



Centro Regional del Norte del Condado de Los Ángeles

Evaluación de Servicios de Apoyo Familiar

Nombre del Coordinador de Servicios:

Fecha de evaluación:

Información del individuo evaluado:

Nombre del Individuo:

UCI:

Fecha de nacimiento:

Servicios de Apoyo Familiar y Descripciones

Servicios ofrecidos por el Centro Regional	Códigos de servicio	Descripción de servicios
Servicios de relevo	420- Vales/Miembro de la familia 465- Dirigido por el participante 862 - En el hogar 868- Fuera del hogar	<ul style="list-style-type: none">• Servicios que se proporcionan para dar a los padres/cuidadores un descanso o alivio planificado de las necesidades de cuidado diario.• El relevo ayuda a proporcionarles alivio por un corto período de tiempo para que un padre/madre pueda tener algo de tiempo para sí mismo, o relajarse, o incluso para que algunos padres puedan hacer mandados.• La cantidad de relevo se determina en base a la cantidad de necesidades de apoyo familiar, circunstancias de la familia, los apoyos y servicios que se reciben actualmente, y apoyos naturales que también puedan estar ayudándolos.
Cuidado diurno especializado	405- Cuidado diurno por parte de un miembro de la familia 851- Cuidado diurno para niños 855- Cuidado diurno para adultos	<ul style="list-style-type: none">• Servicios que proporcionan cuidados no médicos y supervisión apropiados, mientras los padres se encuentran empleados dentro o fuera del hogar y/o participan en actividades educativas tendientes a la obtención de empleo, para garantizar la seguridad del consumidor en ausencia de sus familiares.• El centro regional puede pagar solamente el costo del cuidado diurno que exceda el costo de proporcionar servicios de cuidado diurno a un individuo de la misma edad sin una discapacidad. Los centros regionales deben evaluar los ingresos para determinar la parte del costo de este servicio. La parte del costo oscila entre \$1.00 y \$3.00 por hora en base a los ingresos familiares.• Existe un proceso de excepción para solicitar el alivio temporal de la parte del costo en el caso de un acontecimiento catastrófico o dificultad económica que se evaluará según cada circunstancia en forma individual.
Asistencia personal (PA)		<ul style="list-style-type: none">• Servicios que brindan ayuda para bañarse, vestirse, preparar comidas fáciles, aseo y proporciona

	062- PA	<p>supervisión protectora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La necesidad de recibir ayuda adicional en el hogar se debe a la necesidad de que más de una persona proporcione cuidado y atención. • Por ejemplo, cuando se trata de consumidores que requieren de la asistencia de dos personas para ser movilizados/levantados o que tienen necesidades de comportamiento o enfermería que requieren ser supervisados de cerca para mayor seguridad.
Campamento como un Servicio de Apoyo Familiar	850- Campamento	<ul style="list-style-type: none"> • El NLACRC autorizará el campamento como un servicio de apoyo familiar para niños y adultos cuando el alivio planificado sea una necesidad identificada en el plan del programa individual y el servicio apoye el resultado de proporcionar a los padres o cuidadores un alivio planificado de la continua tarea de cuidado y supervisión.
Campamento como una forma de cuidado diurno	850- Campamento	<ul style="list-style-type: none"> • El NLACRC autorizará el campamento como una forma de servicio de cuidado diurno para niños y adultos cuando los padres se encuentren empleados dentro o fuera del hogar y/o participen en actividades educativas tendientes a la obtención de empleo, para garantizar la seguridad del consumidor en ausencia de sus familiares y este servicio cubra una necesidad identificada en el plan del programa individual. • El centro regional solo puede pagar el costo del servicio de cuidado diurno que exceda el costo de proporcionar servicios de cuidado diurno a un individuo de la misma edad sin una discapacidad. Los centros regionales deben evaluar los ingresos para determinar la parte del costo de este servicio. La parte del costo oscila entre \$1.00 y \$3.00 por hora en base a los ingresos familiares.
Recreación Social como un Servicio de Apoyo Familiar	Programa de Recreación Social - 525	<ul style="list-style-type: none"> • El NLACRC autorizará las actividades de recreación social como un servicio de apoyo familiar para niños y adultos cuando dichas actividades brinden a los padres/cuidadores un alivio planificado de la tarea de cuidado y supervisión.
Terapias no médicas como un servicio de apoyo familiar	Especializado Terapia Recreativa- 106 Terapeuta de Arte- 691 Terapeuta de Baile - 692 Musicoterapeuta- 693 Terapeuta de Recreación- 694	<ul style="list-style-type: none"> • El NLACRC autorizará las terapias no médicas, como un servicio de apoyo familiar para niños y adultos, que estén diseñadas para proporcionar a padres y cuidadores un alivio planificado de la continua tarea de cuidado y supervisión. • Las terapias no médicas incluyen terapia equina, terapia musical, terapia de baile, terapia de arte y terapia de recreación especializada. • Las terapias no médicas solicitadas como una forma de apoyo familiar no serán autorizadas para fines de recreación social o como terapia o tratamiento clínico.

