

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

I. INFORMACIÓN DEL CONTACTO			
1. ¿Está haciendo 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. Language/Etnicidad:		8. Estado Civil:	
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

FOR COUNTY USE ONLY

Referral Complete: Yes No

Follow-Up Required: Yes No

Follow-Up Completed On:

Previously Received IHSS: Yes No

SW, County & Date:

Any other services:

M on W

MSSP

Adult Day Service

Regional Center

Home Health

Hospice

Other:

End of Life: Yes No

Minors Only

2Parent Household: Yes No

Employment Status:

Confirmation/Case Number:

Assigned To:

Date Assigned: