

**HOJA DE TRABAJO PARA EVALUAR LA COLOCACION RESIDENCIAL NATURAL
 ASSESSMENT WORKSHEET FOR NATURAL RESIDENTIAL SETTING**

Nombre del Miembro de SSI (Apellido, Nombre, Inicial)

NOTA: Si una persona vive con su cónyuge o es menor de edad viviendo con un padre legal, solo los servicios recibidos/necesitados cuando el cónyuge o padre está lejos de la residencia por motivos de trabajo (los cuales el cónyuge o padre está físicamente o mentalmente discapacitada de proveer) pueden tomarse en cuenta en las 40 horas requeridas (s. 49.77(3s)(b) 1 y 2).

APOYO DE CUIDADO EN CASA (Supportive Home Care—SHC)

Si la persona requiere la asistencia de otra persona en las áreas siguientes, escriba aproximadamente las horas por mes.

Cuidado de la Persona

Relevo (Respite)

_____ 1. Comidas	_____ 8. Planear y proveer acceso a actividades de ocio	_____ 15. Relevo
_____ 2. Cambio de posición en la cama	_____ 9. Finanzas/pago de facturas	
_____ 3. Transferencia de la cama/silla de ruedas	_____ 10. Acceso físico a cuidado médico	Otros
_____ 4. Uso del baño y/o control de la vejiga o intestino	_____ 11. Supervisión en el sitio de cuidado	_____ 16. Otro—especifique:
_____ 5. Movilidad personal	Tareas	
_____ 6. Baños, arreglos/cambio de ropa	_____ 12. Compras de alimentos/preparación de comida/limpieza	
_____ 7. Apoyo médico	_____ 13. Tareas del hogar/lavandería	
	_____ 14. Trabajo de patio/remover la nieve	_____ TOTAL de Horas Mensuales

ENTRENAMIENTO DE ABILIDADES PARA ACTIVIDADES DE VIDA DIARIA (Daily Living Skills Training—DLST)

Si la persona necesita entrenamiento en las áreas siguientes, escriba aproximadamente las horas por mes.

_____ 1. Higiene personal, arreglos, y cambio de ropa	_____ 6. Comprando lo necesitado: comida/ropa	_____ 11. Programa Birth to 3 para niños
_____ 2. Planear/preparación de comida/limpieza	_____ 7. Habilidades de socialización/ actividades de ocio	_____ 12. Apoyo médico
_____ 3. Actividades de lavandería	_____ 8. Desarrollo de un comportamiento sexual apropiado	_____ 13. Entrenamiento de consumidor
_____ 4. Cuidado de la casa	_____ 9. Habilidad de ser padre o madre/relaciones familiares	_____ 14. Otro—especifique:
_____ 5. Manejo de presupuesto y/o uso del sistema bancario	_____ 10. Accessing public/private transportation	_____ TOTAL de Horas Mensuales

SI EL TOTAL DE HORAS NECESITADAS DE SHC Y ENTRENAMIENTO DE DLS SON 40 O MAS POR MES, LA PERSONA ES ELEGIBLE PARA SSI-E.

Keep in agency case file