

**ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY**  
**División de Discapacidades del Desarrollo**  
**EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES**  
**DEL MIEMBRO DE HCBS**

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

**Esta herramienta se debe utilizar como guía y no pretende reemplazar la experiencia profesional. Si tiene preguntas o comentarios sobre una tarea específica, por favor, revísela con su supervisor.**

**Situación de convivencia**

**Vive solo/a      Vive con familia**

**Vive con personas que no son su familia**

**Necesidad de supervisión**

**Riesgo de deambular**

**Confundido o desorientado, en riesgo a sí mismo**

**No puede llamar para pedir ayuda, incluso a una línea de alerta médica (lifeline en inglés)**

**N/A**

**Vea la página 30 para leer las declaraciones de EOE/ADA**

## **Nombre/relación de los apoyos informales que ayudan con el cuidado**

**Las tareas que se llevan a cabo por apoyos informales tienen que marcarse como "IFS" en la hoja de cálculo de a continuación en el espacio adecuado para identificar claramente cuándo se proporciona el IFS. Asegurándose de que se satisfagan las necesidades del miembro.**

**Si vive con otros, indique los días u horas en los que estas personas no están disponibles para ayudar al miembro**

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado							
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL
<b>Trabajo doméstico y de limpieza</b>	<b>Independiente: No se necesita ayuda.</b>	<b>0 min/día</b>									
	<b>Comentarios</b>										
	<b>Vive con otros: solamente limpiar el área del miembro.</b>	<b>1-60 min/semana</b>									
	<b>Comentarios</b>										
	<b>Sin apoyo: El miembro vive solo. Considere el tamaño del hogar.</b>	<b>1-120 min/semana</b>									
	<b>Comentarios</b>										

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado									
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL		
<b>Ropa para lavar</b> Se incluye doblar y guardar la ropa.	<b>Independiente: No se necesita ayuda.</b>	<b>0 min/ semana</b>											
	<b>Comentarios</b>												
	<b>Lavadora y secadora están en el sitio, dentro del hogar, garaje o patio del miembro.</b>	<b>1-30 min/ semana</b>											
	<b>Comentarios</b>												
	<b>La lavadora está en el sitio, pero la ropa tiene que colgarse para secarse al aire.</b>	<b>1-60 min/ semana</b>											
<b>Comentarios</b>													

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado							
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL
<b>Ropa para lavar</b>	<b>La ropa se lava en las instalaciones de lavandería del apartamento.</b>	<b>1-90 min/ semana</b>									
	<b>Comentarios</b>										
	<b>Las instalaciones de lavandería están fuera del sitio, tal como una lavandería comunitaria.</b>	<b>1-120 min/ semana</b>									
	<b>Comentarios</b>										
	<b>Episodios de incontinencia – sábanas y ropa sucias.</b>	<b>1-10 min/ semana</b>									
<b>Comentarios</b>											

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado							
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL
<b>Hacer las compras Incluso recoger medicamentos.</b>	<b>Independiente: No se necesita ayuda.</b>	<b>0 min/día</b>									
	<b>Comentarios</b>										
	<b>Recoger con las compras de la familia.</b>	<b>1-5 min/semana</b>									
	<b>Comentarios</b>										
	<b>Vive solo/a.</b>	<b>1-90 min/semana</b>									
<b>Comentarios</b>											

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado							
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL
<b>Preparación de alimentos y limpieza</b> Por lo general, no debe exceder los 75 minutos por día. Incluso licuar o hacer puré de alimentos, pero no cortar los alimentos.	<b>Independiente: No se necesita ayuda.</b>  <b>Comentarios</b>	<b>0 min/día</b>									
	<b>Desayuno:</b>  <b>Si el miembro come con otros la misma comida:</b>  <b>Comentarios</b>	<b>1-15 min/día</b>  <b>1-5 min/día</b>									
	<b>Almuerzo:</b>  <b>Si el miembro come con otros la misma comida:</b> <i>Si HDM está en su lugar, por favor anote esto en la línea para el día adecuado.</i>	<b>1-20 min/día</b>  <b>1-5 min/día</b>									
	(Empty cell for additional comments)										



## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado						
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM
<b>Preparación de alimentos y limpieza</b>	<b>Comentarios</b>									
<b>Comer y alimentar</b> Indique la cantidad de comidas consumidas por día que requieren ayuda, después indique el tiempo por comida.	<b>Independiente: No se necesita ayuda.</b>	<b>0 min/día</b>								
	<b>Comentarios</b>									
	<b>Mínima: preparar comidas, cortar alimentos o tiempo de espera y recordatorios.</b>	<b>1-10 min/día</b>								
<b>Comentarios</b>										



## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado						
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM
<b>Comer y alimentar</b>	<b>Comentarios</b>									
<b>Bañarse</b> Según lo que sea necesario por semana. Por lo general, no debe exceder los 45 movimientos, incluso el tiempo de baño.	<b>Independiente: No se necesita ayuda.</b>	<b>0 min/día</b>								
	<b>Comentarios</b>									
	<b>Baño de esponja</b>	<b>1-5 min/día</b>								
	<b>Comentarios</b>									
	<b>Mínima: un poco de supervisión, manejo del tiempo de espera o preparación. Ayudar a entrar y salir de la bañera. Ayuda con la espalda o la parte inferior del cuerpo.</b>	<b>1-15 min/día</b>								



## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado						
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM
<b>Bañarse</b>	<b>Comentarios</b>									
<b>Vestir y arreglo personal en la AM</b>	<b>Independiente: No se necesita ayuda.</b>	<b>0 min/día</b>								
	<b>Comentarios</b>									
	<b>Mínima: un poco de supervisión, recordatorios, ayuda al seleccionar ropa.</b>	<b>1-10 min/día</b>								
	<b>Comentarios</b>									

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado								
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL	
<b>Vestir y arreglo personal en la AM</b>	<b>Moderada: supervisión o asistencia práctica con 50 a 75% de la actividad de vestir. Ayuda regular con botones, zapatos y calcetines, arreglarse el cabello o cepillarse los dientes.</b>	<b>1-15 min/día</b>										
	<b>Comentarios</b>											



## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado							
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL
<b>Vestir y arreglo personal en la PM</b>	<b>Comentarios</b>										
	<b>Moderada: supervisión o asistencia práctica con 50 a 75% de la actividad de vestir. Ayuda regular con botones, zapatos y calcetines, arreglarse el cabello o cepillarse los dientes.</b>	1-15 min/día									
	<b>Comentarios</b>										



## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado							
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL
<b>Aseo personal</b>	<b>Comentarios</b>										
	<b>Moderada: 50 a 70% ayuda con ropa, pañales, higiene después del aseo personal o equipo.</b>	<b>1-10 min/ evento</b>									
	<b>Comentarios</b>										
	<b>Máxima: ayuda total con la ropa, pañales, el proceso entero de aseo personal. Incluye incidentes de incontinencia.</b>	<b>1-15 min/ evento</b>									
	<b>Comentarios</b>										

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado							
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL
<b>Aseo personal</b>	<b>Catéter: vaciar la bolsa, limpiar la bolsa u otros suministros.</b>	<b>1-15 min/día</b>									
	<b>Comentarios</b>										
	<b>Ostomía: vaciar y limpiar la bolsa.</b>	<b>1-15 min/día</b>									
	<b>Comentarios</b>										
<b>Movilidad</b>	<b>Independiente: no se necesita ayuda con o sin dispositivos de asistencia.</b>	<b>0 min/día</b>									
	<b>Comentarios</b>										

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado									
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL		
<b>Movilidad</b>	<b>Mínima: algo de supervisión, en espera para proporcionar ayuda o recordatorios de seguridad. Ajuste de dispositivos o sistemas de inmovilización.</b>	<b>1-10 min/día</b>											
	<b>Comentarios</b>												
	<b>Moderada: necesita asistencia práctica. Una o más personas ayudan con o sin dispositivos de asistencia.</b>	<b>1-15 min/día</b>											
	<b>Comentarios</b>												



## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado							
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL
<b>Mover</b>	<b>Comentarios</b>										
	<b>Moderada: necesita asistencia práctica. Una persona ayuda con o sin dispositivos de asistencia.</b>	<b>1-15 min/día</b>									
	<b>Comentarios</b>										
	<b>Máxima: una o más personas ayudan, totalmente dependientes.</b>	<b>1-30 min/día</b>									
	<b>Comentarios</b>										

