

**Datos individuales:**

FECHA DE LA REUNIÓN:	FECHA DE CREACIÓN:	FECHA DE FINALIZACIÓN:
NOMBRE:	APELLIDO:	
SEXO:	MCI:	CONDADO/COMUNIDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:	CATEGORÍA:	FECHA DE ENVÍO POR CORREO A LA FAMILIA:

**Motivo de actualización o revisión:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recientemente elegible   | <input type="checkbox"/> En un establecimiento de cuidados intermedios (intermediate care facility, ICF) privado o un centro de identificación estatal  |
| <input type="checkbox"/> Actualización anual (independientemente de los cambios en la categoría o el apoyo necesario) | <input type="checkbox"/> Solo cambio de categoría (emergencia, crítica, planificación)  |
| <input type="checkbox"/> Solo cambio en el apoyo necesario (más o menos); categoría sin cambio                        | <input type="checkbox"/> Cambio en la categoría y el apoyo necesario  |
| <input type="checkbox"/> Ya no tiene interés en recibir los servicios o ya no es elegible para los servicios          | <input type="checkbox"/> Sale de la lista de espera; las necesidades fueron satisfechas por otro programa (por ejemplo, centro médico comunitario [community health center, CHC], otro fondo de exención) |

**Información del participante:**

NOMBRE	FUNCIÓN	FECHA	FIRMA

**En los siguientes puntos, indique la razón de la necesidad al responder «Sí» o «No» en cada pregunta:**

NECESIDAD DE EMERGENCIA (LA PERSONA NECESITA APOYO INMEDIATAMENTE)		
<b>1</b>	Fallecimiento, crisis familiar, enfermedad grave del cuidador o el cuidador no puede continuar proporcionando atención y no hay ningún otro cuidador disponible.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>2</b>	La ayuda inmediata (de conducta, diaria, en el hogar u otra) evitará la necesidad inmediata para el apoyo residencial.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>3</b>	La persona ha sido encarcelada por orden de un tribunal o está en riesgo de ser encarcelada, sin apoyo alguno (puede ser en un centro estatal, un hogar grupal u otro ambiente residencial).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>4</b>	La persona está viviendo en un establecimiento o ubicación en que su salud o seguridad están en riesgo y necesita inmediatamente un nuevo lugar para vivir (por ejemplo, un refugio, una prisión, un hospital de cuidados intensivos, o la persona no tiene hogar).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>5</b>	Se necesita inmediatamente apoyo adicional para proteger la salud y la seguridad de la persona o para evitar que la coloquen en un centro estatal, una residencia de ancianos, un ICF grande u otro establecimiento de atención congregada por necesidades de conducta, necesidades físicas u otras situaciones.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DE LA PERSONA:

## CONFIDENCIAL

NECESIDAD DE EMERGENCIA (LA PERSONA NECESITA APOYO INMEDIATAMENTE)		
6	Se necesita apoyo a largo plazo (más de 90 días) inmediatamente para (1) que la familia o el cuidador mantengan a la persona en el hogar, y no hay otras personas encargadas del cuidado disponibles; O (2) para que la persona que necesita apoyo inmediato permanezca en su propio hogar o en el de su familia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	Se necesita apoyo a corto plazo (90 días o menos) inmediatamente para (1) que la familia o el cuidador mantengan a la persona en el hogar, y no hay otras personas encargadas del cuidado disponibles; O (2) para que la persona que necesita apoyo inmediato permanezca en su propio hogar o en el de su familia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8	Hay dos o más personas en el hogar que requieren apoyo con sus actividades o con su vida diaria que compromete la capacidad del cuidador al momento de garantizar la salud y la seguridad de la persona.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	La persona tiene un solo cuidador y se necesita apoyo inmediatamente para garantizar la salud y la seguridad de la persona.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10	La persona, su familia o el cuidador necesitan apoyo inmediato para conservar su situación laboral, obtener seguimiento con el trabajo con apoyo, o conseguir un buen resultado laboral posterior a la escuela.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NECESIDAD CRÍTICA (LA PERSONA NECESITA APOYO EN UN PLAZO DE DOS AÑOS)		
1	La persona tiene a un cuidador de más de 60 años y necesitará apoyo en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2	La persona tiene a una persona enferma encargada de su cuidado que no será capaz de continuar proporcionando cuidado en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3	La persona tiene necesidades de apoyo conductual, inquietudes o afecciones médicas que justificarán el apoyo adicional en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	La persona tiene necesidades personales o físicas que las personas actualmente encargadas del cuidado o los familiares no pueden satisfacer, o la salud de la persona se ha deteriorado y se necesitará apoyo en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	Ha ocurrido un fallecimiento u otra crisis familiar (por ejemplo, enfermedad o divorcio), que requieren apoyo adicional en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	Se ha producido un cambio en el hogar que ya no permite que el cuidador proporcione el nivel de apoyo previamente proporcionado (por ejemplo, un nuevo miembro en el hogar que requiere cuidado y asistencia en las actividades de la vida diaria; deterioro de la salud del cuidador).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	La persona o el cuidador necesitarán una modificación alternativa en la vivienda en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8	La persona se ha graduado o ha abandonado la escuela en los últimos cinco años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9	La persona se va a graduar de la preparatoria en los próximos dos años y necesitará apoyo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10	La persona tiene a un solo cuidador y necesitará apoyo en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11	Hay dos o más personas en el hogar que requieren apoyo con sus actividades de la vida diaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12	La persona se ha mudado de otro condado donde solo recibía apoyo residencial, apoyo diario o en el hogar (solo fondos de no exención).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13	La persona recibe apoyo diario inadecuado para satisfacer sus necesidades.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14	La persona se ha mudado de otro estado donde solo recibía apoyo residencial, apoyo diario o apoyo en el hogar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15	El condado o la entidad administrativa tienen planes para ayudar a la persona que se muda en los próximos dos años (de un centro estatal, una residencia de ancianos, un hospital estatal u otro entorno residencial).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16	La persona perderá la elegibilidad para el programa de Apoyo para Niños y Jóvenes (Child and Youth Support) en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17	La persona perderá la elegibilidad para los servicios del Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT) o los servicios de rehabilitación de salud conductual.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18	La persona perderá la elegibilidad para el apoyo de la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo (Omnibus Budget Reconciliation, OBRA) o de la residencia de ancianos en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19	La persona recibe servicios o apoyo para los diagnósticos médicos o de conducta durante la mayor parte del día o en un nivel muy alto.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DE LA PERSONA:

