

**CONFIDENCIAL**

<b>BENEFICIARIO:</b>				<b>FECHA:</b>			
<b>INFORMACIÓN DEL RECEPTOR DE LA ATENCIÓN</b>							
<b>Apellido:</b>				<b>Nombre: (Sin apodos)</b>			
<b>Teléfono:</b>				<b>Fecha de nacimiento: (Obligatorio)</b>			
<b>Dirección:</b>				<b>Ciudad:</b>		<b># Postal</b>	
<b>Condado:</b>				<b>Rural: (91307, 93066, 93040)</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado	
<b>RAZA/ETNIA – MARCA TODO LO QUE APLICA (X):</b>							
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guames <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra raza/etnia <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado							
<b>ESTADO CIVIL:</b>		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Compañero de hogar <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado					
<b>ESTATUS DE VETERANO:</b> <input type="checkbox"/> <b>Consiento que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento de California transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos únicamente con el propósito de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos a los que pueda tener derecho. Entiendo que este consentimiento es válido durante 12 meses.</b> <b>Contacte con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad de servicios y apoyo en <a href="http://www.calvet.ca.gov">www.calvet.ca.gov</a> o al 1-800-952-5626.</b>				<input type="checkbox"/> ¿Has servido alguna vez en el ejército de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> ¿Eres cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que está sirviendo o ha servido en el ejército de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado		<b>Idioma preferido:</b>	
<b>Vive Solo:</b>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado		<b>Número de personas que viven en el hogar:</b>			
<b>INDICAR EL NIVEL DE INGRESOS DEL RECEPTOR (aproximado):</b>							
<b>Si eres soltero:</b> <input type="checkbox"/> Al nivel federal de pobreza o inferior (15.960 \$/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel federal de pobreza (15.961 \$/año o más) <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado				<b>Si eres casado:</b> <input type="checkbox"/> Al nivel federal de pobreza o por debajo (21.640 \$/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel federal de pobreza (21.641 dólares/año o más) <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado			

La Ley de Reducción de Disparidades Gay, Bisexual y Transgénero de 2016 (AB 959)	
El Estado de California exige que le hagamos algunas preguntas demográficas seguidas de tres preguntas bajo la nueva Ley AB 959 del Estado de California, la Ley de Reducción de Disparidades Gay, Bisexual y Transgénero del 2016. VCAA valora tu privacidad y tienes la opción de rechazar el estado.	
¿Cuál era el sexo del receptor al nacer?	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado
¿Cuál es el género del receptor?	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Trans-Hombre <input type="checkbox"/> Trans- Mujer <input type="checkbox"/> No Género binario/Genderqueer <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado <input type="checkbox"/> Otros; por favor especifique: _____
Cómo describirías tu orientación sexual o identidad sexual del receptor?	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana, atracción al mismo sexo <input type="checkbox"/> Cuestionándose/en duda <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado <input type="checkbox"/> No está en la lista, especifique: _____

ACTIVIDADES E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN CALIFORNIA (IADL)							
Por favor, marque (✓) una de las columnas de cada actividad							
Grado de asistencia necesario para realizar la tarea de: →		1 INDEPENDIENTE No necesita ayuda	2 SEÑAL VERBAL Necesita recordatorios verbales	3 ESPERA Necesita ayuda humana	4 PRÁCTICA Necesita mucha ayuda humana	5 DEPENDIENTE No puede realizar la tarea	Declinar a Declarar
A D L S	Comer	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	Moverse Dentro o Fuera de la Cama o Silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aseo Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I A D L S	Tareas Domésticas Ligeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compras o Tareas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Preparación de Comidas y Limpieza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso del Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Administración de Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONFIDENCIAL**

<b>Administración de Dinero</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tareas domésticas Pesadas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Deterioro Cognitivo del Receptor:</b>	<input type="checkbox"/> Ninguno o Desconocido <input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo					

