

**Encuesta de Mayor Necesidad (MIN) del Programa Apoyo Familiar (FSSP)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del Solicitante: |       | Fecha de nacimiento: |       |
| Nombre de la persona que complete formulario: |       | Edad: |       |
| Relación con el individuo: |       | Diagnostico/Retraso: |       |

**Instrucciones: En cada sección a continuación, marque la opción que crea que describe mejor la discapacidad intelectual/del desarrollo (I/ DD) o el retraso en el desarrollo de su familiar. Debe haber una marca de verificación en el área "Necesidades" y una en el área "Recursos" para cada sección. El número de la izquierda es la puntuación de cada opción. Su puntaje de Recursos restado de su puntaje de Necesidades es igual a su puntaje para esa sección.**

 **Verifique qué recursos reciben los miembros de la familia en el hogar y considere esos recursos al completar este formulario:**

|  |
| --- |
| **Extensiones de Medicaid para servicios en el hogar/comunidad** [ ]  **CES** [ ]  **SLS** [ ]  **EBD** [ ]  **CWA** [ ]  **CHCBS** [ ] **CLLI** [ ] **BI** [ ]  **SCI** |
| [ ]  | Seguro médico privado | [ ]  | Intervención Temprana (0 a 2) | [ ]  | Ingresos familiares  |
| [ ]  | Medicaid | [ ]  | WIC | [ ]  | LEAP |
| [ ]  | Medicaid Programa de Aceptación  | [ ]  | Home Care Allowance (HCA) | [ ]  | TANF |
| [ ]  | Child Health Plan Plus (CHP+) | [ ]  | Quest Card |  [ ]  | Section 8 Housing |
| [ ]  | SSI | [ ]  | Materias primas  | [ ]  | Fideicomiso para necesidades especiales  |

#  MOVILIDAD

**Necesidades**

*Considere equilibrio, coordinación y nivel de asistencia que se necesita para movilidad/traslados; compare al desarrollo típico, según la edad*

|  |  |
| --- | --- |
| 0[ ]  | La persona puede caminar independientemente; movilidad no está limitada, tiene el uso completo de sus manos y pies. |
| 1[ ]  | La persona puede caminar con poca asistencia, tiene el uso de sus manos y pies. |
| 2[ ]  | La persona no puede caminar; tiene uso limitado de sus manos y pies; puede ayudar parcialmente con traslados; peso/ tamañono es un problema. |
| 3[ ]  | La persona no puede caminar o moverse independientemente; no puede ayudar con traslados y/o su peso/tamaño los hacedifíciles. |
| Comentarios: |       |

**Recursos**

*Considere acceso al equipo adaptativo, terapias, apoyo de otras personas/agencias, fuentes de fondos*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4 | [ ]  |  | Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia. |
| 3[ ]  | Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificadosanteriormente y / o soportes naturales |
| 2[ ]  | Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para attender la necessidad. Ninguna o bajanecessidad de fondos FSSP. |
| 1[ ]  | Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondosFSSP para ayudar a pagar los servicios. |
| 0[ ]  | Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo.Alta necesidad de fondos. |
| Comentarios: |       |

#  CUIDADO MÉDICO/ENFERMERO (Incluyendo audición y visión)

**Necesidades**

*Compare al desarrollo típico*

|  |  |
| --- | --- |
| 0[ ]  | La persona no necesita más cuidado médico que las citas rutinas. |
| 2[ ]  | La persona necesita más cuidado médico que las citas rutinas. |
| 4[ ]  | La persona necesita cuidado médico por una enfermedad aguda o frecuente o condición médica. |
| 6[ ]  | La persona tiene necesidades médicas que considerablemente afectan su habilidad de participar en casa, escuela y actividades enla comunidad |
| Comentarios: |       |

**Recursos**

*Considere suficiente cobertura médica, acceso a la asistencia médica, etc.*

VER 9/2018 SJ Page 1 of 5

# DDRC FSSP MIN Assessment

|  |  |
| --- | --- |
| 4[ ]  | Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia. |
| 3[ ]  | Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales |
| 2[ ]  | Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para attender la necessidad. Ninguna o baja necessidad de fondos FSSP. |
| 1[ ]  | Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios. |
| 0[ ]  | Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos. |
| Comentarios: |       |

