

## HOGAR DE DESARROLLO PARA MENORES O ADULTOS GUÍA DE EVALUACIÓN DEL CUIDADOR

La guía de evaluación del cuidador es una herramienta utilizada por el Departamento de Seguridad Económica (DES, por sus siglas en inglés), para evaluar sus habilidades, experiencias, estabilidad, motivación y otros factores relacionados con el cuidado de un menor o adulto con discapacidades del desarrollo. La evaluación tiene como objetivo fomentar conversaciones y el intercambio de información entre usted y el especialista en licencias. La meta del intercambio de esta información tiene dos funciones:

- ▶ Ayudarle a conocer sus habilidades para brindar cuidados a un menor o adulto con discapacidades del desarrollo, y
- ▶ Ayudar al especialista a dar recomendaciones con respecto a su solicitud de licencia.

Es necesario completar la guía de evaluación para ayudar al especialista en licencias a escribir el informe de evaluación del hogar. La información que proporcione durante el proceso de evaluación solo será utilizada por DES para evaluar su solicitud de licencia.

Por favor responda todas las preguntas detalladamente. Usted puede completar el formulario de manera electrónica o imprimir una versión en papel para llenarlo a mano. Por favor escriba al reverso de la página o puede adherir páginas adicionales, si acaso es necesario.

Las páginas 1 a 8 deben ser completadas por usted (la persona que solicita la licencia). Si usted es casado/a, las páginas 9 a 13 deben ser completadas por su cónyuge.

Su nombre completo legal: \_\_\_\_\_

### MOTIVACIÓN Y COMPROMISO

1. Describa por qué está considerando brindar atención a un menor o adulto con discapacidades del desarrollo en este momento.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
2. ¿Cómo creen usted o su familia que un menor o un adulto con discapacidades del desarrollo se beneficiaría de recibir atención en su hogar?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
3. ¿Cómo cree que brindar atención a un menor o adulto con discapacidades del desarrollo afectará su vida (como la disponibilidad de tiempo o la flexibilidad)?
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. Describa cualquier inquietud que tenga con respecto al cuidado de un menor o adulto con discapacidades del desarrollo en su hogar.

## HISTORIAL DEL SOLICITANTE

1. Describa su historial familiar y su crianza.
2. Describa su relación actual con sus padres/padrastrós y hermanos.
3. ¿Qué fuentes de apoyo o asistencia estarán disponibles para usted con la incorporación de un menor o adulto con discapacidades del desarrollo a su hogar?
4. ¿Qué tipo de situaciones son estresantes para usted?
5. ¿Cómo maneja ese estrés?
6. ¿Qué tipo de situaciones le provocan enojo?
7. ¿Cómo expresa y maneja su enojo?

8. ¿Alguna vez ha brindado atención a una persona con discapacidades del desarrollo?      Sí      No  
En caso afirmativo, por favor explique:

9. Describa las experiencias y/o la capacitación que haya tenido al trabajar con personas con necesidades médicas/de salud, conductuales/emocionales, discapacidades del desarrollo o discapacidades físicas.

10. Describa cualquier otra experiencia como cuidador, incluyendo la paternidad.

11. ¿Qué métodos de intervención del comportamiento usa o planea usar?

12. Describa sus creencias y prácticas espirituales/religiosas/culturales. ¿Existen creencias/prácticas específicas que se observan regularmente en su hogar?

13. ¿Cómo apoyará a un miembro con sus creencias y prácticas espirituales/religiosas/culturales?

14. ¿Qué idiomas se hablan principalmente en su hogar?

