

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:
Condado:		Rural: (91307, 93066, 93040)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece
RAZA – Por favor, elija (X) uno:			Origen Étnico:
<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"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza	<input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No aparece <input type="checkbox"/> Se negó a declarar
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 <input type="checkbox"/> No aparece			
VETERAN STATUS:		Idioma preferido:	
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para 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 solo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses.		<input type="checkbox"/> ¿Ha servido alguna vez en el ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> ¿Es usted cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que presta o ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece	
Cliente Vive:		Número de personas que viven en el hogar:	
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece			
Indicar nivel de ingresos del Receptor de Cuidados (aproximado):			
Familia de 2 personas:		Hogar de 1 persona:	
<input type="checkbox"/> Por debajo del nivel de pobreza Federal (\$19,720/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$19,721/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		<input type="checkbox"/> Por debajo del nivel de pobreza Federal (\$14,580/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$14,581/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar	
The Gay Bisexual and Transgender Disparities Reduction Act of 2016 (AB 959)			
El Estado de California requiere que le hagamos algunas preguntas demográficas seguidas de tres preguntas bajo la Ley de Reducción de Disparidades Gays, Bisexuales y Transgénero de 2016 (AB 959). VCAA valorará su privacidad y usted tiene la opción de declinar declarar.			
¿Cuál fue el sexo al nacer del Receptor de Cuidados?		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece	
¿Cuál es género del Receptor de Cuidados?		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Queer o de género no binario <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece <input type="checkbox"/> No aparece, especifique: _____	
¿Cómo describiría orientación sexual o identidad sexual del Receptor de Cuidados?		<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionándose/en duda <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana/persona que siente atracción hacia una persona del mismo sexo <input type="checkbox"/> No aparece, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No aparece	
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 No necesita ayuda	2 RECORDATORIO VERBAL Necesita recordatorios verbales	3 A LA ESPERA Necesita alguna ayuda	4 AYUDA Necesita mucha ayuda	5 DEPENDIENTE No puede realizar ninguna tarea	Se negó a declarar
A D L S	Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vestimenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transferencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ayuda para ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I A D L S	Arreglo personal - <i>Opcional</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ligeras tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lavandería - <i>Opcional</i>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
	Preparación de Comida/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"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso de teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manejo de medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Administración de dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Subir escalera - <i>Opcional</i>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	

Deterioro Cognitivo del Receptor de Cuidados: Ninguno o desconocido Suave Moderado Severo

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: (No Apodos)	
Teléfono:	Email:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:		# Postal:	
Condado:	Rural: (91307, 93066, 93040)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece	
RAZA – Por favor, elija (X) uno:				Origen Étnico:
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Laos <input type="checkbox"/> Samoa <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> Guames <input type="checkbox"/> Múltiples razas <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otro Asiático <input type="checkbox"/> No aparece <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> Otra Raza				<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece
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 <input type="checkbox"/> No aparece			
VETERAN STATUS:	<input type="checkbox"/> ¿Ha servido alguna vez en el ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> ¿Es usted cónyuge, pareja legal, padre o hijo de una persona que presta o ha prestado servicio en las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece		Idioma preferido:	
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para 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 solo con el fin de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses.				

Cliente Vive:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece	Número de personas que viven en el hogar:	
Indicar nivel de ingresos del Receptor de Cuidados (aproximado):			
Familia de 2 personas:		Hogar de 1 persona:	
<input type="checkbox"/> Por debajo del nivel de pobreza Federal (\$19,720/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$19,721/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		<input type="checkbox"/> Por debajo del nivel de pobreza Federal (\$14,580/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$14,581/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar	
The Gay Bisexual and Transgender Disparities Reduction Act of 2016 (AB 959)			
El Estado de California requiere que le hagamos algunas preguntas demográficas seguidas de tres preguntas bajo la Ley de Reducción de Disparidades Gays, Bisexuales y Transgénero de 2016 (AB 959). VCAA valorará su privacidad y usted tiene la opción de declinar declarar.			
¿Cuál era su sexo al nacer? (Marque solo una opción)		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece	
¿Cuál es su género?	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Queer o de género no binario <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece <input type="checkbox"/> No aparece, especifique: _____		
¿Cómo describiría su orientación sexual o identidad sexual?	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Cuestionándose/en duda <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana/persona que siente atracción hacia una persona del mismo sexo <input type="checkbox"/> No aparece, especifique: _____ <input type="checkbox"/> No aparece		
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"/> Abuelo <input type="checkbox"/> No pariente <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece		
Empleo Del Proveedor De Cuidado:	<input type="checkbox"/> TIEMPO COMPLETO: 35 o más horas por semana <input type="checkbox"/> Permiso para ausentarse <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> TIEMPO PARCIAL: menos de 35 horas por semana <input type="checkbox"/> No Empleado (desempleado) <input type="checkbox"/> No aparece		
Notas (Opcional):			
Revisado por:		Número de horas:	
Client Q Database/Unique Participant ID Number:			