

**ENCUESTA PREVIA AL INDEPENDENT LIVING SUPPORTS PILOT (PILOTO DE APOYOS  
PARA LA VIDA INDEPENDIENTE, ILSP)  
(INDEPENDENT LIVING SUPPORTS PILOT [ILSP] PRE-PILOT SURVEY)**

**Instrucciones:** Completar este formulario es un requisito del programa ILSP.

El personal del Aging and Disability Resource Center (Centro de Recursos para el Envejecimiento y la Discapacidad, ADRC) completará este formulario con usted y lo enviará al DHS. La información recopilada en este formulario se compartirá con el evaluador del programa ILSP para analizar el impacto del programa. Este formulario debe completarse entre la inscripción y el desarrollo del plan de servicio en el programa ILSP.

**I. Información del participante**

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Identificación del ILSP	ADRC

**II. Encuesta**

1. ¿Alguien lo ayuda con alguna de estas actividades?

Actividad	Siempre <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
Bañarse			
Vestirse			
Comer			
Moverse por su casa			
Usar el baño			
Levantarse de una cama, una silla o del inodoro			
Hacer la comida			
Administrar o tomar medicamentos			
Administrar el dinero			
Hacer tareas de la casa			
Usar el teléfono			
Transportarse			

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento		Identificación del ILSP		ADRC
2. ¿Puede participar en actividades sociales fuera de su casa con la frecuencia que le gustaría?	Con mucha frecuencia <input type="checkbox"/>	Con cierta frecuencia <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
3. ¿Puede moverse con seguridad en su casa actual? (Por ejemplo, ¿puede acceder de forma segura a su dormitorio, baño, cocina y entrada de casa o departamento?)	Con mucha frecuencia <input type="checkbox"/>	Con cierta frecuencia <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
4. ¿Tiene suficiente dinero para satisfacer sus necesidades básicas?	Con mucha frecuencia <input type="checkbox"/>	Con cierta frecuencia <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene transporte adecuado para llegar a las citas de atención médica o recoger recetas?	Con mucha frecuencia <input type="checkbox"/>	Con cierta frecuencia <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
6. ¿Tiene transporte adecuado para ir al trabajo, comprar comida, realizar actividades sociales o hacer mandados?	Con mucha frecuencia <input type="checkbox"/>	Con cierta frecuencia <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
7. ¿Puede permitirse suficientes alimentos para comer?	Con mucha frecuencia <input type="checkbox"/>	Con cierta frecuencia <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
8. ¿Se siente solo o aislado de otras personas?	Con mucha frecuencia <input type="checkbox"/>	Con cierta frecuencia <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Rara vez <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
9. ¿Qué probabilidades hay de que permanezca en su casa durante los próximos seis meses?	Muy probable <input type="checkbox"/>	Algo probable <input type="checkbox"/>	No estoy seguro <input type="checkbox"/>	Algo improbable <input type="checkbox"/>	Muy improbable <input type="checkbox"/>
10. ¿Qué probabilidades hay de que permanezca en su casa durante el próximo año?	Muy probable <input type="checkbox"/>	Algo probable <input type="checkbox"/>	No estoy seguro <input type="checkbox"/>	Algo improbable <input type="checkbox"/>	Muy improbable <input type="checkbox"/>

### III. QUIÉN COMPLETÓ LA INFORMACIÓN

Nombre del trabajador del ADRC	Fecha en que se completó
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico