

Formulario de evaluación de servicios en el hogar del consumidor

Actualizado el 21 de mayo de 2021

Información básica del cliente:		Fecha de evaluación: / /	
*Apellido:		*Nombre:	Inicial del segundo nombre:
*Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	*Fecha de nacimiento: / /		*Edad:
Dirección residencial:			
*Dirección línea 1:		Dirección línea 2 (Apartamento #, Unidad #, Piso #):	
*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?		*¿Etnicidad? <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			
¿Usa anteojos/lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene problemas de audición? <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			
Dirección postal, si es diferente a la dirección física:			
Dirección línea 1:		Dirección línea 2 (Apartamento #, Unidad #, Piso #):	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
¿Le interesaría recibir asesoramiento nutricional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cómo se enteró de nuestros servicios?			

Folleto de AAA Boletín de AAA Senior Source del Canal 9 (TV) Comedor comunal De un cliente actual
 De un amigo/pariente Feria para personas mayores Sin cita Sitio Web
 Otro _____

Contactos de emergencia:		Nombre y apellido	Número de teléfono	Relación
Poder notarial (si aplique):				
Tipo de poder:				
Contacto principal:				
Contacto secundario:				
Médico de cabecera:				
Cuidador (cuando aplique):				
Condiciones de salud y movilidad del cliente:			Condiciones del hogar del cliente y mascotas:	
¿Utiliza el cliente dispositivos de movilidad? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Muletas <input type="checkbox"/> Monopatín eléctrico <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Otro: _____			¿El cliente fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El hogar necesita reparaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique de qué tipo (especialmente preocupaciones sobre la seguridad): _____	
¿El cliente tiene una memoria deteriorada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Hay mascotas en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿qué mascotas tiene el cliente? _____	
¿El cliente tiene un diagnóstico de diabetes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Mascota agresiva (amenaza para los empleados)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El cliente utiliza oxígeno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Otra información útil sobre las condiciones del hogar o las mascotas: _____	
¿El cliente usa suministros para la incontinencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿El cliente necesita supervisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Tiene el cliente alguna de las siguientes discapacidades? <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Epilepsia/Trastorno convulsivo <input type="checkbox"/> Incapacidad intelectual <input type="checkbox"/> Otro: _____				

Lista de verificación nutricional: (0-2 = Ningún riesgo 3-5 = Riesgo moderado 6 o más = Riesgo alto)	S	No	Puntuación		
	í		Sí		
*Tengo una enfermedad o condición que me hizo cambiar el tipo y/o cantidad de comida que consumo.			2		
*Como menos que dos comidas por día.			3		
*Como pocas frutas o vegetales o productos lácteos.			2		
*Tengo 3 o más tragos de cerveza, licor o vino casi todos los días.			2		
*Tengo problemas en los dientes o en la boca, por lo que comer es difícil para mí.			2		
*No siempre tengo dinero para comprar la comida que necesito.			4		
*Como solo la mayoría del tiempo.			1		
*Tomo 3 o más medicamentos diferentes, recetados o de venta libre, por día.			1		
*Sin quererlo, he perdido o ganado 10 libras en los últimos 6 meses.			2		
*No siempre estoy en condiciones físicas para hacer las compras, cocinar y/o alimentarme.			2		
¿Cuál es la puntuación de riesgo nutricional del consumidor?	Total de la puntuación 'Sí': _____				
Actividades de la vida diaria y Actividades instrumentales de la vida diaria para determinar la elegibilidad para los servicios en el hogar:					
ADL (Actividades de la vida diaria)	Sí	No	IADL (Actividades instrumentales de la vida diaria)	Sí	No
*Me puedo bañar sin ayuda.			*Puedo manejar el dinero sin ayuda.		
*Puedo vestirme sin ayuda.			*Puedo encargarme de las compras sin ayuda.		
*Puedo desplazarme dentro de mi hogar sin ayuda.			*Puedo tomar mis medicamentos sin ayuda.		
*Puedo usar el baño sin ayuda.			*Puedo preparar las comidas sin ayuda.		
*Puedo comer sin ayuda.			*Puedo hacer las tareas del hogar comunes sin ayuda.		
*Puedo entrar y salir de la cama/sillas sin ayuda.			*Puedo usar el teléfono sin ayuda.		
			*Puedo usar el transporte sin ayuda.		
¿Cuál es el cálculo de las ALD del consumidor? Total de la puntuación 'No': _____	¿Cuál es el cálculo de las IADL del consumidor? Total de la puntuación 'No': _____				
¿Está recibiendo ayuda de alguien con las ADL o las IADL? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién lo está ayudando con las ADL o las IADL?				
Otros criterios de elegibilidad:				Sí	No
*¿Necesita el cliente un ayudante de atención médica en el hogar en base a órdenes de un médico?					

*¿Está el cliente confinado en su hogar o en una ubicación geográfica aislada para justificar la entrega de alimentos en el hogar?		
*¿Puede el cliente realizar tareas sin ayuda?		
*Comente sobre la incapacidad del cliente de realizar las tareas:		
*¿Tiene el cliente una incapacidad cognitiva? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave (requiere asistencia en situaciones rutinarias debido a la falta de funcionamiento cognitivo)		

*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 la 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, 10th Floor
Denver, CO 80203
(303) 866-2800 (Línea principal)
(303) 8662977 (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 Consumer In-Home Services Assessment Form:

This Consumer In-Home Services 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 register a client in PeerPlace, by entering date into the detailed consumer record, the rest of the required information needs to be entered into the assessment portion of 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 are some required fields you need to be aware of when entering the assessment into PeerPlace:

- The Workflows or Service types listed below require an In-Home Services Assessment; it makes no difference if the service is provided via a voucher where the client chooses the provider or via a provider that contracts with the AAA.
- The field 'Is the client's income level below the national poverty level?' is not on the form, but needs to be checked in the Financial section under Client Information in the In-Home Services Assessment when you enter the assessment into PeerPlace. 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.
- 'Is the client frail', which is in the Other Eligibility Criteria section of the assessment. Please check 'Yes' if the client has more than two ADLs or needs supervision due to cognitive impairment.
- A client has to be homebound to qualify for home delivered meals.

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 feed-back 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 clients receiving one or more of the service types under the following workflows. The clients have to be reassessed every six months (except for counseling and screening, the latter can be found under the Other workflow, for which the client needs to be assessed only once):

- Adult Day Care
- Case Management
- Chore

- Home Delivered Meals
- Home Health Aide
- Personal Care
- Service Type Screening under Other workflow (no reassessment required)

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