|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * COMPLETE LAS SECCIONES I, II y VII SOLO para los códigos **(180)-**Nutrición congregada, **(181)**-Nutrición congregada-NSIP y **(182)**-Comidas suplementales de nutrición congregada. | | | | | | | | | | | |
| * COMPLETE LAS SECCIONES I y VII SOLO para los códigos **(250)**-Transporte, **(033)**-Transporte (médico) y (252) Transporte-Programa piloto de pase de autobús. | | | | | | | | | | | |
| * COMPLETE LAS SECCIONES I, VI y VII para el programa de Apoyo al Cuidador Familiar/proyecto CARE **(todos los códigos FCSP de las series 820, 830, 840, 850, EXCEPTO los códigos 821, 822, 831, 841, 851, 861.** Para el beneficiario de cuidados, complete LAS SECCIONES III, IV y V**.** | | | | | | | | | | | |
| * COMPLETE LAS SECCIONES I, IV y VII para los códigos **235, 236, 237, 238**-Relevo de ayuda en el hogar, **309**-Relevo grupal, **210**-Relevo institucional. Ponga los datos del beneficiario de cuidados, no del cuidador. Si corresponde, complete las secciones V y VI. | | | | | | | | | | | |
| * COMPLETE LAS SECCIONES I, II, IV, VII para los códigos **020**- Comidas a domicilio, **021**- Comidas a domicilio-NSIP, **022**- Comidas a domicilio suplementarias y **610**- Gestión de la atención. Si corresponde, complete las secciones V y VI. | | | | | | | | | | | |
| * COMPLETE LAS SECCIONES I, IV y VII para todos los demás servicios de HCCBG. Si corresponde, complete las secciones V y VI. | | | | | | | | | | | |
| **Códigos de servicio:** | | | **Código de región:** | | | | | | | | **Código del proveedor:** |
| ***ESTATUS DEL CLIENTE: Marque la casilla o casillas apropiadas y ponga la fecha.*** | | | | | | | | | | | |
| **Nuevo registro** | | | | | | | | FECHA: | | | |
| **Activación** | | | | | | | | FECHA: | | | |
| **Esperando servicio** *[Complete SOLO la sección I]* | | | | | | | | FECHA:  *(ponga 3 códigos de servicio):* | | | |
| **Cambio de información** | | | | | | | | FECHA:  (complete la sección I cuando se necesite un cambio para cualquier información del cliente) | | | |
| **Inactivo** – FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(marque la casilla a continuación) (marque inactivo solo si deja ARMS permanentemente) Si el cliente es un cuidador que recibe servicios de FCSP/proyecto CARE y el motivo de inactividad del cliente se relaciona más con el estado del beneficiario de cuidados, marque la casilla Beneficiario de cuidados*  El motivo por el que el cliente está inactivo se aplica a: ☐ Cliente/cuidador ☐ Beneficiario de cuidados | | | | | | | | | | | |
| Se trasladó a una vivienda con asistencia para adultos mayores  Arreglo de vivienda alternativo  Muerte  Hospitalización (no se espera que regrese)  Colocación en hogar de ancianos | | | | | | | | Se mudó fuera del área de servicio  Función mejorada/necesidad eliminada  Servicio no necesario/no deseado  Enfermedad (no se espera que regrese)  Otro (especificar): | | | |
| **SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL CLIENTE/CUIDADOR (Requerido para *TODOS* clientes/para FCSP el cuidador es el cliente).** | | | | | | | | | | | |
| **Nombre legal:** Apellido | | | | | | Nombre | | | | Inicial del segundo nombre | |
| Sufijo | | **Últimos 4 dígitos del SSN:** | | | | | | | | **Teléfono:**  ☐ Sin teléfono | |
| **Dirección:**  **Condado:** | | | | | **Correo electrónico:** | | | | | **FECHA DE NACIMIENTO:**  *Marque si cumple con requisitos especiales* | |
| **Ciudad:** | | | | **Estado:** | | | | | | **Código postal:** | |
| **Género:**  *(Marque una opción)*  Femenino  Masculino | **¿En/por debajo del nivel de pobreza?**  *(Marque una opción)*  Sí  No | **Estado Civil** *(marque uno)*  Soltero  Divorciado  Casado  Viudo  Separado  En unión libre  Se niega a contestar  Desconocido | | | | | | | **Estatus del hogar** *(marque uno)*  Vive solo  Vive con otros  Desconocido  Se niega a contestar  Vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) *[La asistencia legal es el único servicio por cobrar ya que “Vive en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)”]* | | |
| **Raza** (Marque todas las que correspondan)  Negro o afroamericano  Caucásico (blanco)  Asiático o asiático-americano  Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico  Indígena estadounidense o nativo de Alaska  Se niega a contestar/se desconoce/no se reportó | | | | | | | **Origen étnico (¿Es de origen hispano o latino?)**  Hispano o latino  No hispano ni latino  Se niega a contestar/se desconoce/no se reportó | | | | |