**TRANSPORTE**

**Necesidades**

*Considere: ¿Está equipado el vehículo para la persona con la discapacidad intelectual/del desarrollo? ¿Es difícil el transporte? ¿Pasa tiempo excesivo transportando para citas médicas?*

|  |  |
| --- | --- |
| 0[ ]  | La persona/familia tiene una situación típica de transporte. |
| 1[ ]  | La participación de la persona/familia en la casa, escuela o actividades en la comunidad se interrumpe por lo menos una vez porsemana como resultado de la falta de transporte. |
| 2[ ]  | La participación de la persona/familia en la casa, escuela o actividades en la comunidad se interrumpe más que una vez porsemana como resultado de la falta del transporte. |
| 3[ ]  | La persona/familia no tiene ningún acceso fiable al transporte. |
| Comentarios: |       |

**Recursos**

*Considere rampas, adaptaciones al vehículo, y apoyo de otras personas/agencias*

|  |  |
| --- | --- |
| 4[ ]  | Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia. |
| 3[ ]  | Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales |
| 2[ ]  | Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para attender la necessidad. Ninguna o baja necessidad de fondos FSSP. |
| 1[ ]  | Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios. |
| 0[ ]  | Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos. |
| Comentarios: |       |

**Necesidades**

**CUIDADO PERSONAL (alimentación, bañarse, vestirse, usar el inodoro)**

*Compare al desarrollo típico, según la edad*

|  |  |
| --- | --- |
| 0[ ]  | La persona siempre puede completar actividades de cuidado personal. |
| 1[ ]  | La persona necesita recordatorios verbales para empezar/completar algunas de las actividades diarias. |
| 2[ ]  | La persona necesita asistencia física para completar la mayoría de las actividades diarias. |
| 3[ ]  | La persona necesita cuidado completo y no es típico según su edad. |
| Comentarios: |       |

**Recursos**

*Considere la disponibilidad del apoyo de miembros de la familia, vecinos, amigos y agencias*

|  |  |
| --- | --- |
| 4[ ]  | Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia. |
| 3[ ]  | Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales |
| 2[ ]  | Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para attender la necessidad. Ninguna o baja necessidad de fondos FSSP. |
| 1[ ]  | Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios. |
| 0[ ]  | Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos. |
| Comentarios: |       |

**Necesidades**

**SUPERVISIÓN**

*Compare al desarrollo típico, según la edad*

|  |  |
| --- | --- |
| 0[ ]  | La persona necesita supervisión típica según su edad. |
| 2[ ]  | La persona necesita supervisión ocasionalmente. |
| 4[ ]  | La persona necesita supervisión frecuentemente. |
| 6[ ]  | La persona necesita supervisión continuamente (nunca puede estar solo sin supervisión) |
| Comentarios: |       |

VER 9/2018 SJ Page 2 of 5

# DDRC FSSP MIN Assessment

**Recursos**

*Considere cuidado compartido entre otras personas en el hogar, apoyo de miembros de la familia, amigos, vecinos y agencias*

|  |  |
| --- | --- |
| 4[ ]  | Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia. |
| 3[ ]  | Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificadosanteriormente y / o soportes naturales |
| 2[ ]  | Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para attender la necessidad. Ninguna o bajanecessidad de fondos FSSP. |
| 1[ ]  | Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondos FSSPpara ayudar a pagar los servicios. |
| 0[ ]  | Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos. |
| Comentarios: |       |

**COMPORTAMIENTO**

**Necesidades**

*Considere comportamiento inapropiado contra sí mismo, otros y/o propiedad, huir, vagar, llorar/gritar espontáneamente; compare al desarrollo típico según la edad*

|  |  |
| --- | --- |
| 0[ ]  | Ninguna preocupación en cuanto al comportamiento. |
| 2[ ]  | Hay preocupaciones leves en cuanto al comportamiento. Pueda necesitar recordatorios verbales, redirección o supervisión perogeneralmente no resulta en daño a sí mismo, otras personas o propiedad. |
| 4[ ]  | Hay preocupaciones moderadas en cuanto al comportamiento. Demuestra comportamiento inapropiado que arriesga a sí mismoy/o otras personas; necesita intervención por lo menos semanalmente. |
| 6[ ]  | Hay preocupaciones serias en cuanto al comportamiento. Demuestra comportamiento inapropiado que arriesga a sí mismo y/ootras personas; necesita intervención diariamente. |
| Comentarios: |       |

