



**PROGRAMA DE SERVICIOS APOYO FAMILIAR ENCUESTA DE MAYOR NECESIDAD (FSSP MIN)**

*Esta no es la solicitud becaria. Se enviara por correo separado en una fecha posterior.*

|                                |                               |              |
|--------------------------------|-------------------------------|--------------|
| <b>Nombre del Solicitante:</b> | <b>Fecha de Nacimiento:</b>   | <b>Edad:</b> |
| <b>Forma Completado Por:</b>   | <b>Relacion al Individuo:</b> |              |
| <b>Dirección:</b>              | <b>Correo Electrónico:</b>    |              |
| <b>Ciudad, Codigo, Zip:</b>    | <b>Condado:</b>               |              |
| <b>Teléfono de Casa:</b>       | <b>Celular:</b>               |              |
| <b>Fecha de Hoy:</b>           |                               |              |

**INSTRUCCIONES:** En cada categoría abajo, por favor de marcar la categoría en que usted siente que mejor describe el retraso o discapacidad del miembro de la familia.

Por favor de marcar **UNA** caja en el área de necesidades **Y UNA** caja en el área de recursos para cada categoría.

**1. MOVILIDAD**

**NECESIDADES** Considerar equilibrio, coordinación, y la cantidad de ayuda necesitado para mover y mover entre lugares; comparar con lo que se espera demás de la misma edad que el niño

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | La persona puede caminar independientemente; movilidad no está limitado, persona tiene el uso completo de sus manos y pies.                  |
| <input type="checkbox"/> | La persona puede caminar con poca asistencia, tiene el uso de manos y pies.  |
| <input type="checkbox"/> | La persona no puede caminar; tiene uso limitado de sus manos y pies; puede ayudar parcialmente con traslados; peso/tamaño no es un problema. |
| <input type="checkbox"/> | La persona no puede caminar o moverse independientemente, no puede ayudar con traslados, y/o su peso/ tamaño los hace difíciles.             |

**RECURSOS** Considerar disponibilidad a equipo adaptado, terapias, ayuda de otras personas, agencias, y fondos de financiamiento

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.     |
| <input type="checkbox"/> | Necesidades <b>son completamente cubiertas.</b>  |
| <input type="checkbox"/> | Necesidades <b>son generalmente cubiertas.</b>   |
| <input type="checkbox"/> | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas.</b> |
| <input type="checkbox"/> | Necesidades <b>NO son cubiertas.</b>             |

**COMENTARIOS**

## 2. EL OIDO/LA AUDICION

**NECESIDADES** *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad*

|  |  |
|--|--|
|  | No hay preocupaciones con la audición.             |
|  | La persona tiene pérdida de audición leve.         |
|  | La persona tiene pérdida de audición moderada.     |
|  | La persona tiene una profunda pérdida de audición. |

**RECURSOS** *Considerar disponibilidad de aparatos de audición, especialistas, y fondos de financiamiento*

|  |   |
|--|---|
|  | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.      |
|  | Necesidades <b>son completamente cubiertas</b> .  |
|  | Necesidades <b>son generalmente cubiertas</b> .   |
|  | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas</b> . |
|  | Necesidades <b>NO son cubiertas</b> .             |

**COMENTARIOS**

## 3. VISION/VISTA

**NECESIDADES** *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad*

|  |  |
|--|--|
|  | No hay preocupaciones de la vista.                                 |
|  | Visión puede ser corregida con gafas o lentes de contacto.         |
|  | Tiene baja capacidad para ver, aun con gafas o lentes de contacto. |
|  | Hay poca o ninguna visión funcional.                               |

**RECURSOS** *Considerar disponibilidad de lentes correctivos o tecnología de asistencia, especialistas, y fondos de financiamiento*

|  |   |
|--|---|
|  | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.      |
|  | Necesidades <b>son completamente cubiertas</b> .  |
|  | Necesidades <b>son generalmente cubiertas</b> .   |
|  | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas</b> . |
|  | Necesidades <b>NO son cubiertas</b> .             |

**COMENTARIOS**

#### 4. CUIDADO MEDICO/ENFERMERO

**NECESIDADES** *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad*

|  |  |
|--|--|
|  | La persona no necesita más cuidado médico aparte de citas médicas rutinas.   |
|  | La persona necesita más cuidado médico que las citas rutinas.  |
|  | La persona necesita cuidado médico por una enfermedad aguda o frecuente condición médica.  |
|  | La persona tiene necesidades médicas que considerablemente afectan su habilidad de participar en casa, escuela, y actividades en la comunidad. |

**RECURSOS** *Considerar suficiente cobertura médica, acceso a la asistencia médica, etc.*

|  |   |
|--|---|
|  | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.      |
|  | Necesidades <b>son completamente cubiertas</b> .  |
|  | Necesidades <b>son generalmente cubiertas</b> .   |
|  | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas</b> . |
|  | Necesidades <b>NO son cubiertas</b> .             |