| **Idioma principal hablado:** Inglés Español  Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [*ver idiomas en el manual del formulario de registro del cliente (CRF, por sus siglas en inglés)]* | | | | |
| **Nombre del contacto de emergencia:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Se negó a proporcionar  Teléfono celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono al que podemos contactarle durante el día: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **Estado funcional general del cuidador:**  Bueno  En riesgo  Riesgo alto  ***(Cuando EL CUIDADOR ESTÉ REGISTRADO COMO CLIENTE, utilice esta sección para incluir el estado funcional reportado por el mismo CUIDADOR y complete la sección IV para el beneficiario de cuidados). Si se requiere la SECCIÓN IV, OMITA ESTA PREGUNTA. ARMS calculará automáticamente el estado funcional general del cuidador cuando se llene la SECCIÓN IV.*** | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECCIÓN II: Requerido *SOLO* para clientes de nutrición congregada de HCCBG, entrega de comidas a domicilio, comidas suplementales de nutrición congregada, suplemento de entrega de comidas a domicilio, NSIP (solo comidas) y servicios de gestión de la atención.** | | |
| **Puntuación de salud nutricional** | | |
| **Fecha de evaluación:** | **Respuesta** | **Se niega a contestar** |
| 1. ¿Tiene una enfermedad o afección que le hizo cambiar el tipo y/o la cantidad de alimentos que come? | Sí  No |  |
| 1. ¿Cuántas comidas come al día? |  |  |
| 1. ¿Cuántas porciones de fruta come al día? |  |  |
| 1. ¿Cuántas porciones de verdura come al día? |  |  |
| 1. ¿Cuántas porciones de leche/productos lácteos consume por día? |  |  |
| 1. ¿Cuántas bebidas de cerveza, licor o vino toma todos los días o casi todos los días? |  |  |
| 1. ¿Tiene problemas dentales/bucales que le dificultan comer? | Sí  No |  |
| 1. ¿Tiene siempre suficiente dinero o cupones de alimentos para comprar los alimentos que necesita? | Sí  No |  |
| 1. ¿Cuántas comidas come solo al día? |  |  |
| 1. ¿Cuántos medicamentos recetados toma al día? |  |  |
| 1. ¿Cuántos medicamentos de venta libre toma al día? |  |  |
| 1. ¿Ha perdido 10 o más libras en los últimos 6 meses sin intentarlo? | Sí  No |  |
| 1. ¿Ha aumentado 10 o más libras en los últimos 6 meses sin intentarlo? | Sí  No |  |
| 1. ¿Es usted físicamente capaz de comprar por sí mismo? | Sí  No |  |
| 1. ¿Es físicamente capaz de cocinar para usted mismo? | Sí  No |  |
| 1. ¿Es físicamente capaz de alimentarse? | Sí  No |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN III: Datos del beneficiario de cuidados (no del cuidador) para servicios del programa de Apoyo al Cuidador Familiar/proyecto CARE.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **BENEFICIARIO DE CUIDADOS número 1 (adulto/niño) (Para beneficiarios de cuidados adicionales, adjunte un DAAS-101 adicional, secciones III, IV y V.)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre:** Apellido | | | | Nombre | | | | | Inicial del segundo nombre | | | | | |
| Sufijo | | | | **Últimos 4 dígitos del SSN/ceros:** | | | | | **Teléfono:**  ☐ Sin teléfono | | | | | |
| **Dirección:** | | | | **Fecha de nacimiento:** | | | | | **Género:**  Masculino  Femenino | | | | | |
| **Ciudad:** | | | | **Estado:** | | | | | **Código postal:** | | | | | |
| ¿El beneficiario de cuidados es una persona con discapacidad(es) grave(s)? Sí  No | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿El beneficiario de cuidados vive en el mismo hogar que el cuidador?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | |
| **Estado civil:**  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  En unión libre  Se niega a contestar  Viudo ☐ Desconocido | | | | | | | | | | | | | | |
| **SECCIÓN IV: Datos del cliente/beneficiario de cuidados (no del cuidador). No requerido para niños menores de 18 años que reciben cuidado por FCSP.** | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿La vida diaria del cliente/beneficiario de cuidados se ve afectada significativamente debido a la pérdida de memoria o un deterioro cognitivo?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Ha un médico o profesional de la salud diagnosticado a un beneficiario de cuidados con la enfermedad de Alzheimer o una demencia relacionada?  Sí  No | | | | | | | | | | | | | | |
| **IADLS** *(¿Puede el cliente o beneficiario de cuidados hacer lo siguiente sin ayuda? Seleccione Sí/No)* | | | | | | | **ADLS** *(¿Puede el cliente o beneficiario de cuidados hacer lo siguiente sin ayuda? Seleccione Sí/No)* | | | | | | | |
