

### Foundational Community Supports: Evaluación de empleo apoyado

 Evaluación inicial

 Reautorización

\* Indica un campo obligatorio.

<b>Fecha:</b>	<b>*Nombre:</b>	<b>*No. de ID de Provider One:</b>	<b>*Fecha de nacimiento:</b>
<b>Dirección (si no tiene dirección postal, especifique la ciudad):</b>		<b>Dirección de correo electrónico:</b>	
<b>Número telefónico:</b>		<b>Veterano:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Es miembro de una tribu de indios americanos/nativos de Alaska reconocida federalmente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Si es sí, especifique de cuál tribu:</b>	
<p><b>Parte A: Criterios basados en necesidades</b>  <i>La información de esta sección es necesaria con el fin de determinar la elegibilidad para servicios de empleo apoyado.</i></p> <p><u>¿Está interesado el cliente en buscar empleo?</u> Elija un detalle.</p> <p>Si es sí, ¿cuál es la fuente de esta respuesta?</p> <p><input type="checkbox"/> Declaración del cliente</p> <p><input type="checkbox"/> Referido de un profesional clínico/encargado de caso/otro</p> <p><input type="checkbox"/> Conversación con la familia (o tutor legal o representante designado)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p> <p><b>*Necesidad de salud para empleo apoyado (debe seleccionar por lo menos una).</b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>¿Está inscrito el cliente en el programa estatal Housing and Essential Needs (HEN) o Aged, Blind or Disabled (ABD)? De ser así, proporcione la carta de concesión.</u> Elija un detalle.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>¿Cumple el cliente uno de los siguientes criterios (según lo determinado por una agencia autorizada de salud del comportamiento)?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosticado con una enfermedad mental que produce la necesidad de mejora, estabilización o prevención de deterioro del funcionamiento, según lo definido en los <a href="#">Estándares de acceso al cuidado</a></p> <p><input type="checkbox"/> Diagnosticado con un trastorno por el uso de sustancias, según lo determinado por cumplir un nivel de 1 o mayor de los criterios de la American Society of Addiction Medicine</p> <p><input type="checkbox"/> <u>¿Cumple el cliente uno de los siguientes criterios (según lo determinado por una evaluación de recursos de valoración integral)?</u></p> <p><input type="checkbox"/> Necesita asistencia con por lo menos tres actividades de la vida cotidiana (ADLs)</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita asistencia práctica con por lo menos una ADL que puede necesitar cuidado corporal</p>			

**\*Factores de riesgo (A ser aprobados por un profesional calificado; debe seleccionar por lo menos un factor de riesgo):**

*Documente cualquier condición y/o diagnóstico que contribuya con uno o más de los siguientes factores de riesgo:*

*Los siguientes factores de riesgo deben ser producto de una evaluación por parte de una agencia autorizada de salud del comportamiento:*

- Incapacidad de vivir en un entorno independiente o familiar sin apoyo:** descuido o interrupción de la capacidad de atender necesidades básicas; incapacidad de participar o seguir realizando o responder a servicios menos intensivos; está en riesgo de necesitar cuidado en entornos más restrictivos
- En riesgo de daño grave a sí mismo o a otras personas:** la persona es seriamente perjudicial a la familia y/o la comunidad, resultando en arresto, encarcelamiento, hospitalización u otro confinamiento que tiene la intención de protegerlo a él mismo o a otras personas de lesiones; intento de suicidio o pensamientos suicidas
- Disfunción en el desempeño de roles:** molesto o en dificultades frecuentemente en entornos del trabajo o la escuela/entrenamiento, produciendo despido o suspensión/expulsión; no puede trabajar, asistir a la escuela o cumplir otras responsabilidades apropiadas del desarrollo; dificultad con la vida cotidiana, comunicación, habilidades interpersonales, autocuidado y autodirección
- Riesgo de deterioro:** factores persistentes o crónicos tales como aislamiento social, pobreza, agentes estresantes crónicos extremos; incapacidad documentada de mantener la participación en servicios necesarios; el cuidado es complicado y requiere una variedad de proveedores; cualquier logro en el funcionamiento no se ha solidificado o no puede mantenerse sin tratamiento y/o apoyos
- Tratamiento por el uso de sustancias:** tiene trastorno por el uso de sustancias con múltiples episodios de tratamiento residencial y/o en internación (más de un episodio en los últimos dos años)

