

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: |
|--------------------|--------------------|