**SALUD FÍSICA, EMOCIONAL Y MENTAL**

1. ¿Tiene alguna condición médica o física recurrente o crónica?      Sí      No  
En caso afirmativo, por favor explique:
2. ¿Alguna vez ha sido tratado por un psicólogo, psiquiatra o terapeuta?      Sí      No  
En caso afirmativo, por favor explique:
3. ¿Qué medicamentos (recetados y de venta libre) toma habitualmente?
4. Describa cualquier incidente de violencia doméstica en su hogar.
5. ¿Bebe alcohol?      Sí      No  
En caso afirmativo, describa la frecuencia y la cantidad:
6. ¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias, adicción o uso de drogas o sustancias ilegales?      Sí      No  
En caso afirmativo, por favor explique:
7. ¿Utiliza actualmente drogas o sustancias ilegales?      Sí      No  
En caso afirmativo, por favor explique:

8. A la extensión de su conocimiento, ¿algún otro miembro del hogar usa actualmente drogas o sustancias ilegales?

Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

## MATRIMONIOS ACTUALES Y ANTERIORES

1. Si actualmente está casado, describa su relación con su cónyuge.

2. ¿Se ha separado alguna vez por problemas matrimoniales? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

3. ¿Ha estado usted casado(a) anteriormente? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

Escriba en el reverso o adjunte páginas adicionales para más matrimonios.

Nombre del cónyuge anterior: \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Circunstancias de la finalización: Defunción Divorcio Otro: \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene hijos menores de edad de un matrimonio o relación anterior que no viven con usted? Sí No

Describe el arreglo de visitas, si corresponde:

## RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES ACTUALES

1. ¿Anticipa algún cambio en su hogar en los próximos tres meses? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

2. ¿Cuál es su plan para el cuidado del miembro cuando usted no está disponible (supervisión alternativa)?

3. ¿Cuánta supervisión alternativa planea usar?

4. ¿Qué papel tendrán otros miembros del hogar en el cuidado del menor o adulto con discapacidades del desarrollo?

5. ¿Cómo caracterizaría las relaciones e interacciones en su hogar?

6. ¿Quién tendrá la mayor responsabilidad en el cuidado y supervisión de un menor o adulto con discapacidades del desarrollo?

## NIÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Escriba en el reverso de la página o adjunte páginas adicionales, según sea necesario, para niños adicionales

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

1. Describa la salud física y emocional, incluidas las necesidades especiales de atención.

2. Describa los intereses y actividades del niño/a.

3. Describa la relación del niño/a con sus padres y hermanos/as.

---

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

1. Describa la salud física y emocional, incluidas las necesidades especiales de atención.

2. Describa los intereses y actividades del niño/a.

3. Describa la relación del niño/a con sus padres y hermanos/as

### PREFERENCIAS DE APOYO PARA MIEMBROS

Como proveedor de hogar de desarrollo, usted será responsable de apoyar las necesidades emocionales, físicas, sociales, de desarrollo, educativas, culturales e intelectuales de un miembro. La tabla de Preferencias de Apoyo para Miembros está diseñada para ayudarlo a pensar en los tipos específicos de apoyo que puede necesitar brindar. ¿Tiene alguna habilidad especial o capacitación en ciertas áreas? ¿Tiene experiencias de vida que lo ayudarán a brindar apoyo? Antes de enviar su solicitud para una licencia de hogar en desarrollo, su trabajador de licencias tendrá una conversación abierta con usted sobre sus habilidades y necesidades en relación con el apoyo a los miembros. Esto le ayudará a usted a colaborar con la agencia de licencias para determinar si usted sería una buena opción para un posible miembro.

Nombre del solicitante(s): \_\_\_\_\_

Condiciones Médicas/Físicas/ de Desarrollo	SÍ	NO	QUIZÁS	NOTAS
Todos los miembros de DDD califican para recibir servicios basado en una o más de las discapacidades del desarrollo. Sin embargo, las necesidades específicas de atención son únicas para cada individuo atendido por la División. Algunos miembros completan sus actividades cotidianas, con ayuda mínima, mientras que otros miembros pueden necesitar un mayor nivel de ayuda y supervisión. Algunos miembros pueden requerir apoyo y supervisión médica más intensivos.				
Medicación diaria recetada				
Inyección (p. ej., insulina) LPN/RN solamente:				
Necesidades/condiciones médicas				
Equipo de monitoreo (como un monitor de apnea)				
Alimentación por sonda gástrica				