**CONFIDENCIAL**

<b>NECESIDAD CRÍTICA (LA PERSONA NECESITA APOYO EN UN PLAZO DE DOS AÑOS)</b>		
<b>20</b>	La persona perderá la elegibilidad a un centro residencial de tratamiento en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>21</b>	La persona perderá la elegibilidad para el apoyo residencial recibido en una escuela privada aprobada en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>22</b>	La persona saldrá de la cárcel, prisión u otra instalación penal en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>23</b>	La persona necesitará apoyo para permanecer en su hogar o en la casa de la familia en los próximos dos años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>24</b>	La persona ha sido identificada como lista para recibir el alta en los próximos dos años (de un hospital estatal, un centro estatal, un ICF privado, una residencia para ancianos u otro establecimiento residencial).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>PLANIFICACIÓN PARA LA NECESIDAD (LA NECESIDAD DE APOYO DE LA PERSONA OCURRIRÁ EN MÁS DE DOS AÑOS PERO EN MENOS DE CINCO AÑOS)</b>		
<b>1</b>	La familia o el cuidador tienen o tendrán más de 60 años y necesitarán apoyo en los próximos 2 a 5 años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>2</b>	La persona vive en un establecimiento de grupo residencial grande; y la persona o la familia han expresado su deseo de mudarse (o el condado o la entidad administrativa planean mudar a la persona).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>3</b>	Necesidad conocida de apoyo a más de dos años. Especifique: Ingrese la fecha en que se necesitará (DD/MM/AAAA):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>4</b>	La persona, su familia o el cuidador necesitarán más apoyo en los próximos 2 a 5 años.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>5</b>	La persona perderá la elegibilidad para el programa de Apoyo para Niños y Jóvenes (Child and Youth Support) en los próximos 2 a 5 años. Ingrese la fecha en que se necesitará (DD/MM/AAAA):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>6</b>	La persona perderá la elegibilidad para los servicios del Programa de detección, diagnóstico y tratamiento tempranos y periódicos (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT), los servicios de rehabilitación de salud conductual u otro apoyo de salud mental o conductual (incluida la atención de los servicios terapéuticos en hogares sustitutos) dentro de 2 a 5 años. Ingrese la fecha en que se necesitará (DD/MM/AAAA):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>7</b>	La persona perderá la elegibilidad a un centro residencial de tratamiento en los próximos 2 a 5 años. Ingrese la fecha en que se necesitará (DD/MM/AAAA):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>8</b>	La persona perderá la elegibilidad para el apoyo residencial recibido en la colocación de una escuela privada aprobada en los próximos 2 a 5 años. Ingrese la fecha en que se necesitará (DD/MM/AAAA):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>9</b>	La persona se va a graduar de la preparatoria dentro de los próximos 2 a 5 años. Ingrese la fecha en que se necesitará (DD/MM/AAAA):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>10</b>	La persona vive en un establecimiento residencial más restrictivo de lo necesario.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Apoyo y servicios existentes:**

Responda «Sí» o «No» al apoyo que actualmente se lleva a cabo y especifique si el apoyo es de la Oficina de Programas de Desarrollo (Office of Developmental Programs, ODP) o no es de la ODP (entre estos se incluyen, el apoyo educativo, el EPSDT y los recursos comunitarios).

