

## 2017 Evaluación del Cuidador

Actualizado 10. Febrero, 2017

<b>Basic Caregiver Information:</b>			<b>Date of Assessment:</b> /    /	
*Nombre:	*Apellido:	Inicial del Segundo nombre:		
*Fecha de nacimiento:    /    /	Edad:	*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Otro	¿Es usted veterano militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es su idioma principal?		*¿Cuál es Su raza?		
*¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*¿Usted tiene una discapacidad visual (no se puede corregir con lentes)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
*¿Usted vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted es casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas personas viven en su casa?		
*Si usted vive solo, ¿es su ingreso mensual abajo de \$1,005? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		*Si usted tiene un(a) esposo(a), es el ingreso mensual de su casa abajo de \$1,353? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
*Dirección residencial (número, calle):		Dirección postal (calle/Apdo postal):		
*Apartamento (si es aplicable):		Ciudad postal:		
*Ciudad residencial:		Estado postal, código postal:		
*Estado residencial, código postal:		Dirección de correo electrónico:		
*Condado residencial:				
* Teléfono principal (incluyendo la AREA):		Teléfono secundario (incluyendo la AREA):		
*¿Es usted abuelo(a) encargado de su(s) nieto(s)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Trabaja usted? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Empleo voluntario <input type="checkbox"/> Buscando Empleo <input type="checkbox"/> No		
¿Gustaria recibir asesoramiento de nutrición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Como se enterarán de estos servicios?				
<input type="checkbox"/> Folleto de AAA <input type="checkbox"/> Hoja informativa de AAA <input type="checkbox"/> Canal 9 Senior Source (TV) <input type="checkbox"/> Sitio de comida congregam <input type="checkbox"/> De un Cliente actual <input type="checkbox"/> De un Amigo/Persona familiar <input type="checkbox"/> Feria de Mayores <input type="checkbox"/> Por casualidad <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿Quiere enterarse de otros servicios para cuidadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Si contesta sí, como podemos comunicarnos? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Teléfono		
¿Cuándo es el mejor tiempo para contactar ustedes?		Por favor, dinos cuales otros servicios quiere recibir:		

**Care Recipient Information:**

Por favor, explica quine(es) cuidan (necesitamos una evaluación separada para cada adulto que cuiden):

*Nombre de Beneficiario	*Apellido de Beneficiario	* Dirección residencial de Beneficiario	*Ciudad residencial de Beneficiario	*Estado residencial de Beneficiario	*Código postal de Beneficiario	*Relación del Cuidador al Beneficiario

¿Usted tiene ayuda con sus responsabilidades de cuidador?  Sí  No Si es así, por favor, explica abajo:

Por favor dinos con cuales de sus responsabilidades de cuidador usted es luchando y queria ayuda:

Asesoramiento Guardería Educación/entrenamiento Informacion sobre sericios Guardia en casa Respiro durante la noche Cuidado personal Servicios suplementarios Grupo de soporte Otro

Si otro, por favor explica:

*He sido informado de las políticas sobre contribuciones voluntarias, quejas, y derechos de apelación. Estoy al tanto que para recibir servicios solicitados, puede ser necesario compartir información con otros departamentos or proveedores de servicios y adjunto doy mi consentimiento. (Si llenado por asesor o telefono, por favor marque aquí y firme abajo ).*

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Soló uso de oficina:** Llenado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## **Por favor, lee la siguiente información sobre este Formulario de Admisión para Clientes y las peticiones sobre quejas y agravios:**

Estamos pidiendo que usted llene el formulario adjunto según el mayor de su conocimiento para ayudarnos a entender cómo usted quiere recibir servicios. Necesitamos información básica (\*) para cumplir con requisitos de reportes federales y estatales y para destinar ayuda a las personas de edad 60 y más que exigen la mayor necesidad económica o social, como personas de bajos ingresos, personas de grupos minoritarios, personas frágiles, y personas que viven en lugares rurales. Solicitudes de servicios serán procesadas si hay fondos.

No se usa su nivel de ingresos para calificarlo para los servicios, pero recopilamos datos demográficos para algunas entidades para demostrar la necesidad de continuar financiando los servicios. Nadie les va a contactar a menos que usted solicite información sobre servicios.

Si no hay bastante espacio en este formulario para alguna respuesta, por favor adjunte una hoja adicional.

### **Proceso de Quejas/Agravios/Apelaciones:**

El propósito del proceso de Quejas/Agravios/Apelaciones es

- De asegurar un trato justo y equitativo de todos los consumidores, eliminar insatisfacción, resolver problemas y
- De establecer procesos de quejas y apelaciones que informan a los consumidores sobre sus derechos de quejarse y de recibir una respuesta equitativa del proveedor de servicios.

Cualquier consumidor elegible según OAA/OCA (Older Americans Act/Older Coloradans Act) que tiene quejas/agravios con la organización que pide que usted llene este formulario tiene el derecho a presentar una queja/agravio con la organización y, si no tiene satisfacción con la decisión, apelar la decisión con la AAA (Area Agency on Aging) local o la SUA (State Unit on Aging).

Usted puede obtener el proceso completo de Quejas/Agravios/Apelaciones si se comunican con su AAA local y/o la SUA:

Office of Community Access and Independence  
Aging and Adult Services  
1575 Sherman Street, 10<sup>th</sup> Floor  
Denver, CO 80203  
(303) 866-2800 (Main Line)  
(303) 866-2977 (Fax)  
(888) 866-4243 (Toll Free)

### **Contribuciones:**

Cualquier persona que recibe servicios debe tener la oportunidad de contribuir parte del costo de los servicios. Ninguna persona debe ser negado servicios si no puede o no quiere contribuir.

**GUARDE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS**

## Instructions about filling out the 2017 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 SAMS). In addition to registering a caregiver in SAMS, by entering date into the detailed consumer record, the rest of the required information needs to be entered into the assessment portion of SAMS. For every caregiver, there has to be a link to at least one care recipient client record in SAMS.

(\*) 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 Basic Client Information section of the assessment form. That field is 'Is the client's income level below the national poverty level?', which shows up on the consumer record in the NAPIS section as 'In poverty?'. Please check yes, if the consumer has less than \$1,005 individual or less than \$1,353 household income monthly; 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 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 January 1 and the year which would make them the age they are stating. Then, indicate in the notes of the consumer detail record that the date of birth is not factual, as the client would not provide it.

This form must be used for caregivers receiving one or more of those services. 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:

- NFCSP – Counseling or SGFCG – Counseling (State)
- NFCSP – Material Aid or SGFCG – Material Aid (State)
- NFCSP – Screening/Evaluation or SGFCG – Screening/Evaluation (State)
- NFCSP – Transportation or SGFCG – Transportation (State)
- NFCSP – Congregate Meals or SGFCG – Congregate Meals (State)
- NFCSP – Home Delivered Meals or SGFCG – Home Delivered Meals (State)
- NFCSP – Information Services or SGFCG – Information Services (State)
- NFCSP – Access Assistance or SGFCG – Access Assistance (State)
- NFCSP – Respite Care or SGFCG – Respite Care (State)

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