

Encuesta para familiares y amigos de personas que reciben servicios de Medicaid

Medicaid es un programa gubernamental que provee financiamiento para servicios y brinda asistencia a fin de ayudar a los adultos mayores de bajos ingresos y a las personas con discapacidades en todo el país para que vivan en sus comunidades. Estos servicios y esta asistencia pueden llevarse a cabo en el hogar, el lugar de trabajo o en un programa de día.

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), la agencia federal de financiamiento y supervisión del programa Medicaid, publicaron una norma para asegurarse de que los servicios y la asistencia, además de los lugares donde se brindan, sean verdaderamente parte de la comunidad.

Vea la tabla a continuación para acceder a un resumen de las características de los hogares y lugares de trabajo o programas de día que cumplen con la norma.

| Características del hogar | Características del lugar de trabajo o del programa de día |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">● Es parte de la comunidad.● Puede ser un miembro activo de la comunidad.● Puede ir a la comunidad cuando quiera.● Puede elegir a sus compañeros de habitación.● Puede decorar el lugar como quiera.● Tiene protección legal en lo que refiere a desalojo.● Puede acceder a todo el espacio habitable compartido en el hogar.● Tiene privacidad y puede cerrar con llave la puerta de su habitación.● Puede recibir visitas cuando lo desee.● Decide su cronograma.● Puede comer cuando quiera. Puede gastar su dinero como quiera.● Puede interactuar con personas con y sin discapacidades. | <ul style="list-style-type: none">● Es parte de la comunidad.● Puede ser un miembro activo de la comunidad.● Puede ir a la comunidad cuando quiera.● Elige si quiere trabajar y dónde.● Opina sobre los horarios y cronogramas.● Puede elegir ser voluntario.● Recibe asistencia para trabajar o ser voluntario.● Puede interactuar con personas con y sin discapacidades. |

Algunos entornos de servicios domésticos y comunitarios ya cumplen con estos estándares, y es posible que otros necesiten hacer cambios para cumplir con la norma. Esta encuesta será de utilidad para identificar qué hogares y lugares de trabajo pueden necesitar asistencia adicional en Colorado. También nos ayudará a identificar patrones en los tipos de cambios que deben hacerse.

Puede completar esta encuesta cuantas veces quiera. Sus respuestas serán confidenciales.

Encuesta para familiares y amigos de personas que reciben servicios de Medicaid

Preguntas sobre el entorno:

1) ¿Su familiar o amigo recibe servicios financiados por Medicaid en su hogar?

- Sí
- No

a) En caso afirmativo → ¿qué describe mejor al hogar?

- Centro de atención alternativo (ACF)
- Hogar de grupo para servicios y atención residencial grupal (GRSS)
- Hogar anfitrión para servicios y atención residencial individual (IRSS)
- Otro tipo de lugar para servicios y atención residencial individual (IRSS)
- Centro del Programa de vida con apoyo (SLP) bajo una exención de BI
- Centro del Programa de vida transitoria (TLP) bajo una exención de BI
- Hogar de cuidado adoptivo CHRP, Centro grupal especializado o Centro residencial de cuidado de niños
- Hogar privado que él/ella o un familiar poseen o alquilan

b) Proporcione el nombre de la agencia de servicios y la dirección del hogar donde viven y reciben los servicios financiados por Medicaid.

Nombre de la agencia/Dirección: _____

2) ¿Su familiar o amigo recibe servicios financiados por Medicaid en el lugar donde realiza un trabajo remunerado?

- Sí
- No
- No trabajan por dinero

a) En caso afirmativo → ¿qué describe mejor los servicios que recibe en el trabajo? Puede marcar más de una casilla.

- Empleo con asistencia—Individual
- Empleo con asistencia—Empleo con asistencia grupal

b) Proporcione el nombre de la agencia de servicios y la dirección donde trabajan y reciben los servicios financiados por Medicaid.

Nombre de la agencia/Dirección: _____

3) ¿Su familiar o amigo recibe servicios financiados por Medicaid en un programa de día? Si trabajan de forma voluntaria (trabajo no remunerado), considérela como un programa de día.

- Sí
- No

a) En caso afirmativo → ¿qué describe mejor dónde pasan el día? Puede marcar más de una casilla.

- Centro de servicios de día para adultos (no específico de IDD)—Básico o especializado
- Habilitación de día para personas con IDD—Centro de habilitación especializado
- Habilitación de día para personas con IDD—Conexiones comunitarias asistidas (SCC)
- Habilitación de día para personas con IDD—Centro de servicios prevocacionales
- Centro para tratamiento de día bajo exención por lesión cerebral
- Entorno de servicio de día para jóvenes bajo exención de Apoyo infantil intensivo (CES)
- Conector comunitario (para niños)

b) Proporcione el nombre de la agencia de servicios y la dirección del lugar en el que asisten a un programa de día y reciben servicios financiados por Medicaid.

Nombre de la agencia/Dirección: _____

Encuesta para familiares y amigos de personas que reciben servicios de Medicaid

Preguntas sobre el hogar

Si su familiar o amigo no recibe servicios financiados por Medicaid en su hogar, vaya directamente a la página 5.

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|---|--|--|
| <p>Integración: La reglamentación requiere que ellos tengan pleno acceso a los beneficios de la vida comunitaria y que puedan recibir servicios en un entorno integrado. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su hogar se ajusta al requisito.</p> | | |
| 1. | ¿Su hogar en la comunidad se encuentra entre otros hogares y apartamentos o negocios? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. | Interactúan con la gente de su barrio, fuera de su hogar... | <input type="checkbox"/> Varias veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> Un par de veces al mes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> No tienen vecinos |
| 3. | ¿Tienen amigos que no sean personal pagado, familiares u otras personas que reciben servicios? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3a. | ¿Con qué frecuencia, si así lo desean, pueden reunirse con sus amigos? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre |
| 3b. | ¿Tienen familiares que vivan cerca? No incluya a los familiares con los que viven. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. | ¿Con qué frecuencia, si así lo desean, pueden reunirse con sus amigos? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> No se aplica a este caso |
| 5. | ¿Conocen las actividades que se realizan fuera de su hogar (por ejemplo, una feria, películas, un evento musical)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5a. | Si conocen las actividades fuera de su hogar, ¿participan en esas actividades? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5b. | ¿Podría brindar un ejemplo de una actividad en la que ellos participan fuera de su hogar? _____ | |
| 6. | ¿El personal en su hogar les proporciona información y ayuda para acceder al transporte público, como autobuses o taxis? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7. | ¿Necesitan más ayuda de la que reciben por parte del personal en el hogar para realizar actividades en la comunidad? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. | Si tienen planes en la comunidad, como ir al médico, reunirse con amigos o ir a la biblioteca, ¿con qué frecuencia pudieron llegar hasta allí? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre |
| 9. | ¿Ellos o su tutor deciden cómo gastar su dinero? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Encuesta para familiares y amigos de personas que reciben servicios de Medicaid

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|-----|--------------------|-----------|
| | Otros comentarios: | |

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|--|--|--|
| Elección: La reglamentación requiere que puedan elegir dónde vivir. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su hogar se ajusta al requisito. | | |
| 10. | ¿Expresaron su opinión sobre dónde iban a vivir? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11. | ¿Eligieron vivir en un hogar donde ya vivían otras personas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. | ¿Tienen un compañero de habitación que comparta el dormitorio con ellos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12a. | Si es así, ¿cómo los eligieron? ¿O bien otra persona los eligió? | |
| | Otros comentarios: | |

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|---|---|---|
| Independencia: La reglamentación requiere que ellos puedan tomar sus decisiones. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su hogar se ajusta al requisito. | | |
| 13. | Por lo general, ¿pueden ir a donde quieran fuera de su casa, como salir a comer o ir de compras? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 14. | Por lo general, ¿pueden asistir a una iglesia u otro lugar de culto de su elección para practicar su fe? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a este caso |
| 15. | Por lo general, ¿pueden programar sus citas/paseos a su conveniencia en contraposición a la conveniencia del personal pagado que trabaja en su hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. | ¿Pueden participar en actividades comunitarias que no sean parte del horario previsto del hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 17. | ¿Tienen acceso a las áreas comunes en el hogar, incluidas la cocina y la lavandería? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 18. | ¿Pueden comer cuando y lo que quieran (salvo restricciones de dieta)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 19. | ¿Pueden hablar por teléfono cuando quieren? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 20. | ¿Pueden tener visitas cuando quieren, incluso durante la noche? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 21. | ¿Pueden salir del hogar cuando quieren, por su cuenta o con la asistencia del personal? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Otros comentarios: | |

Encuesta para familiares y amigos de personas que reciben servicios de Medicaid

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|---|---|--|
| Derechos: La reglamentación requiere que los traten bien y que se sientan seguros y cómodos en su hogar. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si el hogar se ajusta al requisito. | | |
| 22. | ¿El personal de su hogar los trata con respeto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 23. | ¿El personal de su hogar respeta sus elecciones? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 24. | ¿El personal de su hogar respeta su privacidad, incluso en su habitación y el baño? Por ejemplo, ¿el personal golpea antes de entrar en la habitación? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 25. | ¿Tienen una cerradura en la puerta de la habitación? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 26. | ¿Pueden cerrar la puerta del baño? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 27. | ¿Sus bienes personales están seguros en el hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 28. | ¿Tienen un contrato de arrendamiento o de residencia que les brinde protección contra desalojo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 29. | ¿El personal de su hogar aplica restricciones a las personas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Otros comentarios: | |

Preguntas sobre el lugar de trabajo

Si su familiar o amigo no recibe servicios financiados por Medicaid en su lugar de trabajo, vaya directamente a la página 7.

