

Foundational Community Supports: Evaluación de empleo apoyado

 Evaluación inicial

 Reautorización

**Indica un campo obligatorio.*

*Fecha:	*Nombre:	*No. de ID de ProviderOne:	*Fecha de nacimiento:
Dirección (no se requiere si es indigente):		*Ciudad, Estado Código postal:	
Número telefónico:		Correo electrónico:	
¿Es miembro de una tribu de indios americanos/nativos de Alaska con reconocimiento federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, especifique cuál tribu:</i>		Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		*Nombre de la agencia del proveedor:	
Parte A: Requisitos de elegibilidad para necesidades complejas <i>La información de esta sección es necesaria con el fin de determinar la elegibilidad para servicios de empleo apoyado.</i>			
*Necesidad de salud (debe seleccionar por lo menos una) El cliente cumple con uno de los siguientes criterios (según lo determinado por una agencia autorizada de salud del comportamiento): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Está inscrito en el programa estatal Housing and Essential Needs (HEN) o Aged, Blind or Disabled (ABD). <i>(Proporcione la carta de la concesión).</i> <input type="checkbox"/> Diagnosticado con una enfermedad mental que produce la necesidad de mejora, estabilización o prevención de deterioro del funcionamiento originado por la presencia de una enfermedad mental <input type="checkbox"/> Diagnosticado con un trastorno por el uso de sustancias, según lo determinado por cumplir un nivel de uno o mayor de los criterios de la American Society of Addiction Medicine <input type="checkbox"/> Necesita asistencia con tres o más actividades del diario vivir (ADL) o una o más ADL prácticas (según lo determinado por un <i>Análisis de valoración integral y evaluación de recursos (CARE)</i>) 			
*Factores de riesgo a ser aprobados por un profesional certificado y calificado (debe seleccionar por lo menos un factor de riesgo): <i>Documente cualquier condición y diagnóstico que contribuya con uno o más de los siguientes factores de riesgo:</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> En riesgo por deterioro de enfermedad mental y/o trastorno por el uso de sustancias, incluyendo una o más de las siguientes condiciones: <i>factores persistentes o crónicos de riesgo, tales como aislamiento social debido a la falta de apoyos familiares o sociales; pobreza; implicación en justicia penal; indigencia; cuidado para enfermedad mental y/o trastorno por el uso de sustancias que requiere varios tipos de proveedores, incluyendo salud del comportamiento, cuidado primario, servicios y apoyos a largo plazo; o un historial psiquiátrico pasado sin una mejora funcional significativa que se pueda mantener sin tratamiento y apoyos</i> <input type="checkbox"/> Disfunción en el desempeño de roles: <i>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</i> 			

- Tratamiento por el uso de sustancias:** *tiene trastorno por el uso de sustancias con dos o más episodios de tratamiento residencial y/o en internación en los últimos dos años*
- Una incapacidad de obtener o mantener empleo producto de la edad, discapacidad física o lesión cerebral traumática (*debe ser producto de una Evaluación CARE*)
- Incapaz de tener un empleo remunerado por al menos 90 días consecutivos debido a una deficiencia mental o física (*debe ser producto de un proceso de Evaluación progresiva de HEN/ABD*)

Proporcione cualquier detalle adicional (si aplica):

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 es obligatoria, pero no afecta la elegibilidad.

¿Está interesado el cliente en buscar empleo? Sí No *Si es sí, ¿cuál es la fuente de esta respuesta?*

- Declaración del cliente
- Referido de un profesional clínico/administrador de casos/otro
- Conversación con la familia (o tutor legal o representante designado) Otra:

*Estado laboral:

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

*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
- Otra:

*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

***Tipo de vivienda:**

- Vivienda transitoria/temporal
- Vivienda permanente
- Sin vivienda (indigente)

***Si está indigente, elija el tipo:**

- 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 la 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)
- Otra:

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

- Declaraciones directas del cliente
- Personal clínico/administrador de casos/otra evaluación en el referido para servicios de empleo
- Otra:

Fortalezas del cliente en términos de empleo (marque todas las opciones 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 opciones 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:		
Evaluación completada por:	Cargo/credenciales:	Fecha:
Firma:	*Nombre de la agencia del proveedor:	
Evaluación supervisada por (si aplica):	Cargo/credenciales:	Fecha:
Firma:		
*Consentimiento del inscrito para los servicios (nombre en letra de imprenta):		
<i>*Indique el consentimiento verbal en las notas abajo si no se pudo obtener la firma (obligatorio si no hay firma).</i>		
*Firma del inscrito:		*Fecha:
Notas:		