**Recursos**

*Considere alivio a los cuidadores, terapias, apoyo de otras personas/agencias*

|  |  |
| --- | --- |
| 4[ ]  | Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia. |
| 3[ ]  | Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificadosanteriormente y / o soportes naturales |
| 2[ ]  | Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para attender la necessidad. Ninguna o bajanecessidad de fondos FSSP. |
| 1[ ]  | Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondosFSSP para ayudar a pagar los servicios. |
| 0[ ]  | Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo.Alta necesidad de fondos. |
| Comentarios: |       |

**Necesidades**

**SUEÑO**

*Compare a hábitos de sueño que son apropiados según la edad*

|  |  |
| --- | --- |
| 0[ ]  | Ningún problema para dormir. |
| 1[ ]  | Hay trastornos leves en los hábitos de sueño que ocurren aproximadamente una vez por semana. |
| 2[ ]  | Hay trastornos moderados en los hábitos de sueño que ocurren entre dos y cinco veces por semana. |
| 3[ ]  | Hay trastornos serios en los hábitos de sueño que requieren mucha intervención durante la noche. |
| Comentarios: |       |

**Recursos**

*Considere cuidado compartido entre otras personas en el hogar, descansos de supervisión, somníferos/medicamentos, ambiente modificado para dormir*

|  |  |
| --- | --- |
| 4[ ]  | Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia. |
| 3[ ]  | Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales |
| 2[ ]  | Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para attender la necessidad. Ninguna o baja necessidad de fondos FSSP. |
| 1[ ]  | Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondosFSSP para ayudar a pagar los servicios. |
| 0[ ]  | Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo.Alta necesidad de fondos. |
| Comentarios: |       |

**Necesidades**

**COMUNICACIÓN**

*Compare al desarrollo típico según la edad*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 0[ ]  | Ninguna preocupación en cuanto a la comunicación. |

VER 19/2018 SJ Page 3 of 5

# DDRC FSSP MIN Assessment

|  |  |
| --- | --- |
| 1[ ]  | Hay preocupaciones leves en cuanto a la comunicación. Necesidades y deseos son cubiertos regularmente a través decomunicación verbal limitada con personas conocidas y también desconocidas. |
| 2[ ]  | Hay preocupaciones moderadas en cuanto a la comunicación. Usa otros modos para comunicar como gestos, PECS o un aparato;entendido sólo por personas conocidas. |
| 3[ ]  | Hay preocupaciones serias en cuanto a la comunicación. Tiene habilidades limitadas o inconsecuentes para comunicarse conotras personas. |
| Comentarios: |       |

**Recursos**

*Considere la disponibilidad de aparatos de comunicación, lenguaje de señas, y el entendimiento del cuidador sobre lenguaje personal/gestos/expresiones*

|  |  |
| --- | --- |
| 4[ ]  | Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia. |
| 3[ ]  | Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificados anteriormente y / o soportes naturales |
| 2[ ]  | Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para attender la necessidad. Ninguna o baja necessidad de fondos FSSP. |
| 1[ ]  | Nececidad es cubierta/ parcialmente cubierta. Los costos de los servicios causan cierto estres financiero. Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios. |
| 0[ ]  | Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo. Alta necesidad de fondos. |
| Comentarios: |       |

**Necesidades**

**ACCESO A GRUPOS DE APOYO**

*Compare a las rutinas familiares típicas, actividades/ocio, y participación en la comunidad*

|  |  |
| --- | --- |
| 0[ ]  | Estas cosas no se afectan porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa. |
| 1[ ]  | Estas cosas se afectan un poco porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa. |
| 2[ ]  | Estas cosas se afectan moderadamente porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa. |
| 3[ ]  | Estas cosas se afectan extremadamente porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa. |
| Comentarios: |       |

**Recursos**

*Considere cuidado compartido entre otras personas en el hogar, apoyo de parientes/amigos, la iglesia, organizaciones comunitarias, y agencias*

