



BENEFICIARIO:					FECHA:					
INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO										
APELLIDO:						NOMBRE: <i>(No apodos)</i>				
Teléfono:						Fecha de nacimiento: <i>(Requerido)</i>				
Dirección:										
Ciudad:			# Postal: <i>(Requerido)</i>		RURAL: <i>(91307, 93066, 93040)</i>		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
CONDADO – Sino Está En El Condado De Ventura Y En Ca										
ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Compañero de hogar <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar										
Raza - por favor, elija (X) uno:										
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino			<input type="checkbox"/> Guames <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Múltiples razas			<input type="checkbox"/> Otra Asiática <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> OTRA RAZA – incluye Hispanos /Latino <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se negó a declarar				
Origen Étnico:			<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino			Género:			<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero	
Veterano:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cliente Vive:			<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado	
Idioma Preferido:						Número De Personas Que Viven En El Hogar:				
INDICATE CARE RECEIVER'S INCOME LEVEL (approximate):							DETERIORO COGNITIVO:			
Familia de 2 personas: <input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal <i>(en o por debajo de \$16.240/año)</i> <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal <i>(o por encima de \$16.241 o más /año)</i> <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			Hogar de 1 persona: <input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal <i>(en o por debajo de \$12.060/año)</i> <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal <i>(o por encima de \$12.061 o más /año)</i> <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			<input type="checkbox"/> Ninguno o desconocido <input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo				
CALIFORNIA Actividades de la Vida Diaria (ADLs) & Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADLs)										
→ Por favor, elija (✓) una de las columnas para cada actividad ←										
TIPO DE ASISTENCIA NECESARIA PARA REALIZAR TAREA →		1 - INDEPENDIENTE <small>No necesita ayuda</small>	2- RECORDATORIO VERBAL <small>Necesita recordatorios verbales</small>	3 - A LA ESPERA <small>Necesita alguna ayuda</small>	4 - AYUDA <small>Necesita mucha ayuda</small>	5 - DEPENDIENTE <small>No puede realizar ninguna tarea</small>	Se negó a declarar			
A D L S	Comida									
	Vestimenta									
	Transferencia									
	Ducha									
	Ayuda para ir al baño									
	Arreglo personal - Opcional									
I A D L S	Ligeras tareas domésticas									
	Lavandería - Opcional									
	Compras									
	Preparación de Comida/limpieza									
	Transporte									
	Uso de teléfono									
	Manejo de medicamentos									
	Administración de dinero									
	Subir escalera - Opcional									
	Tareas domésticas pesadas									

**ARREGLOS DE VIVIENDA DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO:**

- Contigo (proveedor de cuidado) Solo en su casa/apartamento Con cónyuge o pareja Hogar para ancianos
 Comunidad de Jubilados En casa de otro miembro de familia/amigo Otro
 hospedaje y cuidado (pensión), centro de asistencia, centro de enfermería especializada Desconocido

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO

APELLIDO:		NOMBRE: <i>(No apodos)</i>	
Teléfono:		Fecha de nacimiento: <i>(Requerido)</i>	
Dirección:			
Ciudad:		# Postal: <i>(Requerido)</i>	
CONDADO – Sino Está En El Condado De Ventura Y En Ca			
ESTADO CIVIL:	<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Compañero de hogar <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		
Raza - por favor, elija (X) uno:			
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Guames <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Múltiples razas	<input type="checkbox"/> Otra Asiática <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> OTRA RAZA – incluye Hispanos /Latino <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se negó a declarar	
Origen Étnico:	<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	Género:	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero
Veterano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cliente Vive:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado
Idioma Preferido:		Número De Personas Que Viven En El Hogar:	
INDICATE CARE RECEIVER'S INCOME LEVEL (approximate):			EMAIL DEL PROVEEDOR DE CUIDADO:
Familia de 2 personas: <input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal <i>(en o por debajo de \$16.240/año)</i> <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal <i>(o por encima de \$16.241 o más /año)</i> <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		Hogar de 1 persona: <input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal <i>(en o por debajo de \$12.060/año)</i> <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal <i>(o por encima de \$12.061 o más /año)</i> <input type="checkbox"/> Se negó a declarar	
RELACIÓN CON LA PERSONA QUE RECIBE AYUDA:	<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Nuera <input type="checkbox"/> Yerno <input type="checkbox"/> Compañero de hogar <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> buelo <input type="checkbox"/> No pariente <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		
EMPLEO DEL PROVEEDOR DE CUIDADO:	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO: 35 o más horas por semana <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL: menos de 35 horas por semana <input type="checkbox"/> Permiso para ausentarse <input type="checkbox"/> No Empleado (desempleado) <input type="checkbox"/> Jubilado		
NOTAS (OPCIONAL):			