Condiciones Médicas/Físicas/ de Desarrollo	SÍ	NO	QUIZÁS	NOTAS
Asma/alergias				
Quemaduras/heridas				
Dieta especial				
Expuesto/a a sustancias				
Necesidades de terapia ( <i>Consejería/ física/ocupacional/del habla</i> )				
Discapacidad				
Autismo				
Parálisis cerebral				
Síndrome de Down				
Epilepsia				
Discapacidad cognitiva/intelectual				
Discapacidad sensorial ( <i>visión y oído</i> )				
Discapacidad física				
Trastorno de la comunicación				
Necesita ayuda con las habilidades de la vida diaria:				
Vestirse				
Bañarse				
Comer				
Ir al baño				

Condiciones Educativas/ Conductuales/Emocionales	SÍ	NO	QUIZÁS	NOTAS
La mayoría de los miembros asisten a la escuela o a un programa diurno para adultos o tienen un empleo. Algunos miembros tienen condiciones conductuales o emocionales que requieren un apoyo considerado y paciente. Es fundamental que los proveedores de desarrollo consideren el nivel de apoyo que pueden brindar.				
Diferencias de aprendizaje				
TDA/TDAH				
Trastorno del habla y del lenguaje				
Salud conductual/mental				
Trastornos alimenticios				
Depresión				
Tendencia suicida/autolesiones				
Trastorno bipolar				
Esquizofrenia/Psicosis				
Abusivo con los animales				
Abusivo consigo mismo/otros				
Consume alcohol u otras sustancias				
Agresión física				
Desafiante/oposicional				
Destruyendo a la propiedad				
Enciende fuegos				



<b>Condiciones Educativas/ Conductuales/Emocionales</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>QUIZÁS</b>	<b>NOTAS</b>
Hiperactivo				
Mentiras/manipulador				
Se masturba en lugares inapropiados				
Obsesivo/compulsivo				
Se va sin decirle a nadie				
Actúa sexualmente				
Roba				
Usa tabaco				
Dice groserías				

<b>Perfil del Miembro</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>QUIZÁS</b>	<b>NOTAS</b>
Los proveedores de hogares de desarrollo deben considerar la cantidad de espacio de dormitorio en el hogar y considerar cómo el apoyo y la supervisión deben adaptarse a cada individuo.				
Hombre				
Mujer				
Embarazada				
Persona con un/a niño/a pequeño/a				
Homosexual/Lesbiana				
Transgénero				
Pareja casada/cohabitante				

<b>Preferencia Racial y Étnica</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>QUIZÁS</b>	<b>NOTAS</b>
Los estudios muestran mejores resultados y una mayor estabilidad en la ubicación cuando se respaldan las necesidades culturales de un miembro.				
Blanco				
Indio americano				
Negro o afroamericano				
Hispano o latino				
Asiático				
Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico				
Otro:				
Sin preferencias				

<b>Posible transporte aparte de las necesidades rutinarias (como a consultas médicas/de consejería/de terapia)</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>QUIZÁS</b>	<b>NOTAS</b>
Los titulares de licencias de casas de desarrollo son responsables de satisfacer las necesidades de transporte de rutina de los miembros. Algunos miembros pueden tener necesidades de transporte adicionales más allá de lo que normalmente se requiere.				
Una vez por semana				
Dos-tres veces por semana				
Cuatro o más veces por semana				

¿Hay áreas en las que cree que necesitaría ayuda o más instrucción?

Instrucciones: El cónyuge completa esta sección sobre sí mismo cuando los solicitantes son una pareja casada. Por favor responda todas las preguntas en detalle. Escriba en el reverso de la página o adjunte páginas adicionales, si es necesario.

Su nombre completo legal: \_\_\_\_\_

## MOTIVACIÓN Y COMPROMISO

1. Describa por qué está considerando brindar atención a un menor o adulto con discapacidades del desarrollo en este momento.
2. ¿Cómo creen usted o su familia que un menor o un adulto con discapacidades del desarrollo se beneficiaría de recibir atención en su hogar?
3. ¿Cómo cree que brindar atención a un menor o adulto con discapacidades del desarrollo afectará su vida (como la disponibilidad de tiempo o la flexibilidad)?
4. Describa cualquier inquietud que tenga con respecto al cuidado de un menor o adulto con discapacidades del desarrollo en su hogar.