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado								
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL	
<b>Mover</b>	<b>Guarda reposo en cama: voltear y cambiar de posición en la cama con frecuencia. Cuidador externo 20 – 40 minutos por día. Cuidador residente 60 – 90 minutos por día.</b>	<b>20-40 min/día 60-90 min/día</b>										
	<b>Comentarios</b>											

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por día	Número de veces que se necesita el apoyo pagado								
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL	
<b>Mover</b>	<b>Hoyer: si se evalúa el tiempo que se usa un elevador Hoyer, ningún tiempo de movimiento en otras áreas.</b>	<b>1-20 min/ evento</b>										
	<b>Comentarios</b>											
<b>Supervisión general</b>	<b>La supervisión se basa en la necesidad y puede proporcionarse según las necesidades de los miembros identificadas en la página 1.</b>	<b>X tiempo/ día</b>										
	<b>Comentarios</b>											



## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

<b>RESULTADO</b>	<b>Minutos para enseñar la tarea (HAH por sus siglas en inglés)</b>	<b>Número de veces que se necesita el apoyo pagado</b>							<b>TOTAL</b>
		<b>LUN</b>	<b>MAR</b>	<b>MIÉ</b>	<b>JUE</b>	<b>VIE</b>	<b>SÁB</b>	<b>DOM</b>	
<b>Total de los resultados de la habilitación por hora</b>									

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

<b>TOTAL DE HORAS PAGADAS IDENTIFICADAS</b>	<b>CANTIDAD DE TIEMPO</b>
<b>Minutos totales de trabajo doméstico y de limpieza</b>	
<b>Minutos totales de lavar ropa</b>	
<b>Minutos totales de hacer compras</b>	
<b>Minutos totales de preparación de alimentos y limpieza</b>	
<b>Minutos totales de comer y alimentar</b>	
<b>Minutos totales de baño</b>	
<b>Minutos totales de vestir y arreglo personal en la AM y PM</b>	
<b>Minutos totales de aseo personal</b>	
<b>Minutos totales de movilidad</b>	
<b>Minutos totales de mover</b>	
<b>Minutos totales de supervisión (si corresponde)</b>	
<b>Minutos totales</b>	
<b>Horas totales</b>	

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

**Me he comunicado con los apoyos informales nombrados anteriormente (Parte superior de la página 1) y ellos voluntariamente acuerdan a proporcionar los servicios indicados sin compensación.**

\_\_\_\_\_  
***Firma del Trabajador de caso***

\_\_\_\_\_  
***Fecha original***

\_\_\_\_\_  
***Firma del Supervisor ≥ 20 horas***

\_\_\_\_\_  
***Fecha original***

**Me he comunicado con los apoyos informales nombrados anteriormente (Parte superior de la página 1) y ellos voluntariamente acuerdan a proporcionar los servicios indicados sin compensación.**

\_\_\_\_\_  
***Firma del Trabajador de caso***

\_\_\_\_\_  
***1ra fecha de revisión***

\_\_\_\_\_  
***Firma del Supervisor ≥ 20 horas***

\_\_\_\_\_  
***1ra fecha de revisión***

## EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

**Nombre del Miembro:** \_\_\_\_\_

**Fecha de la reunión:** \_\_\_\_\_ **ID de AHCCCS:** \_\_\_\_\_

**Me he comunicado con los apoyos informales nombrados anteriormente (Parte superior de la página 1) y ellos voluntariamente acuerdan a proporcionar los servicios indicados sin compensación.**

\_\_\_\_\_  
***Firma del Trabajador de caso***

\_\_\_\_\_  
***2a fecha de revisión***

\_\_\_\_\_  
***Firma del Supervisor ≥ 20 horas***

\_\_\_\_\_  
***2a fecha de revisión***

**Me he comunicado con los apoyos informales nombrados anteriormente (Parte superior de la página 1) y ellos voluntariamente acuerdan a proporcionar los servicios indicados sin compensación.**

\_\_\_\_\_  
***Firma del Trabajador de caso***

\_\_\_\_\_  
***3ra fecha de revisión***

\_\_\_\_\_  
***Firma del Supervisor ≥ 20 horas***

\_\_\_\_\_  
***3ra fecha de revisión***

## **Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades**

**• Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la ADA de la División de Discapacidades del Desarrollo al 602-771-2893; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office**