**COMENTARIOS**

#### 5. TRANSPORTE

**NECESIDADES** *¿El vehículo está equipado adecuadamente a su niño? ¿La transportación es difícil? ¿Gastas mucho tiempo excesivo en la transportación a las citas médicas?*

|  |  |
|--|--|
|  | La persona/familia tiene una situación típica del transporte.  |
|  | La participación de la persona/familia en casa, escuela, o actividades de la comunidad se interrumpe por lo menos una vez por semana al resultado de la falta de transporte. |
|  | La participación de la persona/familia en casa, escuela, o actividades de la comunidad se interrumpe más que una vez por semana al resultado de la falta de transporte.      |
|  | La persona/familia no tiene ningún acceso fiable al transporte.  |

**RECURSOS** *Disponibilidad o presencia de rampas, adaptaciones de vehículos, otro ayuda de familia, amigos, o agencias.*

|  |   |
|--|---|
|  | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.      |
|  | Necesidades <b>son completamente cubiertas</b> .  |
|  | Necesidades <b>son generalmente cubiertas</b> .   |
|  | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas</b> . |
|  | Necesidades <b>NO son cubiertas</b> .             |

**COMENTARIOS**

## 6. CUIDADO PERSONAL

**NECESIDADES** *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad*

|  |   |
|--|---|
|  | La persona puede completar actividad de cuidado personal.   |
|  | La persona necesita recordatorios verbales para empezar/completar algunas de las actividades diarias. |
|  | La persona necesita asistencia física para completar la mayoría de las actividades diarias.           |
|  | La persona necesita cuidado completo y no es típico según su edad.                                    |

**RECURSOS** *Disponibilidad de apoyo de la familia, amigos, o agencias.*

|  |  |
|--|--|
|  | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.     |
|  | Necesidades <b>son completamente cubiertas</b>   |
|  | Necesidades <b>son generalmente cubiertas.</b>   |
|  | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas.</b> |
|  | Necesidades <b>NO son cubiertas.</b>             |

**COMENTARIOS**

## 7. SUPERVISION

**NECESIDADES** *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad*

|  |   |
|--|---|
|  | La persona necesita supervisión típica por su edad.                                 |
|  | La persona necesita supervisión ocasionalmente.                                     |
|  | La persona necesita supervisión frecuentemente.                                     |
|  | La persona necesita supervisión continuamente (no puede estar solo sin supervisión) |

**RECURSOS** *Considerar cuidado compartido entre otras personas en el hogar, apoyo de miembros de la familiar, amigos, vecinos, y agencias.*

|  |  |
|--|--|
|  | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.     |
|  | Necesidades <b>son completamente cubiertas.</b>  |
|  | Necesidades <b>son generalmente cubiertas.</b>   |
|  | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas.</b> |
|  | Necesidades <b>NO son cubiertas.</b>             |

**COMENTARIOS**

## 8. COMPORTAMIENTO

**NECESIDADES** Considerar comportamiento inapropiado contra sí mismo, otros y/o propiedad, huir, vagar, llorar/gritar espontáneamente, comparar al desarrollo típico según su edad.

|  |   |
|--|---|
|  | No hay preocupaciones de comportamiento.  |
|  | Hay preocupaciones de comportamiento leves. Tal vez requiere acuerdos verbales, redirección, o supervisión pero no generalmente no resulta en daños a uno mismo, otros o propiedad. |
|  | Hay preocupaciones de comportamiento moderados. Demuestra comportamiento inapropiado que arriesga a sí mismo y/o otras personas; necesita intervención por los menos semanalmente.  |
|  | Hay preocupaciones extremos de comportamiento. Demuestra comportamiento inapropiado que arriesga a sí mismo y/o otras personas; necesita intervención diariamente.                  |

**RECURSOS** Considerar descansos de cuidado, terapias, apoyo de otros/agencias.

|  |   |
|--|---|
|  | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.      |
|  | Necesidades <b>son completamente cubiertas</b> .  |
|  | Necesidades <b>son generalmente cubiertas</b> .   |
|  | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas</b> . |
|  | Necesidades <b>NO son cubiertas</b> .             |

### COMENTARIOS

## 9. COMO DUERME/SUENO

**NECESIDADES** Comparar a hábitos de sueño que son apropiados según la edad

|  |  |
|--|--|
|  | No hay problemas de dormir.  |
|  | Hay trastornos leves en los hábitos de sueño que ocurren aproximadamente una vez por semana.     |
|  | Hay trastornos moderados en los hábitos de sueño que ocurren entre dos y cinco veces por semana. |
|  | Hay trastornos serios en los hábitos de sueño que requieren mucha intervención durante la noche. |

**RECURSOS** Considerar cuidado compartido, descansos de supervisión constante, uso de ayudas del sueño/medicamentos, ambiente modificada para dormir.

|  |   |
|--|---|
|  | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.      |
|  | Necesidades <b>son completamente cubiertas</b> .  |
|  | Necesidades <b>son generalmente cubiertas</b> .   |
|  | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas</b> . |
|  | Necesidades <b>NO son cubiertas</b> .             |