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|---|---|---|
| Integración: La reglamentación requiere que ellos tengan pleno acceso a los beneficios de la vida comunitaria y que puedan recibir servicios en un entorno integrado. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su lugar de trabajo se ajusta al requisito. | | |
| 1. | ¿Ganan por lo menos el salario mínimo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. | En el trabajo, ¿con qué frecuencia interactúan con personas sin discapacidades, como compañeros de trabajo o clientes sin discapacidades? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre |
| 3. | Ayudar a conseguir un trabajo puede incluir ayudar a encontrar un lugar para trabajar o ayudar a obtener las habilidades que ellos necesitan para trabajar. ¿Se le pagó a alguien para que los ayudara a conseguir un trabajo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. | A veces, las personas necesitan ayuda de otras personas para trabajar en sus empleos. Por ejemplo, pueden necesitar ayuda para ir o desplazarse al trabajo, ayuda para realizar su trabajo o ayuda para relacionarse con otros trabajadores. ¿Se le pagó a alguien para que los ayudara con el trabajo que tienen ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Encuesta para familiares y amigos de personas que reciben servicios de Medicaid

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|-----|--|--|
| 5. | ¿Su trabajo en la comunidad se encuentra junto con otros hogares o negocios? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. | ¿Son miembros activos de la comunidad como parte de su trabajo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Otros comentarios: | |

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|--|---|---|
| Elección: La reglamentación requiere que puedan elegir dónde trabajar. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su lugar de trabajo se ajusta al requisito. | | |
| 7. | ¿Tienen apoyo para participar en el trabajo remunerado de su elección? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a este caso |
| 8. | En general, ¿siente que tienen el apoyo que necesitan para tener éxito en su trabajo remunerado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a este caso |
| 9. | ¿Siente que trabajan suficientes horas durante la semana? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a este caso |
| 9a. | En caso negativo, ¿siente que tienen el apoyo para hablar y hacer cambios a sus horas de trabajo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Otros comentarios: | |

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|--|--|---|
| Independencia: La reglamentación requiere que ellos puedan tomar sus decisiones. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su lugar de trabajo se ajusta al requisito. | | |
| 10. | ¿Tienen el apoyo para opinar sobre su horario de trabajo, el tiempo de descanso/almuerzo y los beneficios en su trabajo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a este caso |
| | Otros comentarios: | |

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|--|--|--|
| Derechos: La reglamentación requiere que los traten bien y se sientan seguros y cómodos en su trabajo. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su lugar de trabajo se ajusta al requisito. | | |
| 11. | ¿El personal de su lugar de trabajo los trata con respeto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12. | ¿El personal de su lugar de trabajo respeta sus elecciones? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 13. | ¿El personal de su lugar de trabajo aplica restricciones a las personas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Encuesta para familiares y amigos de personas que reciben servicios de Medicaid

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|--------------------|---|--|
| 14. | ¿El personal de su lugar de trabajo respeta su privacidad, incluso en el baño y en el vestuario? Por ejemplo, ¿el personal golpea antes de entrar al baño o al vestuario? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 15. | ¿Pueden cerrar la puerta del baño en su lugar de trabajo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 16. | ¿Tienen un lugar seguro para guardar sus pertenencias en el trabajo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Otros comentarios: | | |

Preguntas sobre el programa de día

Si su familiar o amigo no recibe servicios financiados por Medicaid en su programa de día, vaya directamente a la página 10.

