

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: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	Idioma primario <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro
Marque las categorías raciales que le aplican:	
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro:
¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sí es así, ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$12,880? :	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 \$17,420? :	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sí son 3 personas, ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$21,960? :	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sí son 4 personas, ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$26,500? :	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sí son 5 personas, ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$31,040? :	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sí son 6 personas o más ¿es el ingreso anual de su hogar mayor a \$35,580? :	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Está interesado en saber más acerca de los servicios que no está recibiendo actualmente?
<input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Consejería Nutricional <input type="checkbox"/> Asistencia legal <input type="checkbox"/> Apoyo para cuidado
<input type="checkbox"/> Opciones para permanecer en casa <input type="checkbox"/> Opciones para regresar a casa <input type="checkbox"/> Clases de salud y bienestar

Ayúdenos a servirle mejor contestando las siguientes preguntas

	No necesite ayuda	Necesite ayuda algunas veces	Siempre necesite ayuda	La actividad no ocurrió
Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparación de comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar transportación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información IADL Independiente Algunas veces independiente, asistencia limitada Totalmente dependiente

	No necesite ayuda	Necesite ayuda algunas veces	Siempre necesite ayuda	La actividad no ocurrió
Manejar dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quehaceres pesados de la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quehaceres ligeros de la casa	<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

	No necesite ayuda	Necesite ayuda algunas veces	Siempre necesite ayuda	La actividad no ocurrió
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bañar o ducharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse de una cama o silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información IADL 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
-