

## HOJA DE TRABAJO PARA EVALUAR LA COLOCACION RESIDENCIAL NATURAL ASSESSMENT WORKSHEET FOR NATURAL RESIDENTIAL SETTING

Nombre del Miembro de SSI (Apellido, Nombre, Inicial)

NOTA: Si una persona vive con su cónyuge o es menor de edad viviendo con un padre legal, solo los servicios recibidos/necesitados cuando el cónyuge o padre está lejos de la residencia por motivos de trabajo (los cuales el cónyuge o padre está físicamente o mentalmente discapacitada de proveer) pueden tomarse en cuenta en las 40 horas requeridas (s. 49.77(3s)(b) 1 y 2).

### APOYO DE CUIDADO EN CASA (Supportive Home Care—SHC)

Si la persona requiere la asistencia de otra persona en las áreas siguientes, escriba aproximadamente las horas por mes.

**Cuidado de la Persona**

**Relevo (Respite)**

|  |  |  |
|--|--|--|
| _____ 1. Comidas<br>_____ 2. Cambio de posición en la cama<br>_____ 3. Transferencia de la cama/silla de ruedas<br>_____ 4. Uso del baño y/o control de la vejiga o intestino<br>_____ 5. Movilidad personal<br>_____ 6. Baños, arreglos/cambio de ropa<br>_____ 7. Apoyo médico | _____ 8. Planear y proveer acceso a actividades de ocio<br>_____ 9. Finanzas/pago de facturas<br>_____ 10. Acceso físico a cuidado médico<br>_____ 11. Supervisión en el sitio de cuidado<br>_____ 12. Compras de alimentos/preparación de comida/limpieza<br>_____ 13. Tareas del hogar/lavandería<br>_____ 14. Trabajo de patio/remover la nieve | _____ 15. Relevo<br><br><b>Otros</b><br>_____ 16. Otro—especifique:<br><br>_____ <b>TOTAL de Horas Mensuales</b> |
|--|--|--|

### ENTRENAMIENTO DE ABILIDADES PARA ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA (Daily Living Skills Training—DLST)

Si la persona necesita entrenamiento en las áreas siguientes, escriba aproximadamente las horas por mes.

|  |  |   |
|--|--|---|
| _____ 1. Higiene personal, arreglos, y cambio de ropa<br>_____ 2. Planear/preparación de comida/limpieza<br>_____ 3. Actividades de lavandería<br>_____ 4. Cuidado de la casa<br>_____ 5. Manejo de presupuesto y/o uso del sistema bancario | _____ 6. Comprando lo necesitado: comida/ropa<br>_____ 7. Habilidades de socialización/ actividades de ocio<br>_____ 8. Desarrollo de un comportamiento sexual apropiado<br>_____ 9. Habilidad de ser padre o madre/relaciones familiares<br>_____ 10. Accessing public/private transportation | _____ 11. Programa Birth to 3 para niños<br>_____ 12. Apoyo médico<br>_____ 13. Entrenamiento de consumidor<br>_____ 14. Otro—especifique:<br>_____ <b>TOTAL de Horas Mensuales</b> |
|--|--|---|

SI EL TOTAL DE HORAS NECESITADAS DE SHC Y ENTRENAMIENTO DE DLS SON 40 O MAS POR MES, LA PERSONA ES ELEGIBLE PARA SSI-E.

Keep in agency case file