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 con una línea de alerta médica (lifeline en inglés) ☐ N/A

Nombre/relación de los apoyos informales que ayudaran 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

_____

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por dia	Número de veces que se necesita el apoyo pagado								Comentarios
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL	
Trabajo doméstico y de limpieza	Independiente: No se necesita ayuda.	0 min/día									0	
	Vive con otros: solamente limpiar el área del miembro.	1-60 min/ semana									0	
	Sin apoyo: El miembro vive solo. Considere el tamaño del hogar.	1-120 min/ semana									0	
Ropa para lavar Se incluye doblar y guardar la ropa.	Independiente: No se necesita ayuda.	0 min/ semana									0	
	Lavadora y secadora están en el sitio, dentro del hogar, garaje o patio del miembro.	1-30 min/ semana									0	
	La lavadora está en el sitio, pero la ropa tiene que colgarse para secarse al aire.	1-60 min/ semana									0	
	La ropa se lava en las instalaciones de lavandería del apartamento.	1-90 min/ semana									0	

Vea la página 8 para leer las declaraciones de EOE/ADA

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

Nombre del Miembro: _____ Fecha de la reunión: _____ ID de AHCCCS: _____

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por dia	Número de veces que se necesita el apoyo pagado								Comentarios
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL	
Ropa para lavar	Las instalaciones de lavandería están fuera del sitio, tal como una lavandería comunitaria.	1-120 min/ semana									0	
	Episodios de incontinencia – sábanas y ropa sucias.	1-10 min/ semana									0	
Hacer las compras Incluso recoger medicamentos.	Independiente: No se necesita ayuda.	0 min/día									0	
	Recoger con las compras de la familia.	1-5 min/ semana									0	
	Vive solo/a.	1-90 min/ semana									0	
Preparación de alimentos y limpieza Por lo general, no debe exceder los 75 minutos por día. Incluso licuar o hacer puré de alimentos, pero no cortar los alimentos.	Independiente: No se necesita ayuda.	0 min/día									0	
	Desayuno: Si el miembro come con otros la misma comida:	1-15 min/día 1-5 min/día									0	
	Almuerzo: Si el miembro come con otros la misma comida: *Si HDM está en su lugar, por favor anote esto en la línea para el día adecuado.*	1-20 min/día 1-5 min/día										
	Cena: Si el miembro come con otros la misma comida:	1-20 min/día 1-5 min/día										
	Horario de comidas alternativas o refrigerios: *(p. ej. una dieta para diabéticos con múltiples comidas/refrigerios pequeños por día que requieren preparación)*	1-10 min/día									0	

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

Nombre del Miembro: _____ Fecha de la reunión: _____ ID de AHCCCS: _____

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por dia	Número de veces que se necesita el apoyo pagado								Comentarios
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL	
Comer y alimentar Indique la cantidad de comidas consumidas por día que requieren ayuda, después indique el tiempo por comida.	Independiente: No se necesita ayuda.	0 min/día									0	
	Mínima: preparar comidas, cortar alimentos o tiempo de espera y recordatorios.	1-10 min/día									0	
	Moderada: como se indica anteriormente además de asistencia práctica, tiempo de espera o supervisión del 50 a 75% de la comida.	1-15 min/día									0	
	Máxima: asistencia práctica con el 75% o más de la comida, darle la comida en la boca o alimentar totalmente al miembro. Supervisión constante y manejar el tiempo de espera.	1-30 min/día									0	
Bañarse Según lo que sea necesario por semana. Por lo general, no debe exceder los 45 movimientos, incluso el tiempo de baño.	Independiente: No se necesita ayuda.	0 min/día									0	
	Baño de esponja	1-5 min/día									0	
	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.	1-15 min/día									0	
	Moderada: Supervisión o manejo del tiempo de espera paso a paso. Asistencia práctica con 50 a 75% del proceso de baño.	1-30 min/día									0	
	Máxima: 75%+ con el proceso de baño. Una o más asistencias. Es necesario un elevador Hoyer/ baños de cama.	1-45 min/día									0	

