



Formulario de Admisión de Cliente Registrado
TÍTULO III RECEPTOR-PROVEEDOR DE CUIDADOS FAMILIAR - Año Fiscal 2024-25

CONFIDENCIAL

CONTRATISTA:				FECHA:	
INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO					
Apellido:				Nombre: (No Apodos)	
Teléfono:				Fecha de nacimiento: (Requerido)	
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 está en la lista
RAZA – Por favor, elija (X) uno:					Origen Étnico:
<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"/> Guameña <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano		<input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Raza múltiple <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra Raza	
				<input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista	
				<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista	
ESTADO CIVIL:		<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"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista			
ESTADO DE VETERANO:		<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Adultos Mayores de California transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el propósito de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses. Comuníquese con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos al www.calvet.ca.gov o al 1-800-952-5626.		<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 está en la lista	
				Idioma preferido:	
Cliente Vive:		<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista		Número de personas que viven en el hogar:	
INDIQUE EL NIVEL DE INGRESOS DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO (aproximado):					
SI ES SOLTERO:			SI ESTÁ CASADO:		
<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$20,440/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$20,441/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$15,060/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$15,061/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		
La Ley de Reducción de las Disparidades entre Homosexuales, Bisexuales y Transgénero de 2016 (AB 959)					
El estado de California requiere 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 de 2016. VCAA valorará su privacidad y usted tiene la opción de negarse a declarar.					
¿Cuál era el sexo al nacer de la persona que recibe cuidado?		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista			
¿Cuál es el género de la persona que recibe cuidado?		<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Genderqueer/Género no binario <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No aparece en la lista, especifique: _____			

rev062024ac



Formulario de Admisión de Cliente Registrado
TÍTULO III RECEPTOR-PROVEEDOR DE CUIDADOS FAMILIAR - Año Fiscal 2024-25

CONFIDENCIAL

¿Cómo describiría la orientación o identidad sexual de la persona que recibe cuidado?	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana, atracción al mismo sexo <input type="checkbox"/> Preguntando/Inseguro <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: _____
--	---

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADLS) Y ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (IADLS) DE CALIFORNIA Por favor, marque (✓) una de las columnas de cada actividad						
Nivel de asistencia necesario que necesita la persona que recibe cuidado para realizar la tarea de:→	1 INDEPENDIENTE <i>No necesita ayuda</i>	2 SEÑAL VERBAL <i>Necesita recordatorios verbales</i>	3 ESPERA <i>Necesita algo de ayuda humana</i>	4 AYUDA FISICA <i>Necesita mucha ayuda humana</i>	5 DEPENDIENTE <i>no puede realizar tarea</i>	Se negó a declarar
A D L S	Comer	<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"/>
	Moverse dentro o fuera de la cama o la silla	<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"/>
	Aseo personal	<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"/>
A I D L S	Tareas domésticas ligeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compras o recados	<input type="checkbox"/>	<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"/>
	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"/>
	Administración de dinero	<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"/>	
Deterioro cognitivo de la persona que recibe el cuidado:	<input type="checkbox"/> Ninguno o desconocido <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Muy fuerte					

ARREGLO DE VIVIENDA DE LA PERSONA QUE RECIBE EL CUIDADO: Contigo (proveedor de cuidados) Solo en su casa/apartamento Con cónyuge o pareja En un hogar de pensión y cuidado, hogar grupal, centro de vida asistida Asilo Comunidad de jubilados En casa de otro miembro de la familia/amigo Otro Desconocido

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS						
Apellido:			Nombre: <i>(No Apodos)</i>			
Teléfono:		Correo electrónico:		Fecha de nacimiento: (Requerido)		
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 está en la lista		
RAZA – Por favor, elija (X) uno:						Origen Étnico:
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guameña		<input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Raza múltiple		<input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Hispano/Latino

rev062024ac

Agencia de Servicios Humanos del Condado de Ventura, Agencia sobre el Envejecimiento del Área del Condado de Ventura



Formulario de Admisión de Cliente Registrado
TÍTULO III RECEPTOR-PROVEEDOR DE CUIDADOS FAMILIAR - Año Fiscal 2024-25

CONFIDENCIAL

<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Indio Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otros asiáticos	<input type="checkbox"/> Se negó a declarar	<input type="checkbox"/> Se negó a declarar
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> No está en la lista	<input type="checkbox"/> No está en la lista
<input type="checkbox"/> Chino		<input type="checkbox"/> Otra Raza		

ESTADO CIVIL:	<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"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista
----------------------	--

ESTADO DE VETERANO: <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para que esta agencia y el Departamento de Adultos Mayores de California transmitan mi nombre, dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil al Departamento de Asuntos de Veteranos solo con el propósito de recibir información adicional sobre los beneficios para veteranos para los que puedo ser elegible. Entiendo que este consentimiento es válido por 12 meses. Comuníquese con el Departamento de Asuntos de Veteranos de California (CalVet) para determinar la elegibilidad para servicios y apoyos al www.calvet.ca.gov o al 1-800-952-5626.	<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 está en la lista	Idioma preferido:
---	--	--------------------------

Cliente Vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista	Número de personas que viven en el hogar:
--	--

Nivel de ingresos del solicitante (aproximado):	
SI ES SOLTERO: <input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$20,440/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$20,441/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar	SI ESTÁ CASADO: <input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$15,060/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$15,061/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar

La Ley de Reducción de las Disparidades entre Homosexuales, Bisexuales y Transgénero de 2016 (AB 959)

El estado de California requiere 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 de 2016. VCAA valorará su privacidad y usted tiene la opción de negarse a declarar.

¿Cuál era tu sexo al nacer?	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No está en la lista
------------------------------------	--

¿Cuál es tu género?	<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Transgénero de mujer a hombre <input type="checkbox"/> Transgénero de hombre a mujer <input type="checkbox"/> Genderqueer/Género no binario <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> Desaparecido <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: _____
----------------------------	--

¿Cómo describirías tu orientación o identidad sexual?	<input type="checkbox"/> Heterosexual <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Gay/Lesbiana/atracción al mismo sexo <input type="checkbox"/> Preguntando/Inseguro <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> No listado, por favor especifique: _____
--	--

Relación con la persona que recibe el cuidado:

<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 está en la lista



Formulario de Admisión de Cliente Registrado
TÍTULO III RECEPTOR-PROVEEDOR DE CUIDADOS FAMILIAR - Año Fiscal 2024-25

CONFIDENCIAL

Empleo del proveedor de cuidados:	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Se negó a declarar
	<input type="checkbox"/> No empleado (desempleado)	<input type="checkbox"/> Jubilado	
Notas del caso (opcional):			
Revisado por:		Número de horas:	
Base de datos del cliente Q/Número de identificación único del participante:			