Durante la evaluación de los servicios de apoyo familiar, usted deberá identificar el nivel apropiado de cuidado o necesidades de apoyo que requiere el individuo:

- Apoyo de una enfermera vocacional certificada (LVN): proporciona cuidados básicos de enfermería a los consumidores con necesidades médicas bajo la supervisión de una enfermera registrada (RN).
- Apoyo para el comportamiento: personal capacitado profesionalmente para proporcionar apoyo con el fin de abordar los desafíos del comportamiento en diversos entornos.
- Cuidados no médicos: no hay necesidad de brindar apoyo médico especializado o apoyo para el comportamiento para ayudar al consumidor en las habilidades de la vida diaria

Opciones de elección del participante

Los individuos tienen muchas opciones al considerar sus servicios de apoyo familiar y pueden elegir hacerlo de distintas maneras, incluyendo proveedores del centro regional o a través del Programa de Autodeterminación (SDP) o Servicios Dirigidos por los Participantes:

- El Programa de Autodeterminación está disponible para todos los consumidores elegibles del centro regional y permite a los participantes tomar sus propias decisiones, decidir cómo se gasta su presupuesto y elegir a su personal.
- Los Servicios Dirigidos por los Participantes brindan a los consumidores la opción de dirigir cómo, y a través de quién, se brindan los servicios. El consumidor y/o la familia identifican a la persona (o a las personas) que desean para proveer este servicio. Se aplica a los siguientes servicios de apoyo familiar: Relevo, cuidado diurno y asistencia personal.

Evaluación de Apoyo Familiar – Servicios Actuales

Comience esta evaluación identificando todos los servicios disponibles que estén autorizados y/o cualquier barrera para acceder a los recursos genéricos. Los recursos genéricos son entidades financiadas con fondos públicos que tienen la responsabilidad legal de proporcionar ciertos apoyos, tales como entidades del condado, del estado o federales.

I. Servicios actuales

Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS) / supervisión protectora: Sí No

Si responde “Sí”:

- Número total de horas:
- Quién proporciona el servicio IHSS (nombre y relación/parentesco):
- ¿En qué días/horas se utilizan las horas (cronograma completo al final de la evaluación):

Analice el nivel de necesidades de defensa y apoyo para que los padres/cuidadores obtengan o accedan a Servicios de Apoyo en el Hogar, incluyendo cualquier barrera actual o pasada:

Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT): Sí No No aplicable

Si responde “Sí”:

- Número total de horas:
- Cómo se utilizan las horas:

Seguro privado Sí No

Medi-Cal Sí No

Tipo de Medi-Cal:

Analice cualquier otro servicio que se esté proporcionando que no sea financiado por el centro regional, incluyendo cualquier barrera para el acceso:

II. Reflexión y planificación centradas en la persona

¿Qué es importante para el individuo y la familia que reciben servicios en lo que respecta a sus necesidades de apoyo? ¿Qué apoyos desean recibir?

III. Evaluación y consideraciones de las necesidades individuales

En cada sección seleccione el indicador que mejor represente la necesidad y luego incluya detalles en las secciones apropiadas.

Consideraciones médicas y de enfermería

- El consumidor no tiene necesidades médicas excepcionales; requiere cuidado médico de rutina.
- La condición requiere citas médicas/terapéuticas ocasionales/continuas relacionadas con la Discapacidad del Desarrollo.
- Requiere procedimientos médicos/de salud frecuentes (cada 4-6 horas): régimen de medicación complicado, terapia con nebulizador/oxígeno, atención para la diabetes, cuidado/cambio de catéter, cuidado de heridas, frecuente cambio de posición (voltear), etc.
- Atención médica extraordinaria (dependiente del respirador, cuidado de traqueotomía, sonda de alimentación, succión frecuente), 24 horas/día (intervención necesaria cada 3 horas o menos).

De ser aplicable, analice el impacto de las condiciones médicas y las citas relacionadas:

Actividades de la vida diaria (ADL) (marque todas las opciones que correspondan):

- Es autosuficiente en las actividades de la vida diaria.
- Es menor de 5 años y se desenvuelve de manera similar a niños no discapacitados de la misma edad.
- Es mayor de 5 años y puede realizar las siguientes actividades de manera independiente, pero necesita recordatorios para al menos una de ellas: ir al baño, cuidado personal y/o vestirse.
- Es mayor de 5 años y necesita recibir indicaciones o ayuda física para al menos una de las siguientes actividades: ir al baño, cuidado personal, y/o vestirse, o come con los dedos (sin utensilios).
- Es mayor de 5 años y necesita recibir indicaciones o ayuda física para al menos tres de las siguientes actividades: ir al baño, cuidado personal, y/o vestirse, o come con los dedos (sin utensilios).
- Requiere cuidado total/no realiza movimientos útiles en casi todas las actividades de la vida diaria: comer, ir al baño, cuidado personal y vestirse.