<b>APOYO INDIVIDUAL</b>	
<b>Apoyo de relevo al cuidador las 24 horas</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DE LA PERSONA:

**CONFIDENCIAL**

<b>APOYO INDIVIDUAL</b>	
<b>Apoyo de relevo al cuidador menos de 24 horas</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Terapia ocupacional</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Terapia física</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Apoyo de comunicación</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Otras terapias</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Educación</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Educación para adultos o postsecundaria</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Apoyo en el hogar y en la comunidad, desarrollo de habilidades especializadas o acompañante</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Tecnología asistencial</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Apoyo en el trabajo doméstico o tareas del hogar</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Accesibilidad ambiental (por ejemplo, modificaciones en el hogar o en el vehículo)</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Otro apoyo individual</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>TRANSPORTE</b>	
<b>Transporte (incluido el reintegro por viaje o millaje, paratransito, etc.)</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DE LA PERSONA:

**CONFIDENCIAL**

<b>APOYO DIARIO Y EMPLEO</b>	
<b>Apoyo sénior</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Empleo con apoyo (evaluación de carrera, capacitación de empleo, etc.)</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Apoyo en la participación comunitaria</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Apoyo diario para adultos</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Otro apoyo diario (por ejemplo, realización de tareas voluntarias, experiencia comunitaria)</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>APOYO RESIDENCIAL</b>	
<b>Vida en familia o compartida</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Cuidado tutelar (solo para menores)</b>	
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>La persona es dueña del hogar individual o lo arrienda; con personal menos de 24 horas por día</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>La persona es dueña del hogar individual o lo arrienda; con personal las 24 horas del día</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Apartamento u hogar grupal de la agencia con personal menos de 24 horas por día</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Apartamento u hogar grupal de la agencia con personal las 24 horas del día</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Residencia de ancianos</b>	
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Otra institución con más de 15 personas</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DE LA PERSONA:

## CONFIDENCIAL

APOYO RESIDENCIAL	
<b>Centro estatal</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>ICF privado</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Centro de cuidado de salud de atención domiciliar o personal (cuidado tutelar de adultos)</b>	
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Vida con asistencia</b>	
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Alojamiento o relevo de transición</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Otro apoyo residencial o de vivienda</b>	
Apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sin apoyo de la ODP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Apoyo necesario:

En los siguientes puntos, indique si necesita apoyo al responder «Sí» o «No» en todas las preguntas.

APOYO INDIVIDUAL	
Fecha de la primera solicitud en esta categoría (DD/MM/AAAA):	
La persona necesita apoyo por la noche para proporcionarle un descanso al cuidador.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo por unas horas durante el día para proporcionarle un descanso al cuidador.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita servicios o apoyo conductuales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita terapia física para ayudar a mejorar o mantener su capacidad de movimiento.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo porque tiene dificultad para comunicarse.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita otras terapias (por ejemplo, visual, para la movilidad, ocupacional, musical).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo con la educación más allá de la preparatoria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo para aprender o mantener las habilidades y participar en actividades del hogar o de la comunidad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita un objeto o dispositivo para comunicarse, autodirigirse o desarrollar capacidades de adaptación (por ejemplo, tecnología asistencial, equipo de adaptación).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo con las necesidades médicas que no están cubiertas por el seguro (enfermero o asistente de enfermería certificado).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita modificaciones en su hogar o su vehículo para acceder a ellos, o por seguridad o independencia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita otro apoyo individual que no se encuentra entre los mencionados.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

TRANSPORTE	
Fecha de la primera solicitud en esta categoría (DD/MM/AAAA):	
La persona necesita transporte a diario o casi todos los días.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita transporte algunos días o con menos frecuencia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ESCRIBA AQUÍ EL NOMBRE DE LA PERSONA:

**CONFIDENCIAL**

<b>APOYO DIARIO O EMPLEO</b>	
Fecha de la primera solicitud en esta categoría (DD/MM/AAAA):	
La persona necesita apoyo con la jubilación o para planificar la jubilación.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo para buscar o conservar un empleo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo con actividades que la prepararán mejor para un empleo (por ejemplo, aprender sobre incentivos laborales, cómo administrar beneficios médicos y económicos cuando trabaja).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo para participar en actividades comunitarias, incluida la realización de tareas voluntarias.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>APOYO RESIDENCIAL</b>	
Fecha de la primera solicitud en esta categoría (DD/MM/AAAA):	
La persona necesita apoyo que sería mejor si viviera en otro hogar con una familia capacitada para proporcionar apoyo (Lifesharing).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo constante para vivir en un hogar o un departamento que posee y administra una agencia, con apoyo vocacional.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo para vivir en un hogar propio.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo ocasional para vivir en un hogar o un departamento que posee y administra una agencia.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita apoyo constante para vivir en un hogar o un departamento que posee y administra una agencia, sin apoyo vocacional.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La persona necesita otro apoyo residencial o de vivienda.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No