

## HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE HABITANTE INDEPENDIENTE

Nombre del cliente:	N° UCI:	Presupuesto DOB:
Fecha del día:	Nombre del cliente:	Evaluación de Habitante Independiente solicitada por:

### Solicitada por primera vez

Actualmente recibe	Recibió en el pasado	Recibió en el pasado
Sí ( )      No ( )	Sí ( )      No ( )	Sí ( )      No ( )
Cantidad de horas:	Cantidad de horas:	Cantidad de horas: Motivo del cese:

### Convenio de alojamiento (seleccionar lo que corresponda)

Vive en casa de familia ( )	Vive de forma independiente ( )	Vive en una institución residencial ( )
Sin hogar ( )	Le dieron el alta del hospital ( )	Otro ( )
Vive en un departamento ( )	Vive con otros clientes ( )	Planea vivir de forma independiente ( )

### Nivel de habilidades (seleccionar lo que corresponda)

Categoría.	Ninguna	Algunas	Habilidoso	No aplicable
Cocinando				
Limpiando				
Haciendo las compras del supermercado				
Planificación de menú.				
Elaboración de comidas.				
Gestión del dinero.				
Uso de transporte público.				
Salud e higiene persona.				
Recreación independiente.				
Uso de servicios médicos.				
Acceso a recursos comunitarios.				
Asistencia con acceso a recursos genéricos (IHSS, Medi-Cal, SSI)				
Involucrado forénsicamente				

IHSS sí ( ) no ( )	Cantidad de horas:
--------------------	--------------------