

2017 Formulario de Admisión para Clientes

Actualizado 10. Febrero, 2017

Datos Basicos del Cliente:			Fecha de Evaluación: / /	
*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 recibe Medicaid? <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?
¿Cuál es su ingreso mensual?			¿Cuál es el ingreso mensual del hogar?	
*¿Si usted vive solo, es su ingreso mensual abajo de \$1,005? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			*¿Si usted tiene pareja, es el ingreso mensual del hogar abajo de \$1,353? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted use algun dispositivo auxiliar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Si contesta sí, cuales? _____	
*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):	
Contacto de emergencia:			Relación:	Número telefónico:
¿Como se enterarán de estos servicios?				
<input type="checkbox"/> Folleto de AAA <input type="checkbox"/> Hoja informative 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? <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:	

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 policias sobre quejas y agravio:

Estamos pidiendo que usted llene el formulario ajunto segun el major de su conocimiento para ayudarnos intender como usted quiere recibir servicios. Necesitamos información basica (*) para cumplir con requisitos de reportes federales y estadales y para destinar ayuda a las personas de edad 60 y majores quien exige la mayor necesidad economica o social, como personas de bajos ingresos, personas de grupos minorías, personas frágiles, y personas quien viven en lugares rurales. Solicitudes de servicios seran procesado si hay fondos.

No se usa su nivel de ingresos para qualificar usted por los servicios, pero recopilarnos datos demográficos para algunos entidades para demostrar la necesidad de continuar financiar los servicios. Nadien les va a contactar a menos que usted solicita información sobre servicios.

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

Proceso de Quejas/Agravios/Apelaciones:

El propósito del proceso de Quejas/Agravios/Apelaciones es

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

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

Usted puede obtener el proceso complete 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, 10th 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 Basic Consumer Intake Form:

This Basic Consumer Intake Form is provided as a courtesy to allow the AAAs and their providers to gather the information required by the federal or state government to be entered into Colorado's official data system (currently SAMS). If this information is already obtained by other means, there is no need to fill this Basic Intake Form out again, as long as you have the data to register a client in SAMS, by entering the starred (*) data elements into the detailed consumer record.

(*) 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 NAPIS section of the consumer record. That field is '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.

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, as 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 may be used for the following services (any other services require one of the available assessment forms, rather than just a basic intake):

- Assisted Transportation or Assisted Transportation (State)
- Counseling or Counseling (State)
- Education or Education (State), if the client is registered
- Evidence-based Disease Prevention or Health Promotion or Evidence-based Disease Prevention and Health Promotion (State)
- Information and Assistance or Information or Assistance (State), if the client is registered
- Material Aid or Material Aid (State)
- Nutrition Education or Nutrition Education (State), if the client is registered
- Outreach or Outreach (State), if the client is registered
- Public Information or Public Information (State), if the client is registered
- Reassurance or Reassurance (State)
- Transportation or Transportation (State)

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