

Formulario básico de ingreso del consumidor

Actualizado el 5 de marzo de 2019

Información básica del cliente:		Fecha de evaluación: / /	
*Apellido:	*Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
*Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro	* Fecha de nacimiento: / /	*Edad:	
Dirección residencial:			
*Dirección línea 1:		*Dirección línea 2:	
*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:	
*País:	Teléfono (Hogar):		
Teléfono (Celular):	Teléfono (Trabajo):		
Direcciones al hogar:			
Dirección de correo electrónico:		¿Está recibiendo Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Casado/Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo		¿Es un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
*Vive: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con otras personas		¿Cuál es su idioma principal?	
*¿Cuál es su raza?		*¿Etnicidad? <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No hispano/Latino	
*¿Tiene una discapacidad visual (que no pueda corregirse con anteojos)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cuántas personas viven en su hogar?			
¿Cuál es su ingreso mensual?		¿Cuál es su ingreso mensual del hogar?	
*Si vive solo, ¿es su ingreso mensual individual inferior a \$1,041? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		*Si tiene un cónyuge o pareja, ¿s su ingreso mensual del hogar inferior a \$1,409? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección postal, si es diferente a la dirección física:			
Dirección línea 1:		Dirección línea 2 (Apartamento #, Unidad #, Piso #):	
Ciudad:		Estado:	Código postal:
¿Le interesaría recibir asesoramiento nutricional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cómo se enteró de nuestros servicios?			
<input type="checkbox"/> Folleto de AAA <input type="checkbox"/> Boletín de AAA <input type="checkbox"/> Senior Source del Canal 9 (TV) <input type="checkbox"/> Comedor comunal <input type="checkbox"/> De un cliente actual <input type="checkbox"/> De un amigo/pariente <input type="checkbox"/> Feria para personas mayores <input type="checkbox"/> Sin cita <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Otro			
¿Quisiera informarse sobre otros servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cómo podemos contactarlo? <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono	
¿Cuándo es el mejor tiempo para contactarlo?		Díganos que servicios quisiera recibir:	
¿Utiliza algún dispositivo de asistencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, ¿cuáles?	
Nombre del contacto de emergencia	Relación:	Número de teléfono:	

*He sido informado de las políticas sobre las contribuciones voluntarias, los procedimientos de reclamos y los derechos de apelación. Soy consciente de que, para recibir los servicios solicitados, puede ser necesario compartir información con otros departamentos o proveedores de servicios y doy mi consentimiento para que se lleve a cabo.
(Si se completa mediante un asesor o de forma telefónica, el asesor debe marcar aquí y firmar a continuación).*

Firma _____

Fecha _____

Solo para uso de la oficina: Información completada por _____

Fecha _____

Por favor lea la siguiente información sobre este formulario de ingreso y el procedimiento de reclamo/queja:

Le pedimos que complete el formulario adjunto a su mejor saber y entender para que comprendamos cómo le gustaría recibir los servicios. Se necesita cierta información básica (*) para cumplir con los requisitos de información federales y estatales y para enfocarnos en los consumidores de 60 años o más que tengan las mayores necesidades económicas y sociales, como los individuos de bajos ingresos, que son una minoría, frágiles y de zonas rurales. Las solicitudes de servicios se procesan a medida que lo permiten los fondos.

Su nivel de ingresos no se utiliza para calificarlo para recibir los servicios, en lugar de eso, se usan como un medio para reunir información demográfica para varias entidades a fin de mostrar la necesidad de financiamiento continuo de los servicios. Nadie lo contactará, a menos que elija eso para recibir información sobre los servicios que puedan estar disponibles para usted.

Si no hay lugar suficiente en la solicitud para alguna de sus respuestas, por favor adjunte una hoja aparte.

Procedimiento de reclamo/queja/apelación:

El objetivo del procedimiento de reclamo/queja/apelación es

- Asegurar un trato justo y equitativo para todos los consumidores, eliminar la insatisfacción, resolver los problemas y
- establecer procedimientos de reclamos y apelaciones que informen al consumidor de sus derechos al reclamo y a recibir una respuesta por escrito a nivel del proveedor

Todo consumidor elegible para la OAA/OCA (Ley para Americanos Mayores/Ley de nativos de Colorado mayores) que tenga un reclamo/queja con la organización que le pide que complete este formulario de evaluación, tiene el derecho de presentar un reclamo/queja con dicha organización y, si no está satisfecho con la decisión de la organización, tiene el derecho de apelar esa decisión ya sea con AAA (Agencia local de Envejecimiento) local o con la SUA (Unidad Estatal de Envejecimiento).

El procedimiento completo de reclamo/queja/apelación está disponible previa solicitud mediante el contacto con su AAA local y/o la SUA de la siguiente manera:

Office of Community Access and Independence (Oficina de Acceso a la comunidad e independencia)
Aging and Adult Services (Servicios de envejecimiento y adultos)
1575 Sherman Street, 10th Floor
Denver, CO 80203
(303) 866-2800 (Línea principal)
(303) 866- 2977 (Fax)
(888) 866-4243 (Gratuita)

Contribuciones:

Toda persona que recibe servicios tendrá la oportunidad de contribuir al costo del servicio. No se le negará el servicio a ninguna persona elegible por su incapacidad de contribución y/o elección de no contribuir.

GUARDE ESTE FORMULARIO PARA SU REGISTRO

Instructions about filling out the 2019 Basic Consumer Intake Form:

This Basic Consumer Intake Form is provided as a courtesy to allow the AAAs and their providers to gather the information required by the federal or state government to be entered into Colorado's official data system (currently PeerPlace). If this information is already obtained by other means, there is no need to fill this Basic Intake Form out again, as long as you have the data to register a client in PeerPlace, by entering the starred (*) data elements into the detailed consumer record.

(*) Any fields with this prefix designate demographic data collected by the federal or state government to support the need for continued funding for the various programs. This data will be de-identified and used in aggregate form to compile statistical information. None of the data is sold to a third party and any personal information will only be used in an effort to better serve the client in providing him/her with services.

There is one additional required field you need to be aware of, which is not on the form, but needs to be checked in the Financial section under Client Information when you enter the Basic Consumer Intake into PeerPlace. That field is 'Is the client's income level below the national poverty level?' Please check "Yes", if the either the question above about the monthly individual or household income is answered with "Yes"; mark 'No' otherwise.

Any fields which do not have the (*) prefix are optional, but help determine in what other ways we might be able to help the client and to get feed-back about which of our outreach programs are successful. Please try to obtain as much information as possible, since we can only help when we know that there is a need.

While we ask you to make an honest effort to gather this basic information, we cannot deny services to clients on the basis of them refusing to provide the requested information, as our programs are not means tested. Since our programs are specifically for the elderly, particularly for persons age 60 or over, the date of birth needs to be filled in. If the client refuses to provide his/her date of birth, please enter 01/01/1901. Then, indicate in the General Comments "client refused to provide DOB, so the default date was entered".

This form may be used for the following workflows (any other workflow requires one of the available assessment forms, rather than just a basic intake):

- Assisted Transportation/Escort
- Counseling
- Health Promotion
- Information and Assistance (if this is entered as an aggregate, no basic intake or registration is needed)
- Material Aid
- Nutrition Education (if this is entered as an aggregate, no basic intake or registration is needed)
- Reassurance
- Transportation
- Other (service type Screening always needs a basic intake, Education may be entered as aggregate, in which case no basic intake or registration is needed)

If you have any questions, please contact your local AAA office.