

INSERTE AQUÍ SU LOGOTIPO

Older Americans Act Services Forma de Ingreso
Díganos acerca de usted

Fecha de hoy: / /	Teléfono preferido: ()		
Primer Nombre:	Apellido:	Inicial: Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento: / /	Correo electrónico:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Las siguientes preguntas son hechas por nuestros donadores y no se publicarán por nombre.

Genero: Femenino Masculino Otro Idioma primario Inglés Otro

Marque las categorías raciales que le aplican:

Blanco Asiático Afroamericano/Negro Indio americano/Nativo de Alaska
 Nativo de Hawái/Otros isleños del Pacífico Otro:

¿Es usted hispano o latino? Sí No ¿Es usted veterano? Sí No

¿Vive solo? Sí No

Sí es así, ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$13,590? : Sí No

Si no, es el ingreso anual de su casa mayor a:

Sí son 2 personas, ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$18,310? : Sí No

Sí son 3 personas, ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$23,030? : Sí No

Sí son 4 personas, ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$27,750? : Sí No

Sí son 5 personas, ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$32,470? : Sí No

Sí son 6 personas o más ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$37,190? : Sí No

¿Está interesado en saber más acerca de los servicios que no está recibiendo actualmente?

Comidas Transportación Consejería Nutricional Asistencia legal Apoyo para cuidado
 Opciones para permanecer en casa Opciones para regresar a casa Clases de salud y bienestar

Ayúdenos a servirle mejor contestando las siguientes preguntas

¿Necesita ayuda	No necesite ayuda	Necesite ayuda algunas veces	Siempre necesite ayuda	La actividad no ocurrió
con compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
administrando medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
preparando de comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con transportación/carro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maneja dinero/pagar gastos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
limpiando su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lavandería (organizar, lavar, secar y doblar la ropa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
usar el teléfono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información IADL Independiente Algunas veces independiente, asistencia limitada Totalmente dependiente

Durante los últimos 7 días necesito ayuda:	No necesite ayuda	Necesite ayuda algunas veces	Siempre necesite ayuda	La actividad no ocurrió
¿para bañarse o ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿para vestirse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿para levantarse o acostarse en una cama o sentarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿para comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿para llegar al baño a tiempo (capaz de controlar esfínteres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿para usar el baño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información ADL Independiente Algunas veces independiente, asistencia limitada Totalmente dependiente

Older Americans Act Services Forma de Ingreso

Esta sección será completada por el proveedor.

Consumidor:

Proveedor:

Nueva Forma de Ingreso Forma de Ingreso Actualizada

Marque el cuadro al lado del servicio provisto:

- Salud/cuidado diario de adultos
- Transportación asistida
- Manejo de caso
- Quehaceres
- Evaluación e Intervención de EAPA
- Sistema de respuestas a emergencias
- Promoción de a salud: basada en evidencias
- Promoción de a salud: no basada en evidencias
- Ama de casa
- Ayuda material
 - Tecnología de asistencia/equipo duradero
 - Suministros consumibles
 - Modificaciones/reparaciones del hogar
 - Otros
- Opciones de consejería
- Cuidado personal
- Transportación