Analice las necesidades de ADL de este consumidor:

Movilidad

- Se mueve y se desplaza en forma independiente.
- Utiliza un dispositivo para la movilidad independiente (por ej., camina con un andador, camina con muletas/soportes, usa una silla de ruedas en forma independiente, es capaz de trasladarse de un lugar a otro en forma independiente).
- Requiere asistencia física para usar el andador, maniobrar la silla de ruedas, trasladarse al/del inodoro, acostarse/levantarse de la cama, entrar a/salir de un vehículo, etc.
- El consumidor está inmóvil y es incapaz de moverse en forma independiente (por ej.: se lo debe voltear/cambiar de posición, no puede sentarse en una silla de ruedas estándar, requiere un equipo de elevación especial, etc.).

Analice las necesidades de movilidad de este consumidor y cualquier impacto en la familia:

Intensidad del comportamiento:

- El consumidor raramente muestra comportamientos socialmente disruptivos. Los comportamientos son generalmente apropiados para su edad.
- Los comportamientos socialmente disruptivos ocurren tres veces o menos por mes y pueden requerir intervención a largo plazo.
- Los comportamientos socialmente disruptivos son *frecuentes* (ocurren al menos una vez a la semana, cuatro veces o más al mes) y requieren intervención del comportamiento y supervisión constante. Los comportamientos pueden incluir: conductas de autolesión, fuga, destrucción menor de bienes materiales, agresión física o agresión verbal.
- Los comportamientos socialmente disruptivos ocurren diariamente por lo que requieren intervención del comportamiento. Los comportamientos resultan en lesiones significativas a sí mismo y a otros y/o destrucción importante de bienes materiales. De ser aplicable, explique la intensidad del comportamiento del consumidor y analice si se están brindando o se necesitan servicios del comportamiento. Considere si un trabajador de relevo será capaz de manejar o abordar los comportamientos:

Educación y Escuela

Describa el horario escolar actual (días/horas e identifique si es virtual, en el establecimiento educativo o híbrido). Revise el Plan de Educación Individual (IEP) más actual y cualquier servicio actual.

Educación, Empleo o Programa Diurno

Analice las necesidades de planificación actuales relativas a educación, apoyos en el empleo o programa diurno que estén autorizadas

Dinámica familiar y apoyos naturales (marque todas las opciones que correspondan)

- Familia de dos padres, el consumidor es el único hijo con discapacidad del desarrollo.
- Familia de un solo padre o madre, el consumidor es el único hijo con discapacidad del desarrollo.
- Familia de dos padres, el consumidor tiene hermano/a(s) con discapacidad del desarrollo.
- Familia de un solo padre o madre, el consumidor tiene hermano/a(s) con discapacidad del desarrollo.
- La familia/cuidador puede estar experimentando dificultades debido a su edad o salud.
- El padre/madre cuida a una persona que tiene una discapacidad o a un miembro de la familia gravemente enfermo, dentro o fuera del hogar.
- El padre/madre está al cuidado de otros hijos menores de 5 años.

Analice la dinámica familiar/apoyos naturales; horario de trabajo de los padres/cuidadores; explique quién reside en el hogar y qué nivel de apoyo proporcionan:

Consideraciones culturales y lingüísticas

Describa cualquier costumbre cultural relevante del consumidor y de la familia que debe ser considerada en el proceso de planificación del programa. Por ejemplo, incluya rituales, creencias, costumbres o eventos religiosos.

Tiempo y actividades que promueven la interacción entre la familia y el consumidor

Describa las actividades o los momentos compartidos por la familia y el consumidor durante la semana que brinden oportunidades naturales para fortalecer vínculos y forjar relaciones.

Cronograma semanal

Complete el cronograma semanal que aparece a continuación con la rutina diaria del consumidor y la familia. Incluya cualquier servicio actual al que se esté accediendo e incluya las horas de relevo previstas que se identificaron para la semana.

	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
12:00 AM							
1:00 AM							
2:00 AM							
3:00 AM							
4:00 AM							
5:00 AM							
6:00 AM							
7:00 AM							
8:00 AM							
9:00 AM							
10:00 AM							
11:00 AM							
12:00 PM							
1:00 PM							
2:00 PM							
3:00 PM							
4:00 PM							
5:00 PM							
6:00 PM							
7:00 PM							
8:00 PM							
9:00 PM							
10:00 PM							
11:00 PM							

Notas: Calcule las horas semanales identificadas por 4.33 para ingresar el número mensual de horas.

Resultado de la evaluación de apoyo familiar

Servicios de Apoyo Familiar Disponibles	Apoyos identificados en la evaluación	Total de horas mensuales:	Comentarios:
Relevo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cuidado diurno especializado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Asistencia personal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Campamento como apoyo familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Campamento como cuidado diurno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Recreación social como apoyo familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Terapias no médicas como apoyo familiar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Evaluaciones del Programa Familiar de Participación en los Costos (FCPP)

¿Es el consumidor elegible para FCPP?:

Sí No

Evaluación de FCPP generada en SANDIS dentro de 3 días hábiles:

Sí No aplicable