Formulario de evaluación básica

¡Bienvenido! Cuéntenos un poco sobre usted para que podamos ofrecerle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Toda su información personal es confidencial. Consulte las preguntas frecuentes adjuntas para obtener más información.

# Sección sobre inscripción y elegibilidad (se debe completar antes de recibir el servicio)

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Segundo nombre (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apodo (si corresponde): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solo los adultos mayores de 60 años califican.

Sección sobre la información de contacto

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de domicilio, línea 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de domicilio, línea 2 (apto./unidad/piso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La dirección postal es la misma que el domicilio

Dirección postal, línea 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección postal, línea 2 (apto./unidad/piso): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sección sobre datos demográficos (se usa para los informes anónimos para nuestros financiadores)

* Género (seleccione todo lo que corresponda): Masculino Femenino No binario/Tercer- género Transgénero
* Otro género no incluido en la lista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Me niego a responder la pregunta
* Origen étnico: Hispano o latino/a/e Ni hispano ni latino/a/e Me niego a responder la pregunta
* Identidad racial (seleccione todo lo que corresponda): Indígena americano o nativo de Alaska Asiático o asiático-estadounidense Negro o afroamericano Del Medio Oriente o del norte de África Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Blanco
* Otra identidad no incluida en la lista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Me niego a responder la pregunta
* ¿Vive solo o con otras personas? Solo Con otros Me niego a responder la pregunta
* ¿Sus ingresos son superiores, iguales o inferiores a lo indicado en la tabla para el tamaño de su hogar? Superiores Iguales/Inferiores Me niego a responder la pregunta

Tabla de niveles de ingresos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tamaño del hogar | Ingreso mensual | Ingresos anuales |
| 1 | $1,304 | $15,650 |
| 2 | $1,763 | $21,150 |

Utilice la tabla para determinar si sus ingresos son superiores, iguales o inferiores a los ingresos mensuales o anuales indicados para el tamaño de su hogar. Por cada persona adicional, añada $5500 a los ingresos anuales.

Sección sobre la comunicación

¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sección sobre apoyo y acceso a los servicios

* Cobertura médica (seleccione todo lo que corresponda): Medicare Medicare Advantage

Medicaid Exenciones (*waivers*) de Medicaid Administración de Veteranos Privado

Ninguno Otro seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Me niego a responder la pregunta

* ¿Puede acceder a este servicio a través de otro beneficio o programa (por ejemplo, a través de los beneficios de Medicaid o Medicare)? Sí No Me niego a responder la pregunta

No sé

* ¿Tiene apoyo externo fiable de familiares, amigos o un cuidador? Sí No Me niego a responder la pregunta
* ¿Está confinado en su hogar? Seleccione “Sí” si alguna de las siguientes afirmaciones es cierta en su caso:
  + necesita ayuda de otra persona para salir de su hogar,
  + tiene una afección médica o discapacidad que le dificulta salir de su hogar con regularidad o
  + solo puede salir de su hogar con poca frecuencia y por períodos cortos.

Sí No Me niego a responder la pregunta

* ¿Está aislado de los recursos comunitarios? Algunos ejemplos de recursos comunitarios son las tiendas, los bancos, los servicios de salud y las actividades en los centros para adultos mayores. Seleccione “Sí” si alguna de las siguientes afirmaciones es cierta en su caso:
  + vive en una zona remota,
  + tiene una afección médica o una discapacidad que le dificulta el acceso a los recursos comunitarios,
  + tiene dificultades económicas o tecnológicas que le dificultan el acceso a los recursos comunitarios,
  + no puede conducir ni utilizar el transporte público o
  + no se siente bienvenido en su comunidad debido a barreras culturales o lingüísticas.

Sí No Me niego a responder la pregunta

Sección sobre el contacto en caso de emergencia

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Me niego a dar un contacto

Declaración y autorización para compartir información

He sido informado de las políticas sobre las contribuciones voluntarias, los procedimientos de reclamaciones 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Marque aquí  si este formulario lo llena otra persona que no sea el cliente (por ejemplo, un cuidador o evaluador) y firme abajo.