## HISTORIAL DEL CÓNYUGE DEL SOLICITANTE

1. Describa su entorno familiar y su crianza.

2. Describa su relación actual con sus padres/padrastrós y hermanos.

3. ¿Qué fuentes de apoyo o asistencia estarán disponibles para usted con la incorporación de un menor o adulto con discapacidades del desarrollo a su hogar?

4. ¿Qué tipo de situaciones son estresantes para usted?

5. ¿Cómo maneja ese estrés?

6. ¿Qué tipo de situaciones le provocan enojo?

7. ¿Cómo expresa y maneja su enojo?

8. ¿Alguna vez ha brindado atención a una persona con discapacidades del desarrollo?      Sí      No  
En caso afirmativo, por favor explique:

9. Describa las experiencias y/o la capacitación que haya tenido al trabajar con personas con necesidades médicas/de salud, conductuales/emocionales, discapacidades del desarrollo o discapacidades físicas.

10. Describa cualquier otra experiencia como cuidador, incluyendo la paternidad.

11. ¿Qué métodos de intervención del comportamiento usa o planea usar?

12. Describa sus creencias y prácticas espirituales/religiosas/culturales. ¿Existen creencias/prácticas específicas que se observan regularmente en su hogar?

13. ¿Cómo apoyará a un miembro con sus creencias y prácticas espirituales/religiosas/culturales?

14. ¿Qué idiomas se hablan principalmente en su hogar?

## **SALUD FÍSICA, EMOCIONAL Y MENTAL**

1. ¿Tiene alguna condición médica o física recurrente o crónica?      Sí      No

En caso afirmativo, por favor explique:

2. ¿Alguna vez ha sido tratado por un psicólogo, psiquiatra o terapeuta?      Sí      No

En caso afirmativo, por favor explique:

3. ¿Qué medicamentos (recetados y de venta libre) toma habitualmente?

4. Describa cualquier incidente de violencia doméstica en su hogar.

5. ¿Bebe alcohol?      Yes      No

En caso afirmativo, describa la frecuencia y la cantidad:

6. ¿Tiene antecedentes de abuso de sustancias, adicción o uso de drogas o sustancias ilegales?      Sí      No

En caso afirmativo, por favor explique:

7. Utiliza actualmente drogas o sustancias ilegales?      Sí      No

En caso afirmativo, por favor explique:

8. A la extensión de su conocimiento, ¿algún otro miembro del hogar usa actualmente drogas o sustancias ilegales?

    Sí      No

En caso afirmativo, por favor explique:

## MATRIMONIOS ACTUALES Y ANTERIORES

1. Si actualmente está casado, describa su relación con su cónyuge.

2. ¿Se ha separado alguna vez por problemas maritales?      Sí      No

En caso afirmativo, por favor explique:

3. ¿Has estado casado/a anteriormente?      Sí      No

En caso afirmativo, por favor explique:

Escriba en el reverso o adjunte páginas adicionales para más matrimonios.

Nombre del cónyuge anterior: \_\_\_\_\_

Fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Circunstancias de la finalización:    Defunción    Divorcio    Otro: \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene hijos menores de edad de un matrimonio o relación anterior que no viven con usted?      Sí      No

Describa el arreglo de visitas, si corresponde:

## RELACIONES FAMILIARES Y SOCIALES ACTUALES

1. ¿Anticipa algún cambio en su hogar en los próximos tres meses?      Sí      No

En caso afirmativo, por favor explique:

2. ¿Cuál es su plan para el cuidado del miembro cuando usted no está disponible (supervisión alternativa)?

3. ¿Cuánta supervisión alternativa planea usar?

4. ¿Qué papel tendrán otros miembros del hogar en el cuidado del menor o adulto con discapacidades del desarrollo?

5. ¿Cómo caracterizaría las relaciones e interacciones en su hogar?

6. ¿Quién tendrá la mayor responsabilidad en el cuidado y supervisión de un menor o adulto con discapacidades del desarrollo?

La información que he proporcionado en este formulario es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Nombre del Solicitante (en letra de molde o a máquina): \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Co-solicitante (cónyuge) (en letra de molde o a máquina): \_\_\_\_\_

Firma del Co-solicitante (cónyuge): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_