Asistencia verbal | Alguna ayuda | Mucha ayuda | Dependiente |
| Bañar o Ducharse |  | |  |  |  |  |
| Vestirse |  | |  |  |  |  |
| Usar el baño |  | |  |  |  |  |
| Subir y bajar de la cama/sillas |  | |  |  |  |  |
| Caminar/Moverse por la casa |  | |  |  |  |  |
| Comer |  | |  |  |  |  |
| **Comentarios sobre las ADLs:** | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADLs, por sus siglas en inglés)** | Independiente | | Asistencia verbal | Alguna ayuda | Mucha ayuda | Dependiente |
| Preparar comidas |  | |  |  |  |  |
| Compras |  | |  |  |  |  |
| Tomar medicamentos |  | |  |  |  |  |
| Administrar dinero |  | |  |  |  |  |
| Usar el teléfono |  | |  |  |  |  |
| Tareas domésticas ligeras |  | |  |  |  |  |
| Tareas domésticas pesadas |  | |  |  |  |  |
| Usar el transporte |  | |  |  |  |  |
| **Comentarios sobre las IADLs:** | |  | | | | |
| **¿Alguna persona lo está ayudando con las ADL o IADL?**  Sí  No | | | | | | |
| **Si respondió que sí, ¿quién lo está ayudando?** | | | |  | | |

|  |
| --- |
| **Elegibilidad para los Servicios en el Hogar:** |

**¿El cliente puede realizar las tareas domésticas sin ayuda?**  Sí  No

**Comentario sobre la incapacidad del cliente para realizar las tareas domésticas:**

|  |
| --- |
|  |

**¿El cliente tiene deterioro cognitivo?**  No  Leve  Moderado  Grave

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

A qr code on a white background

Description automatically generatedSi es si, está invitado a inscribirse a Text2LiveHealthy, un programa de educación sobre nutrición que se le entrega a través de un mensaje de texto. Escanee este código QR con la cámara de su teléfono para inscribirse o envíe un mensaje de texto con la palabra FRUTA al 97699.

Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Envíe AYUDA para obtener información o envíe ALTO al 97699 para cancelar su suscripción. No es necesario comprar. Para obtener más información, visite: <https://coloradosph.cuanschutz.edu/text2livehealthy>

**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:** |  |

Elegibilidad para las comidas a domicilio - NSIP

Persona mayor de 60 años

Persona que declara ser el o la cónyuge de la persona mayor de 60 años

Voluntario del programa de comidas

Persona con discapacidades que vive con una persona mayor de 60 años y la persona mayor de 60 años recibe las comidas a domicilio  
 Especificación de edad tribal

Elegibilidad para los servicios en el hogar (Centro de cuidado diurno para adultos, Trabajo doméstico, Atención personal)

2+ ADL (centro de cuidado diurno para adultos, asistencia de salud en el hogar, atención personal)

2+ IADL (solo trabajo doméstico)

*y/o*  Deterioro cognitivo (todo)

Elegibilidad para las tareas:

No puede realizar las tareas domésticas sin ayuda

Elegibilidad para los servicios de administración de casos:

Persona mayor de 60 años

**DELETE THE FOLLOWING PAGES BEFORE PROVIDING THE FORM TO CLIENTS**

**In-Home Assessment Form Instructions**

**Services that must use the In-Home Assessment form for meeting minimum state and federal client registration and reporting requirements:**

* Adult Day Care/Adult Day Health
* Case Management
* Chore
* Home Delivered Meals
* Homemaker
* Personal Care
* Vouchers for all services that fall into the service categories above
* *Care Recipients (age 18+)* for Title III-E Caregiver Respite and Supplemental Services (the Caregiver needs to fill out the Caregiver Assessment)
* Any other services requiring a lower-level form (e.g. a Basic Intake Form or Congregate Nutrition Assessment) can use the In-Home Assessment Form

**Re-assessments:**

* Services that require the in-home assessment form also require re-assessments to ensure information is up to date for eligibility and/or need for services. The exception is chore services.

**All clients filling in the In-Home Services Assessment Form should also be provided with:**

* Client Information/FAQs sheet
* Disclosures/Waivers sheet

**Demographic Questions:**

The following demographic information is required for federal reporting and the questions are required on all forms. Clients can choose to refuse to answer any of the questions, but they need to be given an informed choice about whether to provide their demographic information. This information must be entered into the SUDS Client record for all clients receiving services that require registration:

* DOB (to calculate age as of the end of the Federal Fiscal Year)
* Gender
* Zip code (to determine non-rural/rural geography)
* Ethnicity
* Race
* Lives With
* Poverty (income above or at/below poverty)

**Nutrition Screening:**

The Nutrition Screening questions are required to determine the client’s Nutrition Risk Score for federal reporting and cannot be changed. They must be included on the In-Home and Congregate Nutrition Assessment forms and entered in SUDS for clients receiving the services that require those assessment forms. You can add a refuse to answer response option and give the client more information about the meaning of the nutrition questions during the assessment.

**ADLs/IADLs:**

The ADL/IADLs are required for federal reporting for all services listed on this form. They must be included on the In-Home Assessment Form and entered in SUDS for clients receiving the services that require the In-Home Assessment form. If the client reports additional ADL or IADL limitations that are not listed, you can add this information to the Comments about ADL/IADLs question on the In-Home Assessment and in SUDS. You can add refuse to answer options and use the Alternative Question Wording options available for these questions.

**Collecting Additional Client Information:**

* You can collect more client information on your region’s assessment forms than the minimum information required by the SUA Standard Assessment Forms.
* Check the Optional Assessment Questions and Alternative Wording documents for ideas on collecting more client information
* For SUDS Data Entry (if applicable), double check where to enter info & train staff/providers on data entry
* You can also add your own local questions that are not listed in the Optional Assessment Questions. If you would like to enter this information into SUDS, get in touch with the SUDS Help Desk for guidance.

**Waitlist and Targeting Considerations:**

* Some services that can use this form may require additional questions based on a region’s waitlist and targeting prioritization criteria.
* Waitlist and targeting prioritization may differ by region and service, and we do not include all possible prioritization questions on the Standard SUA Assessment Form.
* Please follow the directions above on Collecting Additional Client Information for adding Waitlist and Targeting Prioritization questions to your forms