**Evaluación del Cuidador- Asesoramiento/Formación/Grupos de Apoyo**

¡Bienvenido! Cuéntenos un poco sobre usted para que podamos ofrecerle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades. Pedimos información demográfica para cumplir con los requisitos de nuestros financiadores. Toda su información personal es confidencial. Consulte las preguntas frecuentes que se incluyen para obtener más información y orientación sobre cómo llenar este formulario.

|  |
| --- |
| **Contacto e Información Demográfica:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | **Segundo Nombre:** | |  |
| **Apellido:** |  | | **Apodo:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fecha de nacimiento:** | | | |  | | | | **Edad:** |  | |
| **Dirección particular** Línea 1: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | |  | | | Ciudad: | |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | | |  | | | | | | | Estado: |  |
| **Dirección postal** Línea 1: | | | | |  | | | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | | |  | | | Ciudad: | |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | | |  | | | | | | | Estado: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Dirección postal Igual que la dirección de casa** |  |   **Inicio ubicación comentarios** (indicaciones adicionales sobre la dirección particular o postal): |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teléfono particular:** | |  | **Teléfono celular:** |  |
| **Correo electrónico:** |  | | | |

|  |
| --- |
| **Género:**  Masculino  Femenino  No binario/Tercer género |

**Me identifico como:**  Transgénero  Cisgénero (identificarse con su género al nacer)

|  |  |
| --- | --- |
| Género, si no indicado: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Origen étnico:**  Hispano o latino  No hispano ni latino | | | |
| **Raza, marque todo lo que corresponda:** | | | |
| Indígena americano o Nativo de Alaska | | Del Oriente Medio o Del Norte de África | |
| Asiático o Asiático estadounidense | | Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico | |
| Negro o Afroamericano | | Blanco | |
| Raza, si no indicada: |  | | |
| **Vive:**  Solo  Con otras personas **¿Es usted un veterano de guerra?**  Sí  No | | | |
| **Número de personas que viven en su hogar** (incluido usted): | | |  |

**¿Sus ingresos son superiores o inferiores a la cifra establecida para el tamaño de su hogar?**

Superiores  Iguales/Inferiores

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tamaño del grupo familiar | Ingresos mensuales | Ingresos anuales: |
| 1 | $1,304 | $15,650 |
| 2 | $1,763 | $21,150 |
| 3 | $2,221 | $26,650 |
| 4 | $2,679 | $32,150 |
| Por cada persona adicional, agregue $5,500 a los ingresos anuales | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **Necesidades de Comunicación y Servicios:** |

**¿Desea conocer otros servicios?** Sí  No

**En caso afirmativo, ¿cómo podemos ponernos en contacto con usted?**

Correo electrónico  Correo postal  Teléfono

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Qué servicios le interesarían?** |  |
|  | |

|  |
| --- |
| **Información sobre la Persona que Recibe Cuidado:** |

*Por favor, proporcione la información de cada persona que recibe atención que esté bajo su cuidado.*

**Información sobre la persona que recibe cuidado:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | | **Apellido:** | | |  | |
| **Fecha de nacimiento:** | |  | | **Edad:** |  | |

**¿Vive con el cuidador?**  Sí  No (Si respondió "no", indique su domicilio)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Línea 1 para el domicilio: | | |  | | | | | | | |
| Línea 2 (n.º de apto./unidad/piso): | | | | |  | Ciudad: |  | | |
| C.P.: |  | Condado: | |  | | | | Estado: |  |

**Parentesco del cuidador con la persona que recibe cuidado:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Esposo | | Esposa | Pareja de hecho |
| Hijo/Yerno | | Hija/Nuera | Hermana |
| Hermano | | Abuelo/a | Padre/Madre |
| Otro familiar: |  | | |
| Otro no familiar: |  | | |

**Divulgaciones y Exenciones**

*Fui informado de las políticas relativas a los aportes voluntarios, los procedimientos para presentar quejas 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 ello.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma:** |  | **Fecha:** |  |

**Criterios de elegibilidad para los servicios para cuidadores**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuidador familiar de un adulto mayor** | **Persona que recibe la atención** |
| Un familiar u otra persona (p. ej. un amigo o vecino) adulto (de 18 años de edad o más) que es un proveedor informal (es decir, sin sueldo) de atención en el hogar o en la comunidad para la persona que recibe la atención | Una persona mayor (de 60 años o más) *o*  Una persona (menor de 60 años) con la enfermedad de Alzheimer o un trastorno relacionado con disfunción cerebral neurológica y orgánica |

|  |  |
| --- | --- |
| **Cuidador familiar mayor/Abuelo(a) de un niño** | **Persona que recibe la atención** |
| Un abuelo, abuelastro u otro familiar mayor del niño por consanguinidad, matrimonio o adopción, que tenga al menos 55 años de edad y que viva con el niño, y que un acuerdo legal o informal lo identifique como el cuidador principal | Un niño (menor de 18 años) *o*  Una persona (de 18 a 59 años) con una discapacidad |

***Para uso exclusivo de la oficina –***

*(Si lo completa un asesor o lo hace por teléfono, pídale que marque aquí y que firme a continuación* )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Llenado por:** |  | **Fecha:** |  |