### COMENTARIOS

## 10. COMUNICACION

**NECESIDADES** *Comparar con desarrollo típico, consistente con edad.*

|  |   |
|--|---|
|  | No hay preocupaciones en cuanto a la comunicación.  |
|  | Hay preocupaciones leves en cuanto la comunicación. Necesidades y deseos son cubiertos regularmente a través de comunicación verbal limitada con personas conocidas y también desconocidas. |
|  | Hay preocupaciones moderadas en cuanto a la comunicación. Usa otras maneras de comunicar como gestos, PECS o un aparato; entendido solo por personas conocidas.                             |
|  | Hay preocupaciones serias en cuanto la comunicación. Tiene habilidades limitadas o inconsecuentes para comunicarse con otras personas.  |

**RECURSOS** *Considerar disponibilidad de dispositivos de comunicación, uso de lenguaje de señas, entendimiento del cuidador de lenguaje personal, gestos, y expresiones.*

|  |  |
|--|--|
|  | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.     |
|  | Necesidades <b>son completamente cubiertas.</b>  |
|  | Necesidades <b>son generalmente cubiertas.</b>   |
|  | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas.</b> |
|  | Necesidades <b>NO son cubiertas.</b>             |

**COMENTARIOS**

## 11. ACCESO A GRUPOS DE APOYO

**NECESIDADES** *Comparar con las rutinas regulares de la familia, actividades, y participación en la comunidad.*

|  |  |
|--|--|
|  | Estos cosas no se afectan porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.             |
|  | Estos cosas se afectan un poco porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.        |
|  | Estos cosas se afectan moderadamente porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa.  |
|  | Estos cosas se afectan extremadamente porque hay una persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo en la casa. |

**RECURSOS** *Considerar cuidado compartido, apoyo de familia extendida, amigos, iglesia, organizaciones comunitarias, agencias.*

|  |  |
|--|--|
|  | <b>No hay necesidades</b> en esta categoría.     |
|  | Necesidades <b>son completamente cubiertas.</b>  |
|  | Necesidades <b>son generalmente cubiertas.</b>   |
|  | Necesidades <b>son ocasionalmente cubiertas.</b> |
|  | Necesidades <b>NO son cubiertas.</b>             |

**COMENTARIOS**

## 12. COMPOSICION Y ESTABILIDAD FAMILIAR

|  |          |          |          |   |
|--|----------|----------|----------|---|
| <b>Por favor de marcar la caja que mejor represente su situación de familia/hogar:</b>                           |          |          |          |   |
| <b>0 =no hay problema o no aplique    1 = problemas leves    2 = problemas moderados    3 = problemas graves</b> |          |          |          |   |
| <b>0</b>   | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> |   |
|  |          |          |          | a) Las relaciones son tensas dentro nuestra familia.  |
|  |          |          |          | b) Hay otros niños o adultos con discapacidades / retrasos / enfermedades en el hogar.  |
|  |          |          |          | c) Hermanos muestran signos de estrés debido a un familiar con una discapacidad del desarrollo que viven en el hogar.   |
|  |          |          |          | d) Nuestra familia tiene la responsabilidad de otros miembros de la familia extendida.  |
|  |          |          |          | e) En el último año, hubo un/a divorcio, separación, muerte o nuevo miembro de la familiar.   |
|  |          |          |          | f) Las actividades de la familia se centran sobre las necesidades del miembro de la familia con discapacidades del desarrollo.  |
|  |          |          |          | g) El cuidador pasa tiempo excesivo fuera del trabajo para cubrir las necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/desarrollo.                                  |
|  |          |          |          | h) El cuidador tuvo que dejar el trabajo o no puede trabajar debido a las necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo.                          |
|  |          |          |          | i) El cuidador pasa mucho tiempo coordinando las varias necesidades de la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo.  |
|  |          |          |          | j) El cuidador tiene estrés.  |
|  |          |          |          | k) Hay dificultades adicionales debido a la edad/salud del cuidador.  |
|  |          |          |          | l) El cuidador tiene dificultades adicionales porque la persona con una discapacidad intelectual/del desarrollo está en casa todo el día (no escuela/alivio a los cuidadores) |

**COMENTARIOS**

## 13. RECURSOS ADICIONALES

Por favor de **CIRCULAR** los recursos que recibe cualquier miembro de su hogar:

|                                   |   |                              |                      |   |                     |
|-----------------------------------|---|------------------------------|----------------------|---|---------------------|
| <b>CHP+<br/>Medicaid<br/>TANF</b> | <b>Commodities<br/>Quest Card<br/>WIC</b> | <b>HCA<br/>RCCO<br/>Otro</b> | <b>HCBS<br/>SNAP</b> | <b>Early Intervention<br/>Section 8</b> | <b>LEAP<br/>SSI</b> |
|-----------------------------------|---|------------------------------|----------------------|---|---------------------|

*Marcar aquí si usted desea que la navegadora de apoyo familiar habla con usted acerca sus necesidades o recursos*

**Yo verifico que esta información indicada sea verdad y lo mejor de mi conocimiento**

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**POR FAVOR DEVOLVER TODAS LAS PÁGINAS COMPLETADAS A:**

Correo: Imagine! 1400 Dixon Ave Lafayette, CO 80026 Attn: FSSP  
Fax: 303-665-2648 Attn: FSSP Correo Electrónico: FSSP@imaginecolorado.org