

## Formulario de evaluación del cuidador 2021

Actualizado el 21 de mayo de 2021

<b>Información básica del cuidador:</b>		<b>Fecha de evaluación:</b> /    /
*Apellido:	*Nombre:	Inicial del segundo nombre:
*Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	*Fecha de nacimiento:    /    /	*Edad:
<b>Dirección residencial:</b>		
*Dirección línea 1:	*Dirección línea 1:	
*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:
*País:	Teléfono (Hogar):	
Teléfono (Celular):	Teléfono (Trabajo):	
Direcciones al hogar:		
Dirección de correo electrónico:	¿Está recibiendo Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Casado/Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo		¿Es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con otras personas	¿Cuál es su idioma principal?	
*¿Cuál es su raza?	*¿Etnia? <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/Latino	
*¿Tiene una discapacidad visual (que no pueda corregirse con anteojos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cuántas personas viven en su hogar?		
*¿Su ingreso mensual es arriba o abajo de \$1,073? <input type="checkbox"/> Arriba <input type="checkbox"/> Abajo		
<b>Dirección postal, si es diferente a la dirección física:</b>		
Dirección línea 1:	Dirección línea 2 (Apartamento #, Unidad #, Piso #):	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
*¿Es un abuelo, criando nietos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está trabajando? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A tiempo completo <input type="checkbox"/> A medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Buscando empleo	
¿Le interesaría recibir asesoramiento nutricional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Cómo se enteró de nuestros servicios?		
<input type="checkbox"/> Folleto de AAA <input type="checkbox"/> Boletín de AAA <input type="checkbox"/> Senior Source del Canal 9 <input type="checkbox"/> Comedor comunal <input type="checkbox"/> De un cliente actual <input type="checkbox"/> De un amigo/pariente <input type="checkbox"/> Feria para personas mayores <input type="checkbox"/> Sin cita <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Otro		
¿Quisiera informarse sobre otros servicios para cuidadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cómo podemos contactarlo? <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono	
¿Cuándo es el mejor tiempo para contactarlo?	Díganos que servicios quisiera recibir:	

**Información de la persona que recibe los cuidados:**

Por favor díganos a quién está cuidando (necesitamos tener una evaluación aparte para cada adulto que reciba los cuidados):

*Nombre del beneficiario:	*Apellido del beneficiario:	*Dirección física del beneficiario:	*Ciudad/ del beneficiario:	*Estado del beneficiario:	*Código postal del beneficiario:	*Relación del cuidador con el beneficiario:

¿Está recibiendo asistencia con sus tareas como cuidador?  Sí  No Si la respuesta es sí, por favor explique a continuación:

Díganos que cuestiones de cuidados le causan dificultades y en qué necesita ayuda en sus tareas como cuidador:

- Asesoría  Guardería  Educación/entrenamiento  Información sobre los servicios  Guardia en casa  Respiro durante la noche  Atención personal  Servicios suplementarios  Grupos de apoyo  Otro

Si es otro, por favor explique:

*He sido informado de las políticas sobre las contribuciones voluntarias, los procedimientos de reclamos 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 que se lleve a cabo.*

*(Si se completa mediante un asesor o de forma telefónica, el asesor debe marcar aquí y firmar a continuación ).*

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Solo para uso de la oficina:** Información completada por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Por favor lea la siguiente información sobre este formulario de ingreso y el procedimiento de reclamo/queja:**

Le pedimos que complete el formulario adjunto a su mejor saber y entender para que comprendamos cómo le gustaría recibir los servicios. Se necesita cierta información básica (\*) para cumplir con los requisitos de información federales y estatales y para enfocarnos en los consumidores de 60 años o más que tengan las mayores necesidades económicas y sociales, como los individuos de bajos ingresos, que son una minoría, frágiles y de zonas rurales. Las solicitudes de servicios se procesan a medida que lo permiten los fondos.

Su nivel de ingresos no se utiliza para calificarlo para recibir los servicios, en lugar de eso, se usan como un medio para reunir información demográfica para varias entidades a fin de mostrar la necesidad de financiamiento continuo de los servicios. Nadie lo contactará, a menos que elija eso para recibir información sobre los servicios que puedan estar disponibles para usted.

Si no hay lugar suficiente en la solicitud para alguna de sus respuestas, por favor adjunte una hoja aparte.