|  | | Sí | No |  | Sí | No |  | | | Sí | No |  | Sí | No |
| Preparar alimentos | |  |  | Usar el teléfono |  |  | Alimentarse | | |  |  | Usar el inodoro |  |  |
| Hacer las compras | |  |  | Cuidar del hogar |  |  | Vestirse | | |  |  | Transferirse |  |  |
| Manejar sus medicamentos | |  |  | Lavar su ropa |  |  | Bañarse | | |  |  | Contenerse |  |  |
| Administrar sus finanzas | |  |  | Usar el transporte |  |  | **PUNTUACIÓN TOTAL ADL:** | | | | | | | |
| **PUNTUACIÓN TOTAL IADL:** | | | | | | |
| **Cuidadores no remunerados (incluido el cuidador principal)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***[SOLO RESPONDA para los servicios de relevo, FCSP y del proyecto CARE. De lo contrario, escriba "0" en ARMS y pase a la Sección VII en el DAAS-101].*** | | | | | | | | | | | | | | |
| ***SECCIÓN V: Complete para el relevo de HCCBG, FCSP y del proyecto CARE si respondió 1 o más en la pregunta anterior: "Cuidador no remunerado".*** | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuántas horas de atención necesita el beneficiario de cuidados? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Por día  Por semana | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuántas horas suele dedicar el cuidador a la atención del beneficiario de cuidados? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Por día  Por semana | | | | | | | | | | | | | | |
| **Relación del cuidador principal con el beneficiario de cuidados:** *(marque SOLO uno)* | | | | | | | | | | | | | | |
| Esposa  Esposo  Padre/madre | Hermana  Hermano  Abuelo/a | | | No es pariente  Otro pariente  Hijo/yerno  Hija/nuera | | | | Pareja, incluida la unión libre  Adulto mayor que no es su pariente (FCSP)  Adulto mayor que es otro pariente (FCSP) | | | | | | |
| ¿El cuidador principal es un cuidador de larga distancia? Sí  No [**Si respondió sí, responda las siguientes preguntas mencionando el condado en Carolina del Norte o el estado en el que se encuentra]** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Cuidador a distancia** (mencione el condado de Carolina del Norte) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Fuera del estado** (mencione el estado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SECCIÓN VI: Complete para *TODOS LOS* cuidadores.** | | | | | | | | |
| **En general, diría que la salud del cuidador es:** | | Excelente  (5) | | Muy buena  (4) | | Buena  (3) | Regular  (2) | Mala  (1) |
| **¿Qué tan estresante es para usted brindar cuidados?** | Extremadamente  (5) | | Mucho  (4) | | Moderadamente  (3) | | Ligeramente  (2) | Para nada (1) |
| **Estado de empleo del cuidador principal:**  Tiempo completo  Tiempo parcial  Tuvo que renunciar debido a la necesidad de brindar cuidados  No está/no estaba trabajando  Se jubiló anticipadamente debido a la necesidad de brindar cuidados  Jubilado  Se niega a contestar  Perdió el trabajo/fue despedido debido a la necesidad de brindar cuidados  Otro (especifica) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **SECCIÓN VII: Obligatorio para *TODOS LOS* clientes** | | | | | | | | |
| Yo, el cliente, entiendo que la información contenida en este formulario se mantendrá confidencial a menos que la divulgación sea requerida por orden judicial o para informes y monitoreo de programas federales, estatales o locales autorizados. Entiendo que cualquier derecho que pueda tener a los beneficios del Seguro Social u otros beneficios patrocinados por el gobierno federal o estatal no se verá afectado por la provisión de la información antes mencionada. Mi firma autoriza a la agencia proveedora a comenzar el(los) servicio(s) solicitado(s). | | | | | | | | |
| **FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FIRMA DEL CLIENTE/CUIDADOR:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FECHA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **FIRMA DEL EMPLEADO DE LA AGENCIA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **Solo para uso del proveedor: Ponga sus iniciales a continuación, después de haber reevaluado:**  Actualización del registro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales del personal:  Actualización del registro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales del personal:  Actualización del registro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales del personal: | | | | | | | | |
| **NOTAS / COMENTARIOS:** | | | | | | | | |