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|--|--|--|
| Integración: La reglamentación requiere que ellos tengan pleno acceso a los beneficios de la vida comunitaria y que puedan recibir servicios en un entorno integrado. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su programa de día se ajusta al requisito. | | |
| 1. | ¿Su programa de día se encuentra en la comunidad junto con otros hogares o negocios? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. | ¿Son miembros activos en la comunidad como parte de su programa de día? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. | Interactúan con la gente de su comunidad, fuera de su programa de día... | <input type="checkbox"/> Varias veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> Un par de veces al mes <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca |
| 4. | ¿Tienen amigos que no sean personal pagado u otras personas que reciben servicios en su programa de día? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4a. | ¿Con qué frecuencia, si así lo desean, pueden reunirse con sus amigos? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre |
| 5. | ¿Tienen familiares que viven cerca de su programa de día? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5a. | ¿Con qué frecuencia, cuando quieren, pueden reunirse con los familiares que viven cerca? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> No se aplica a este caso |
| 6. | ¿Conocen las actividades que se realizan fuera de su programa de día (por ejemplo, una feria, películas, un evento musical)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6a. | Si conocen las actividades fuera de su programa de día, ¿participan en esas actividades? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Encuesta para familiares y amigos de personas que reciben servicios de Medicaid

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|-----|--|---|
| 6b. | ¿Podría brindar un ejemplo de una actividad en la que ellos participan fuera de su programa de día? _____ | |
| 7. | ¿El personal de su programa de día les proporciona información y ayuda para acceder al transporte público, como autobuses o taxis? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. | ¿Necesitan más ayuda de la que reciben por parte del personal de su programa de día para hacer actividades en su comunidad? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 9. | Si tienen planes en la comunidad, como ir al médico, reunirse con amigos o ir a la biblioteca, ¿con qué frecuencia pueden llegar hasta allí? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre |
| 10. | Si no tienen un trabajo remunerado, ¿quieren trabajar para recibir una remuneración por su trabajo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a este caso, tienen un trabajo remunerado |
| 11. | A veces, las personas sienten que algo les impide tener un trabajo remunerado cuando así lo quieren. ¿Esto es cierto en su caso? En caso afirmativo, explique por qué: _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a este caso, tienen un trabajo remunerado |
| | Otros comentarios: | |

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|---|--|--|
| Elección: La reglamentación requiere que ellos puedan elegir donde pasar el día. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su programa de día se ajusta al requisito. | | |
| 12. | ¿Expresan su opinión sobre dónde pasar el día? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 13. | En general, ¿siente que tienen el apoyo que necesitan para tener éxito en su puesto de voluntario, trabajo escolar o programa de día de su elección? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 14. | ¿Su programa de día tiene actividades que sean apropiadas para su edad e intereses? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 15. | ¿Qué tipo de actividades realizan típicamente durante su programa de día? _____ | |
| 16. | ¿Su programa de día les proporciona la oportunidad de encontrar y conocer gente fuera del edificio del programa de día? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Otros comentarios: | |

Encuesta para familiares y amigos de personas que reciben servicios de Medicaid

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|---|--|---|
| Independencia: La reglamentación requiere que ellos puedan tomar sus decisiones. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su programa de día se ajusta al requisito. | | |
| 17. | ¿Con qué frecuencia su día suele seguir un horario estricto que todos sigan de forma grupal? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre |
| 18. | Si quieren hacer algo diferente de lo que los otros hacen, ¿con qué frecuencia pueden hacerlo? | <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre |
| 19. | ¿Pueden comer cuando y lo que quieran (salvo restricciones de dieta)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Otros comentarios: | |

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|---|--|--|
| Derechos: La reglamentación requiere que los traten bien y que se sientan seguros y cómodos en su hogar. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su programa de día se ajusta al requisito. | | |
| 20. | ¿El personal de su programa de día los trata con respeto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 21. | ¿El personal de su programa de día respeta sus elecciones? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 22. | ¿El personal de su programa de día aplica restricciones a las personas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 23. | ¿El personal de su programa de día respeta su privacidad, incluso en el baño y en el vestuario? Por ejemplo, ¿el personal golpea antes de entrar al baño o al vestuario? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 24. | ¿Pueden cerrar la puerta del baño en su programa de día? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 25. | ¿Tienen un lugar seguro para guardar sus pertenencias en su programa de día? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Otros comentarios: | |

Encuesta para familiares y amigos de personas que reciben servicios de Medicaid

Preguntas de cierre

¿Tiene algún comentario adicional sobre los servicios que recibe su familiar o amigo?

Su respuesta es anónima. Si desea que sepamos quién es usted, agregue su información de contacto a continuación.

Nombre:

Correo electrónico:

¡Gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta! Para ver las actualizaciones sobre el cumplimiento de los requisitos de la norma en Colorado, visite el sitio web de Política y financiamiento de atención médica en: www.colorado.gov/hcpf/home-and-community-based-services-settings-final-rule.

Por favor regrese la copia a:
Dept. of Health Care Policy & Financing
Attn: Statewide Transition Plan Team
1570 Grant Street
Denver, CO 80203