*El siguiente factor de riesgo debe ser producto de una evaluación de informe de valoración integral:*

- Una incapacidad de obtener o mantener empleo producto de la edad, discapacidad física o lesión cerebral traumática

*El siguiente factor de riesgo debe ser producto de un proceso de evaluación progresiva de HEN/ABD:*

- Incapaz de tener un empleo remunerado por al menos 90 días consecutivos debido a una deficiencia mental o física

**Proporcione detalles:**

## Parte B: Evaluación de empleo

Llénela lo mejor que pueda. La información de esta sección evalúa las necesidades, preferencias y capacidades de empleo de la persona. Esta información no afecta la elegibilidad.

### Estado laboral

- Desempleado
- Empleado a tiempo parcial
- Empleado a tiempo completo
- Actividades no remuneradas de empleo
- Inscrito en un programa de capacitación/educación

### Indigente (el estado de no tener casa)

- Vive en un lugar que no está hecho para que lo habiten humanos (por ejemplo: carro)
- En un refugio de emergencia
- Indigente pero admitido a un hospital u otra institución por menos de 30 días
- En riesgo inminente de perder su vivienda
- Desalojado o con hipoteca ejecutada dentro de 30 días sin ninguna residencia futura identificada
- De casa en casa de amigos (coach surfing) o en alojamiento compartido (doubled up)
- Otro

### Si el cliente tiene alojamiento actualmente, cuál es el tipo de vivienda:

- Vivienda transitoria/temporal
- Vivienda permanente

### Ingresos totales

- Menos de \$10,000
- \$10,000-\$14,999
- \$15,000-\$19,999
- \$20,000-\$24,999
- \$25,000-\$29,999
- \$30,000-\$34,999
- \$35,000 o más

### Fuente de los ingresos

- Seguro Social
- Pensión
- Ingresos del Seguro Social
- Ingresos por discapacidad del Seguro Social
- Temporary Assistance for Needy Families
- Aged, Blind and Disabled
- Empleo
- Otro

Identifique qué información indica que la persona se beneficiaría de servicios de empleo apoyado (marque todas las que apliquen):

- Historial de trabajo con interrupciones o baja estabilidad en el puesto de trabajo
- Metas vocacionales poco claras
- Habilidades prevocacionales deficientes (sin hoja de vida, le faltan habilidades para entrevistas, etc.)
- La autoevaluación del cliente de preparación para el empleo es baja
- Problemas importantes de salud han afectado el empleo consistentemente en el pasado o pueden afectarlo posiblemente en el futuro
- La solicitud declarada del cliente de apoyo continuo

La anterior información de la evaluación fue obtenida por (marque todas las que apliquen):

- Declaraciones directas del cliente
- Personal clínico/encargado de caso/otra evaluación en el referido para servicios de empleo
- Otro:

Fortalezas del cliente en términos de empleo (marque todas las que apliquen):

- Motivación
- Apoyos naturales de la familia y amigos
- Flexible en términos de empleo
- Tiene transporte propio
- Logros educativos
- Buena experiencia anterior en el empleo elegido
- Buenas referencias
- Tiene buenas habilidades de búsqueda de empleo
- Se relaciona bien interpersonalmente

Barreras del cliente que deben ser abordadas en términos de empleo (marque todas las que apliquen):

*Nota: Estas áreas son para apoyo, no son descalificadores o mecanismos de filtro para empleo.*

- Poco apoyo de la familia y amigos
- Falta de transporte propio
- Bajos logros educativos
- Poca experiencia laboral previa
- Mala experiencia laboral previa
- Abuso de sustancias actual

**Notas:**

<b>Evaluación completada por:</b>	<b>Cargo/credenciales:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma:</b>		
<b>Evaluación supervisada por (si aplica):</b>	<b>Cargo/credenciales:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma:</b>		
<b>*Consentimiento del inscrito para los servicios (nombre en letra de imprenta):</b>		
<b>*Firma del inscrito:</b>		<b>*Fecha:</b>
<b>Notas:</b>		