**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:** |            |