

Formulario para los Servicios en el Hogar



¡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: _____

Comentarios sobre la ubicación (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 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 no indicada: _____

Vive: Solo Con otras personas

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	\$1,215.00	\$14,580.00
2	\$1,643.00	\$19,720.00
3	\$2,072.00	\$24,860.00
Por cada persona adicional, agregue \$5,140 a los ingresos anuales		

Necesidades de Comunicación y Servicios:

Seguro médico (marque todo lo que corresponda):

Medicare Medicare Advantage (Parte C) Medicaid Exención de Medicaid
 Ninguno Otro: _____

¿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? _____

Contacto de Emergencia:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Parentesco: _____

Evaluación de Nutrición:

Determine su salud nutricional. Si la afirmación es correcta para usted, marque la casilla de la columna "Sí" y sume los puntos de la columna "Puntuación de sí" a la puntuación total.

Preguntas para la puntuación del riesgo nutricional	Sí	No	Puntuación de sí
¿Tiene alguna enfermedad o condición que le haya hecho cambiar el tipo o la cantidad de alimentos que come?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿Come menos de 2 comidas al día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
¿Come pocas frutas, vegetales o productos lácteos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿Toma 3 o más medidas de cerveza, licor o vino casi todos los días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿Tiene problemas dentales o bucales que le ocasionan dificultades para comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿Algunas veces no tiene dinero suficiente para comprar la comida que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
¿Come a solas la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
¿Toma 3 o más medicamentos recetados o de venta libre diferentes por día?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Sin quererlo, ¿ha bajado o aumentado 10 libras en los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
¿En algunas ocasiones usted no puede físicamente comprar, cocinar o alimentarse por sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Puntuación del riesgo nutricional total	<i>Puntuación total de "sí":</i>		

Puntuación del riesgo nutricional total: 0-2 = Sin riesgo, 3-5 = Riesgo moderado,
6 o más = Riesgo alto

Si tiene un riesgo nutricional alto, ¡tome medidas! Hable con un profesional de la salud o servicios sociales cualificado sobre su salud nutricional. Proveedores: Si el cliente tiene un riesgo nutricional alto, hagan una anotación sobre el caso y la remisión correspondiente.

¿Tiene interés en recibir asesoramiento sobre nutrición? Sí No

Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Para cada actividad, por favor marque el nivel de asistencia necesaria para realizar la tarea.

Independiente: no necesita ayuda

Asistencia verbal: necesita dirección, monitoreo intermitente o recordatorio verbal

Alguna ayuda: necesita alguna ayuda, pero no requiere supervisión constante

Mucha ayuda: necesita ayuda y supervisión para la mayor parte de la actividad

Dependiente: totalmente dependiente de la ayuda, requiere supervisión constante

Actividades de la Vida Diaria (ADLs, por sus siglas en inglés)	Independiente	Asistencia verbal	Alguna ayuda	Mucha ayuda	Dependiente
Bañar o Ducharse	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir y bajar de la cama/sillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar/Moverse por la casa	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios sobre las ADLs: _____

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADLs, por sus siglas en inglés)	Independiente	Asistencia verbal	Alguna ayuda	Mucha ayuda	Dependiente
Preparar comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar dinero	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas domésticas ligeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas domésticas pesadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios sobre las IADLs: _____

¿Alguna persona lo está ayudando con las ADL o IADL? Sí No

Si respondió que sí, ¿quién lo está ayudando? _____

Elegibilidad para los Servicios en el Hogar:

¿El cliente puede realizar las tareas domésticas sin ayuda? Sí No

Comentario sobre la incapacidad del cliente para realizar las tareas domésticas: _____

¿El cliente requiere servicios de asistencia de salud en el hogar por prescripción médica? Sí No

¿El cliente tiene deterioro cognitivo? No Leve Moderado Grave

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:** _____

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:** _____

Elegibilidad para las comidas a domicilio - NSIP

- Persona mayor de 60 años
- Persona que declara ser el o la cónyuge de la persona mayor de 60 años
- Voluntario del programa de comidas
- Persona con discapacidades que vive con una persona mayor de 60 años y la persona mayor de 60 años recibe las comidas a domicilio
- Especificación de edad tribal

Elegibilidad para los servicios en el hogar (Centro de cuidado diurno para adultos, Asistencia de salud en el hogar, Trabajo doméstico, Atención personal)

- 2+ ADL (centro de cuidado diurno para adultos, asistencia de salud en el hogar, atención personal)
- 2+ IADL (solo trabajo doméstico)
- y/o Deterioro cognitivo (todo)
- y prescripción médica (solo asistencia de salud en el hogar)

Elegibilidad para las tareas:

- No puede realizar las tareas domésticas sin ayuda

Elegibilidad para los servicios de administración de casos:

- Persona mayor de 60 años

Formulario de Exención y Liberación del Programa de Cupones de Vintage

Yo, _____, verifico que he recibido la siguiente información para el Programa de Cupones Dirigidos por el Consumidor.

Yo entiendo que...

- Soy responsable de elegir mi(s) proveedor(es) para los servicios. Ni Vintage ni el Consejo de Gobiernos del Noroeste de Colorado son los empleadores para estos servicios.
- Vintage no es responsable de realizar una verificación de antecedentes penales de los proveedores de servicios.
- Soy responsable de identificar los servicios a ser realizados por mi(s) proveedor(es) de servicios.
- El reembolso se hará directamente a mi(s) proveedor(es) de servicios elegido(s).
- Para verificar que se recibió el servicio, mi(s) proveedor(es) o yo necesitaremos proporcionarle a Vintage una factura que incluya mi nombre, fecha del servicio, servicio prestado, nombre del proveedor e información de contacto.

El Solicitante reconoce y acepta que Vintage, el Consejo de Gobiernos del Noroeste de Colorado y todas las demás agencias que participan en este programa no brindan servicios directos o indirectos; y, el solicitante eximirá de responsabilidad e indemnizará a estas agencias por cualquier daño o responsabilidad en que incurra a raíz de este acuerdo. Completar esta solicitud no garantiza la entrega de servicios.

Firma del Participante del Programa

Fecha

NOTA: Este formulario debe estar firmado y archivado en Vintage antes de que Vintage pueda procesar el pago de cualquier cupón. Envíe este formulario completo a: **PO Box 2308 Silverthorne, CO 80498**

Información del Cliente y Preguntas Frecuentes

¡Nos alegramos de que nos haya encontrado! Por favor, guarde esta información como constancia.

Proveedor y Agencia de Área sobre el Envejecimiento:

Su Agencia de Área sobre el Envejecimiento local: Vintage – www.yourvintage.org

¿Qué es una Agencia de Área sobre el Envejecimiento?

¡Nos alegra que preguntara! La Agencia de Área sobre el Envejecimiento (AAA por sus siglas en inglés) es una agencia regional designada por el estado para administrar fondos federales, estatales y locales con el fin de atender las necesidades de los adultos mayores en la comunidad. La AAA ofrece programas y servicios a los adultos mayores y a los cuidadores directamente y mediante contratos con organismos que prestan servicios a la comunidad. La AAA también actúa como defensora de las personas mayores.

Información sobre el Servicio:

El servicio que solicita se financia con fondos de la Ley de Estadounidenses Mayores (OAA, por sus siglas en inglés) o la Ley de Adultos Mayores de Colorado (OCA, por sus siglas en inglés). Esta financiación federal y estatal ayuda a los adultos mayores, de 60 años o más, a permanecer en sus hogares y en las comunidades de su elección. Las solicitudes de servicios se procesan según lo permitan los fondos. Podemos remitirlo a otros recursos de su área, pero no nos pondremos en contacto con ellos sin su permiso.

¿Cuál es el propósito de este formulario?

Le pedimos que llene este formulario por varias razones:

- Para ayudarnos a conocerlo y poder ofrecerle los servicios que mejor se adapten a sus necesidades
- Para ayudarnos a entender las necesidades de los adultos mayores en nuestra comunidad
- Para ayudarnos a demostrar las necesidades de financiación de nuestros programas
- Para ayudarnos a cumplir los requisitos de información de quienes nos financian

Estos programas se financian con el dinero de los contribuyentes. Debemos demostrar que la financiación únicamente se destina a los usuarios que reúnen los requisitos y a los adultos mayores y cuidadores que tengan mayor necesidad de servicios. Esta documentación nos ayuda a cumplir con ese nivel de rendición de cuentas.