**COMPOSICIÓN Y ESTABILIDAD FAMILIAR**

|  |  |
| --- | --- |
| 4[ ]  | Ninguna necesidad en esta categoría. Esto no es un área de necesidad para nuestro miembro de la familia. |
| 3[ ]  | Necesidades son completamente cubiertas. Somos fácilmente capaces de satisfacer esta necesidad con los recursos verificadosanteriormente y / o soportes naturales |
| 2[ ]  | Nececidades son cubiertas adecuadamente. Contamos con los servicios o recursos para attender la necessidad. Ninguna o bajanecessidad de fondos FSSP. |
| 1[ ]  | Necesidades no son cumplidas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin estres emocional, fisico, o financiero, significativo.Necesitamos fondos FSSP para ayudar a pagar los servicios. |
| 0[ ]  | Necesidades no son cubiertas. Somos incapaz de satisfacer la necesidad sin un estrés emocional, físico o financiero significativo. Alta necesidad de fondos. |
| Comentarios: |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Favor de marcar la caja que mejor representa la situación de su familia/hogar. | N/A | Leve | Moderado | Alto |
|  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Relaciones dentro de la familia son tirantes. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Hay otros niños o adultos con discapacidades/retrasos/enfermedades en la casa. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Hermanos demuestran indicaciones de estrés como resultado del miembro de la familia con unadiscapacidad intelectual/del desarrollo que vive en la casa. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Nuestra familia es responsable por parientes. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| En los últimos doce meses, hubo un/a divorcio, separación, muerte o nuevo miembro de la familia. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Las actividades de la familia se centran en las necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo. El cuidador pasa mucho tiempo coordinando las varias necesidades de lapersona con una discapacidad intelectual/del desarrollo | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

VER 9/2018 SJ Page 4 of 5

# DDRC FSSP MIN Assessment

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| El cuidador pasa tiempo excesivo fuera del trabajo para cubrir las necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/desarrollo. El cuidador tuvo que dejar el trabajo o no puede trabajar debido a las necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo. El cuidador pasa muchotiempo coordinando las varias necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Hay dificultades adicionales debido a la edad/salud del cuidador. | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| El cuidador tiene dificultades adicionales porque la persona con una discapacidad intelectual/deldesarrollo está en la casa todo el día (no escuela/alivio a los cuidadores). | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Comentarios:       |

Otros comentarios

Según mi leal saber y entender, certifico que la información en este formulario es verdadera.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma de la persona que llenó el formulario |  | Fecha |

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de los padres |       |
| Dirección de los padres |       |
| Condado donde reside  |       |
| Número de teléfono |       |

Favor de devolver esta encuesta a: Fax: 303-462-6697 o Email FSSPMIN@ddrcco.com [Línea de asunto](https://www.linguee.com/spanish-english/translation/l%C3%ADnea%2Bde%2Basunto.html) FSSP MIN

 o Correo: DDRC/CFS

 11177 West 8th Avenue

 Lakewood, CO 80215

Las familias son elegibles para el Programa de Servicios de Apoyo Familiar (FSSP) si tienen un familiar con un retraso del desarrollo o discapacidad que viven en el hogar. El proceso de evaluación de la Mayoría en Necesidad (MIN) determina el nivel de la necesidad de la familia usando FSSP por lineamientos del estado. Para matricularse en FSSP deben completar el formulario MIN. Las familias inscritas en FSSP tienen prioridad de financiación basado en su puntaje total de MIN, a menos que su familiar ya esté inscrito en una dispensa de Medicaid o servicios de intervención

temprana. DDRC considera un individuo inscrito en CES, SLS o la dispensa de Medicaid de EBD como "menos necesitados" independientemente de su puntuación de MIN. Los niños inscritos en otros programas tendrán su nivel de necesidad determinada sobre una base individual. La cantidad de fondos aprobados se basa en los servicios solicitados y fondos disponibles. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar el formulario póngase en contacto con su coordinador de recursos o comuníquese con asistencia administrativa al 303-462-6576.

**Admin Use Only Below this line**

Date Received MIN: Date Letter Sent: MIN Score: MIN Level:

Low (0-19) Moderate (20-39) High (40+)