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

Nombre del Miembro: _____ Fecha de la reunión: _____ ID de AHCCCS: _____

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por dia	Número de veces que se necesita el apoyo pagado								Comentarios
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL	
Vestir y arreglo personal en la AM	Independiente: No se necesita ayuda.	0 min/día									0	
	Mínima: un poco de supervisión, recordatorios, ayuda al seleccionar ropa.	1-10 min/día									0	
	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.	1-15 min/día									0	
	Máxima: asistencia práctica con 75%+ de las tareas de vestir y arreglo personal. Ayuda completa con vestirse, incluye moverlo si es necesario.	1-20 min/día									0	
Vestir y arreglo personal en la PM	Independiente: No se necesita ayuda.	0 min/día									0	
	Mínima: un poco de supervisión, recordatorios, ayuda al seleccionar ropa.	1-10 min/día									0	
	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.	1-15 min/día									0	
	Máxima: asistencia práctica con 75%+ de las tareas de vestir y arreglo personal. Ayuda completa con vestirse, incluye moverlo si es necesario.	1-20 min/día									0	

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

Nombre del Miembro: _____ Fecha de la reunión: _____ ID de AHCCCS: _____

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por dia	Número de veces que se necesita el apoyo pagado								Comentarios
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL	
Aseo personal	Independiente: No se necesita ayuda.	0 min/día									0	
	Mínima: en espera para proporcionar ayuda, supervisión, recordatorios.	1-5 min/ evento									0	
	Moderada: 50 a 70% ayuda con ropa, pañales, higiene después del aseo personal o equipo.	1-10 min/ evento									0	
	Máxima: ayuda total con la ropa, pañales, el proceso entero de aseo personal. Incluye incidentes de incontinencia.	1-15 min/ evento									0	
	Catéter: vaciar la bolsa, limpiar la bolsa u otros suministros.	1-15 min/día									0	
	Ostomía: vaciar y limpiar la bolsa.	1-15 min/día									0	
Movilidad	Independiente: no se necesita ayuda con o sin dispositivos de asistencia.	0 min/día									0	
	Mínima: algo de supervisión, en espera para proporcionar ayuda o recordatorios de seguridad. Ajuste de dispositivos o sistemas de inmovilización.	1-10 min/día									0	
	Moderada: necesita asistencia práctica. Una o más personas ayudan con o sin dispositivos de asistencia.	1-15 min/día									0	
	Máxima: una o más personas ayudan, totalmente dependientes.	1-30 min/día									0	

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

Nombre del Miembro: _____ Fecha de la reunión: _____ ID de AHCCCS: _____

TAREA	Descripción	Tiempo aprox.	Tareas por dia	Número de veces que se necesita el apoyo pagado								Comentarios
				LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	TOTAL	
Mover Incluye moverlo durante el tiempo de baño y aseo personal.	Independiente: no se necesita ayuda con o sin dispositivos de asistencia.	0 min/día									0	
	Mínima: algo de supervisión, en espera para proporcionar ayuda o recordatorios de seguridad.	1-10 min/día									0	
	Moderada: necesita asistencia práctica. Una persona ayuda con o sin dispositivos de asistencia.	1-15 min/día									0	
	Máxima: una o más personas ayudan, totalmente dependientes.	1-30 min/día									0	
	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.	20-40 min/día 60-90 min/día									0	
	Hoyer: si se evalúa el tiempo que se usa un elevador Hoyer, ningún tiempo de movimiento en otras áreas.	1-20 min/ evento										
Supervisión general	La supervisión se basa en la necesidad y puede proporcionarse según las necesidades de los miembros identificadas en la página 1.	X tiempo/ día									0	

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

Nombre del Miembro: _____ Fecha de la reunión: _____ ID de AHCCCS: _____

RESULTADOS DE LA HABILITACIÓN POR HORA ☐ **N/A**

RESULTADO	Minutos para *enseñar* la tarea (HAH por sus siglas en inglés)	Número de veces que se necesita el apoyo pagado							TOTAL
		LUN	MAR	MIÉ	JUE	VIE	SÁB	DOM	
									0
									0
									0
									0
									0
									0
									0
									0
									0
									0
									0
									0
								Total de los resultados de la habilitación por hora	0

EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL MIEMBRO DE HCBS

Nombre del Miembro: _____ Fecha de la reunión: _____ ID de AHCCCS: _____

TOTAL DE HORAS PAGADAS IDENTIFICADAS	CANTIDAD DE TIEMPO
Minutos totales de trabajo doméstico y de limpieza	0
Minutos totales de lavar ropa	0
Minutos totales de hacer compras	0
Minutos totales de preparación de alimentos y limpieza	0
Minutos totales de comer y alimentar	0
Minutos totales de baño	0
Minutos totales de vestir y arreglo personal en la AM y PM	0
Minutos totales de aseo personal	0
Minutos totales de movilidad	0
Minutos totales de mover	0
Minutos totales de supervisión *(si corresponde)*	0
Minutos totales	0
Horas totales	0

☐ 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* _____

☐ 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