



<b>BENEFICIARIO:</b>			<b>FECHA:</b>				
<b>INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE RECIBE CUIDADO</b>							
<b>Apellido:</b>		<b>Nombre: (No Apodos)</b>					
<b>Teléfono:</b>		<b>Fecha de nacimiento: (Requerido)</b>					
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>		<b># Postal:</b>			
<b>Condado:</b>		<b>Rural:</b> (91307, 93066, 93040)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
<b>RAZA – Por favor, elija (X) uno:</b>					<b>Origen Étnico:</b>		
<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"/> Otra Asiática <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Otra Raza					<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		
<b>Estado Civil:</b> <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							
<b>Veterano:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<b>Idioma preferido:</b>				
<b>Cliente Vive:</b> <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			<b>Número de personas que viven en el hogar:</b>				
<b>Indicar nivel de ingresos del Receptor de Cuidados (aproximado):</b>							
<b>Familia de 2 personas:</b> <input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$16,460/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$16,461/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			<b>Hogar de 1 persona:</b> <input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$12,140/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$12,141/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar				
<b>The Gay Bisexual and Transgender Disparities Reduction Act of 2016 (AB 959)</b>							
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). VCAAA valora su privacidad y usted tiene la opción de declinar declarar.							
<b>¿Cuál fue el sexo al nacer del Receptor de Cuidados?</b>			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se negó a declarar				
<b>¿Cuál es género del Receptor de Cuidados?</b>		<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, especifique: _____					
<b>¿Cómo describiría orientación sexual o identidad sexual del Receptor de Cuidados?</b>		<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: _____					
<b>CALIFORNIA Actividades de la Vida Diaria (ADLs) &amp; Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADLs)</b>							
<b>Por favor, elija (✓) una de las columnas para cada actividad</b>							
<b>TIPO DE ASISTENCIA NECESARIA PARA REALIZAR TAREA →</b>		<b>1</b> INDEPENDIENTE No necesita ayuda	<b>2</b> RECORDATORIO VERBAL Necesita recordatorios verbales	<b>3</b> A LA ESPERA Necesita alguna ayuda	<b>4</b> AYUDA Necesita mucha ayuda	<b>5</b> DEPENDIENTE No puede realizar ninguna tarea	<b>Se negó a declarar</b>
<b>A</b> <b>D</b> <b>L</b> <b>S</b>	<b>Comida</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Vestimenta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Transferencia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Ducha</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Ayuda para ir al baño</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I</b> <b>A</b> <b>D</b> <b>L</b> <b>S</b>	<b>Arreglo personal - Opcional</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Ligeras tareas domésticas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Lavandería - Opcional</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Compras</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Preparación de Comida/limpieza</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Transporte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Uso de teléfono</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Manejo de medicamentos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Administración de dinero</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Subir escalera - Opcional</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tareas domésticas pesadas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Deterioro Cognitivo del Receptor de Cuidados:</b>		<input type="checkbox"/> Ninguno o desconocido <input type="checkbox"/> Suave <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> 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**

<b>Apellido:</b>				<b>Nombre:</b> <i>(No Apodos)</i>			
<b>Teléfono:</b>			<b>Email:</b>			<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Dirección:</b>				<b>Ciudad:</b>			<b># Postal:</b>
<b>Condado:</b>				<b>Rural:</b> (91307, 93066, 93040)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Se negó a declarar
<b>RAZA – Por favor, elija (X) uno:</b>							<b>Origen Étnico:</b>
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Laos	<input type="checkbox"/> Samoa				<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Guames	<input type="checkbox"/> Múltiples razas	<input type="checkbox"/> Vietnamita				<input type="checkbox"/> Hispano/Latino
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otra Asiática	<input type="checkbox"/> Blanco				<input type="checkbox"/> Se negó a declarar
<input type="checkbox"/> Camboya	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Se negó a declarar				<input type="checkbox"/> Se negó a declarar
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Otra Raza					
<b>Estado Civil:</b>	<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						
<b>Veterano:</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Idioma preferido:</b>				
<b>Cliente Vive:</b>	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			<b>Número de personas que viven en el hogar:</b>			
<b>Indicar nivel de ingresos del Receptor de Cuidados (aproximado):</b>							
<b>Familia de 2 personas:</b>				<b>Hogar de 1 persona:</b>			
<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$16,460/año o menos)				<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$12,140/año o menos)			
<input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$16,461/año o más)				<input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$12,141/año o más)			
<input type="checkbox"/> Se negó a declarar				<input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
<b>The Gay Bisexual and Transgender Disparities Reduction Act of 2016 (AB 959)</b>							
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.							
<b>¿Cuál era su sexo al nacer? (Marque solo una opción)</b>				<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
<b>¿Cuál es su género?</b>	<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, especifique: _____						
<b>¿Cómo describiría su orientación sexual o identidad sexual?</b>	<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: _____						
<b>Relación Con La Persona Que Recibe Ayuda:</b>	<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"/> buelo <input type="checkbox"/> No pariente <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Se negó a declarar						
<b>Empleo Del Proveedor De Cuidado:</b>	<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)						
<b>Notas (Opcional):</b>							
<b>Revisado por:</b>						<b>Número de horas:</b>	
Client Q Database/Unique Participant ID Number:							