La información sobre los ingresos no se utiliza para determinar su elegibilidad para recibir servicios. La información sobre los ingresos y otros datos demográficos (por ejemplo, el género, la raza, el origen étnico) se juntan con fines de obtener información demográfica anónima. En los informes no se revela ningún dato personal suyo como su nombre o su fecha de nacimiento. Usted tiene derecho a negarse a facilitar cualquiera de los datos que se solicitan en el formulario.

¿Qué sucede con mi información?

Ingresamos su información en una base de datos estatal segura. A medida que usted recibe servicios, documentamos en la base de datos los servicios que recibió. Esto nos ayuda a demostrar cómo invertimos los fondos. La base de datos está protegida conforme a las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Tecnología de la Información Sanitaria para la Salud Económica y Clínica (HITECH, por sus siglas en inglés). Esto quiere decir que sus datos permanecen seguros y confidenciales.

¿Venderán mi información?

No. Nunca venderemos su información.

¿Cómo puedo dar mi opinión?

Nos encanta saber cómo podemos mejorar. Póngase en contacto con su proveedor de servicios o con la Agencia de Área sobre el Envejecimiento al **970-468-0295** o yourvintage@nwccog.org. Como valoramos su aporte, a veces podemos enviarle una encuesta para pedir su opinión.

¿Cómo puedo presentar una queja, un reclamo o una apelación?

Procedimiento de queja/reclamo/apelación:

Usted tiene derecho a presentar una queja o un reclamo ante la organización que le pide que llene este formulario. Si no le satisface la decisión de la organización, puede apelar la decisión a su Agencia de Área sobre el Envejecimiento (AAA) o a la Unidad Estatal sobre el Envejecimiento (SUA). Los procedimientos completos de queja/reclamo/apelación están disponibles, previa solicitud, poniéndose en contacto con su AAA local o la SUA como se indica a continuación:

<p>Vintage PO Box 2308 Silverthorne, CO 80498 970-468-0295 yourvintage@nwccog.org</p>	<p>Colorado Department of Human Services, State Unit on Aging 1575 Sherman Street, 10th Floor Denver, CO 80203 303.866.2800</p>
--	---

¿Puedo hacer una donación?

Aceptamos donaciones y obsequios para contribuir con el costo de los servicios y apoyar nuestros esfuerzos. Cada dólar que recibimos se destina a los programas y servicios. Las donaciones son voluntarias y no se exigen para recibir servicios.

Puede enviar sus donaciones a Northwest Colorado Council of Governments, PO Box 2308, Silverthorne CO 80498. **Escriba los cheques a nombre de NWCCOG.**

¿De qué otros recursos se dispone?

No dude en ponerse en contacto con su Agencia de Área sobre el Envejecimiento para obtener más información sobre los servicios disponibles en su región ¡Nos encanta ayudar!

Los servicios disponibles en su región incluyen: *Administración de casos, Vale de servicios en el hogar, Comidas a domicilio y en grupo, Asesoramiento de Medicare, Prevención de caídas, Recursos de información, Asistencia legal, Vale dental y de la vista, Asesoramiento sobre nutrición, Transporte, Servicios para cuidadores, Defensor para cuidados a largo plazo, Información sobre la prevención del abuso de ancianos.*

Información de AAA para servicios: www.yourvintage.org / 970-468-0295

También puede llamar al Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad de Colorado para obtener información sobre los recursos de su zona: 1-844-COL-ADRC / 1-844-265-2372

¿Cómo puedo ayudar?

No podríamos atender las necesidades de los adultos mayores de nuestras comunidades sin la increíble ayuda de los voluntarios y los miembros de nuestros Consejos Asesores Regionales. Póngase en contacto con su proveedor o con su AAA para saber cómo puede ayudar a hacer una diferencia en la vida de los adultos mayores de nuestra comunidad.