



CONFIDENCIAL

BENEFICIARIO:			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		
RAZA – Por favor, elija (X) uno:					Origen Étnico:	
<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"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se negó a declarar	
<input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> Guames	<input type="checkbox"/> Otra Asiática	<input type="checkbox"/> Vietnamita			
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Hawaiano	<input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco			
<input type="checkbox"/> Camboya	<input type="checkbox"/> Japonés		<input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Coreano					
Estado Civil:						
<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						
Veterano:		Idioma preferido:				
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Cliente Vive:			Número de personas que viven en el hogar:			
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar						
Indicar nivel de ingresos del Receptor de Cuidados (aproximado):						
Familia de 2 personas:			Hogar de 1 persona:			
<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$17,420/año o menos)			<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$12,880/año o menos)			
<input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$17,421/año o más)			<input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$12,881/año o más)			
<input type="checkbox"/> Se negó a declarar			<input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
The Gay Bisexual and Transgender Disparities Reduction Act of 2016 (AB 959)						
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.						
¿Cuál fue el sexo al nacer del Receptor de Cuidados?			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
¿Cuál es género del Receptor de Cuidados?	<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: _____					
¿Cómo describiría orientación sexual o identidad sexual del Receptor de Cuidados?	<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: _____					
CALIFORNIA Actividades de la Vida Diaria (ADLs) & Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (IADLs)						
Por favor, elija (✓) una de las columnas para cada actividad						
TIPO DE ASISTENCIA NECESARIA PARA REALIZAR TAREA →	1 INDEPENDIENTE No necesita ayuda	2 RECORDATORIO VERBAL Necesita recordatorios verbales	3 A LA ESPERA Necesita alguna ayuda	4 AYUDA Necesita mucha ayuda	5 DEPENDIENTE No puede realizar ninguna tarea	Se negó a declarar
A D L S	Comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vestimenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Transferencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ducha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ayuda para ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I A D S	Arreglo personal - Opcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ligeras tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lavandería - Opcional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Preparación de Comida/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 de teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Manejo 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"/>
	Subir escalera - Opcional	<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 del Receptor de Cuidados:		<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

Apellido:			Nombre: <i>(No Apodos)</i>			
Teléfono:		Email:		Fecha de nacimiento:		
Dirección:			Ciudad:		# Postal:	
Condado:		Rural: (91307, 93066, 93040)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
RAZA – Por favor, elija (X) uno:					Origen Étnico:	
<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"/> Otra Asiática <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Camboya <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Se negó a declarar <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano					<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Se negó a declarar	
Estado Civil:	<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					
Veterano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma preferido:			
Cliente Vive:	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/> Se negó a declarar		Número de personas que viven en el hogar:			
Indicar nivel de ingresos del Receptor de Cuidados (aproximado):						
Familia de 2 personas:			Hogar de 1 persona:			
<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$17,420/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$17,421/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			<input type="checkbox"/> En o por debajo del nivel de pobreza Federal (\$12,880/año o menos) <input type="checkbox"/> Por encima del nivel de pobreza Federal (\$12,881/año o más) <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
The Gay Bisexual and Transgender Disparities Reduction Act of 2016 (AB 959)						
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.						
¿Cuál era su sexo al nacer? (Marque solo una opción)			<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se negó a declarar			
¿Cuál es su género?	<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: _____					
¿Cómo describiría su orientación sexual o identidad sexual?	<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: _____					
Relación Con La Persona Que Recibe Ayuda:	<input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Nuera <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <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					
Empleo Del Proveedor De Cuidado:	<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)					
Notas (Opcional):						
Revisado por:				Número de horas:		
Client Q Database/Unique Participant ID Number:						