### **Procedimiento de reclamo/queja/apelación:**

El objetivo del procedimiento de reclamo/queja/apelación es

- Asegurar un trato justo y equitativo para todos los consumidores, eliminar la insatisfacción, resolver los problemas y
- establecer procedimientos de reclamos y apelaciones que informen al consumidor de sus derechos al reclamo y a recibir una respuesta por escrito a nivel del proveedor

Todo consumidor elegible para la OAA/OCA (Ley para Americanos Mayores/Ley de nativos de Colorado mayores) que tenga un reclamo/queja con la organización que le pide que complete este formulario de evaluación, tiene el derecho de presentar un reclamo/queja con dicha organización y, si no está satisfecho con la decisión de la organización, tiene el derecho de apelar esa decisión ya sea con AAA (Agencia local de Envejecimiento) local o con la SUA (Unidad Estatal de Envejecimiento).

El procedimiento completo de reclamo/queja/apelación está disponible previa solicitud mediante el contacto con su AAA local y/o la SUA de la siguiente manera:

Office of Community Access and Independence (Oficina de Acceso a la comunidad e independencia)  
Aging and Adult Services (Servicios de envejecimiento y adultos)  
1575 Sherman Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Denver, CO 80203  
(303) 866-2800 (Línea principal)  
(303) 866-2977 (fax)  
(888) 866-4243 (llamada gratuita)

### **Contribuciones:**

Toda persona que recibe servicios tendrá la oportunidad de contribuir al costo del servicio. No se le negará el servicio a ninguna persona elegible por su incapacidad de contribución y/o elección de no contribuir.

**GUARDE ESTE FORMULARIO PARA SU REGISTRO**

## Instructions about filling out the 2021 Caregiver Assessment Form:

This Caregiver Assessment Form needs to be filled out by the AAAs or their providers to gather the information required by the federal or state government to be entered into Colorado's official data system (currently PeerPlace). In addition to registering a caregiver in PeerPlace, by entering data into the detailed consumer record, the rest of the required information needs to be entered into the assessment portion of PeerPlace. For every caregiver, there has to be a link to at least one care recipient client record in PeerPlace.

(\*) Any fields with this prefix designate demographic data collected by the federal or state government to support the need for continued funding for the various programs. This data will be de-identified and used in aggregate form to compile statistical information. None of the data is sold to a third party and any personal information will only be used in an effort to better serve the client in providing him/her with services.

There is one additional required field you need to be aware of, which is not on the form, but needs to be checked in the Financial section under Client Information in the Caregiver Assessment when you enter the assessment into PeerPlace. That field is 'Is the client's income level below the national poverty level?' Please check "Yes", if the income is in the first income range in either the individual or household monthly income range question; mark "No" otherwise.

Another oddity to be aware of, is the 'What is your race?' question. When you check the race in the assessment, the only thing that comes across to the consumer record is a 'Yes' or 'No' on the 'Is Ethnic Race specified?' question under the NAPIS section of the consumer record. You still need to mark the correct race under the Ethnic Races section on the right side of the consumer detail record screen.

Any fields which do not have the (\*) prefix are optional, but help determine in what other ways we might be able to help the client and to get feedback about which of our outreach programs are successful. Please try to obtain as much information as possible, since we can only help when we know that there is a need.

While we ask you to make an honest effort to gather this basic information, we cannot deny services to clients on the basis of them refusing to provide the requested information, since our programs are not means tested. Since our programs are specifically for the elderly, particularly for persons age 60 or over, the date of birth needs to be filled in. If the client refuses to provide his/her date of birth, please enter 01/01/1901. Then, indicate in the General Comments "client refused to provide DOB, so the default date was entered".

This form must be used for caregivers receiving one or more of the service types with the following prefixes under the Caregiver Workflow. The care recipient needs to have his/her own assessment, which in most cases will be the In-Home Services assessment. The caregiver client does not need to be reassessed:

- CG Access Assistance (if this is entered as an aggregate, no assessment is needed)
- CG Counseling/Training
- CG Information Services (if this is entered as an aggregate, no assessment is needed)
- CG Respite
- CG Supplemental Services – Congregate Meals
- CG Supplemental Services – Home Delivered Meals
- CG Supplemental Services – Material Aid
- CG Supplemental Services – Screening/Evaluation
- CG Supplemental Services - Transportation

If you have any questions, please contact your local AAA office.