Formulario de Referencia de Solicitud de Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

I. INFORMACIÓN DEL CONTACTO

1. ¿Está hacienda esta referencia para usted mismo? ☐ Sí (Proceda al #3) ☐ No (Proceda to #2)

2. Si respondió no, ¿previamente, cual es su relación con el solocitante?

☐ Padre ☐ Hijo Adulto ☐ Hija Adulta ☐ Amigo

☐ Planificador de Alta Hospitalaria ☐ Otro, por explique:

Su Nombre: Número de Teléfono:

3. Nombre del Solicitante:		**4.** Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
5. Número de Seguro Social:	**6.** Fecha de Nacimiento:	**7.** Lenguage/Etnicidad:
8. Domicilio:		
9. Correo Electrónico:		**10.** Número de Teléfono:

11. ¿Está relacionado con un empleado del condado de Napa ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿quién es ya la relación?

12. ¿A quién debemos contactar para obtener información adicional?

☐ Solicitante ☐ Otro, indique el nombre y el número de teléfono:

II. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

13. ¿Vive el solicitante solo? ☐ Sí ☐ No (List household members below)

Nombre:	Relación con el Solicitante:	Fecha de Nacimiento:

III. DIAGNÓSTICO/PROBLEMAS DE SALUD:

14. ¿Cuál es su condición (es) incapacitant (incluyendo enfermedades mentales)?

15. ¿Se espera que su condición de discapacidad sea de 12 mese o más? ☐ Sí ☐ No

16. ¿Ha tenido caídas en el ultimo año? ☐ Sí ☐ No

Si contest sí, ¿dónde y cómo; result en una lesion?

17. ¿Ha estado en la sala de emergencias o ha sido hospitalizado/a el año pasado ☐ Sí ☐ No

Si respondio sí, ¿qué sucedió y por cuánto tiempo estuvo hospitalizado?

IV. EN RIESGO DE UNA COLOCACIÓN FUERA DEL HOGAR:

18. ¿Necesitas ayuda todos los días? ☐ Sí ☐ No - Si no, ¿cuántos días por semana?

19. ¿Alguien le está ayundando? ☐ Sí ☐ No – Si es así, quien?

20. ¿Qué tipo de asistencia necesita?

☐ Limpieza de la Casa ☐ Preparar Alimentos/Limpiar Despúes de Alimentos ☐ Comprar de Alimentos

☐ Baños/Aseo Personal ☐ Asistencia Para Caminar/Translados ☐ Manejo de Medicamentos

☐ Acompañamiento de Citas Médicas ☐ Otros, por favor de explicar:

21. ¿Tiene Medi-Cal? ☐ Sí ☐ No – Si no, deberá aplicar.

22. ¿Tiene Ud. problemas visuales? ☐ Ciego ☐ Discapacidades Visuales ☐ N/A

23. ¿Si Ud. es ciego o tiene discapacidades visuales, desearía asistencia? ☐ N/A ☐ No

☐ Letra Tamaño 18 ☐ CD de Audio ☐ CD de Datos ☐ Apoyo del Condado