**ALOJAMIENTO DEL RECEPTOR:**    Contigo (cuidador)    Solo en su casa/apartamento

Con cónyuge o pareja en una residencia de pensiones y cuidados, residencia grupal, residencia asistida o RCFE    Residencia de ancianos    Comunidad de jubilados    En casa de otro familiar/amigo

Otros    Declinar/no declarado

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR							
<b>Apellido:</b>				<b>Nombre: (Sin apodos)</b>			
<b>Teléfono:</b>			<b>Correo electrónico:</b>			<b>Fecha de nacimiento: (Obligatorio)</b>	
<b>Dirección:</b>				<b>Ciudad:</b>			<b># Postal</b>
<b>Condado:</b>				<b>Rural: (91307, 93066, 93040)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado		

**RAZA/ETNIA – MARCA TODO LO QUE APLICA (X):**

<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros asiáticos
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Hispano o latino	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otra raza/etnia
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guames	<input type="checkbox"/> Oriente Medio o Norte de África	<input type="checkbox"/> Blanco
		<input type="checkbox"/> Declinar/no declarado

<b>ESTADO CIVIL:</b>	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado
----------------------	--

<b>ESTATUS DE VETERANO:</b> <input type="checkbox"/> Consiento que esta agencia y el Departamento de Envejecimiento de California transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos únicamente con el propósito de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos a los que pueda tener derecho. Entiendo que este consentimiento es válido durante 12 meses. Contacte con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad de servicios y	<input type="checkbox"/> ¿Has servido alguna vez en el ejército de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> ¿Eres cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que está sirviendo o ha servido en el ejército de Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No	<b>Idioma preferido:</b>

**CONFIDENCIAL**

apoyo en <a href="http://www.calvet.ca.gov">www.calvet.ca.gov</a> o al 1-800-952-5626.		<input type="checkbox"/> Declinar/no declarado	
Vive Solo:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado <input type="checkbox"/>	# de Personas en el Hogar:	
<b>Nivel de ingresos del solicitante (aproximado):</b>			
<b>Si es Soltero:</b> <input type="checkbox"/> Al Nivel Federal de Pobreza o inferior ( <i>15.960 \$/año o menos</i> ) <input type="checkbox"/> Por encima del Nivel Federal de Pobreza ( <i>15.961 \$/año o más</i> ) <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado		<b>Si es Casado:</b> <input type="checkbox"/> Al Nivel Federal de Pobreza o por debajo ( <i>21.640 \$/año o menos</i> ) <input type="checkbox"/> Por encima del Nivel Federal de Pobreza ( <i>21.641 dólares/año o más</i> ) <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado	
<b>La Ley de Reducción de Disparidades Gay, Bisexual y Transgénero de 2016 (AB 959)</b>			
El Estado de California exige que le hagamos algunas preguntas demográficas seguidas de tres preguntas bajo la nueva Ley AB 959 del Estado de California, la Ley de Reducción de Disparidades Gay, Bisexual y Transgénero del 2016. VCAAA valora tu privacidad y tienes la opción de rechazar el estado.			
¿Cuál era tu sexo al nacer?		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado	
¿Cuál es tu género?		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> De mujer transgénero a hombre <input type="checkbox"/> De hombre transgénero a mujer <input type="checkbox"/> Genderqueer/Género no binario <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado <input type="checkbox"/> No listado, por favor especificar: _____	
¿Cómo describes tu orientación sexual o identidad sexual?		<input type="checkbox"/> Heterosexual/Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay/lesbiana/amante de personas del mismo sexo <input type="checkbox"/> Cuestionándose/en duda <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifica: _____	
<b>Relación con el Receptor:</b>			
<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Compañero del Hogar <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Nuera <input type="checkbox"/> Yerno <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> No familiar <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado			
Empleo del Cuidador:		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Declinar/no declarado <input type="checkbox"/> No empleado (desempleado) <input type="checkbox"/> Jubilado	
<b>Notas del caso (opcionales)</b>			
Revisado por:		Número de horas:	
Base de datos LiveWell/Número único del participante:			