

Entornos domésticos y comunitarios de Colorado

Encuesta para personas

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 personas que reciben servicios de Medicaid

Preguntas sobre el entorno:

1) ¿Recibe servicios financiados por Medicaid en su hogar?

- Sí
- No

a) En caso afirmativo → ¿qué es lo que mejor describe a su 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 yo o un familiar poseemos o alquilamos

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

Nombre de la agencia/Dirección: _____

2) ¿Recibe servicios financiados por Medicaid donde trabaja a cambio de una remuneración?

- Sí
- No
- No trabajo 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 del lugar donde trabaja y recibe los servicios financiados por Medicaid.

Nombre de la agencia/Dirección: _____

3) ¿Recibe servicios financiados por Medicaid en un programa de día? Si usted es voluntario (trabajo no remunerado), considérela como un programa de día.

- Sí
- No

a) En caso afirmativo → ¿qué describe mejor dónde pasa 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 asiste a un programa de día y recibe servicios financiados por Medicaid.

Nombre de la agencia/Dirección: _____

Encuesta para personas que reciben servicios de Medicaid

Preguntas sobre el hogar

Si 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 usted tenga pleno acceso a los beneficios de la vida comunitaria y que pueda 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.	Interactúo con gente de mi barrio, fuera de mi 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 tengo vecinos
3.	¿Tiene 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 desea, puede reunirse con sus amigos?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre
4.	¿Tiene familiares que vivan cerca? No incluya a los familiares con los que vive.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4a.	¿Con qué frecuencia, si así lo desea, puede 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 mí
5.	¿Conoce 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 conoce las actividades fuera de su hogar, ¿participa en esas actividades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5b.	¿Podría brindar un ejemplo de una actividad en la que usted participa fuera de su hogar?	
6.	¿El personal en su hogar le proporciona información y ayuda para acceder al transporte público, como autobuses o taxis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7.	¿Necesita más ayuda de la que recibe por parte del personal en su casa para realizar actividades en su comunidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.	Si tiene planes en la comunidad, como ir al médico, reunirse con amigos o ir a la biblioteca, ¿con qué frecuencia pudo llegar hasta allí?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre
9.	¿Usted o su tutor deciden cómo gastar su dinero?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Encuesta para personas que reciben servicios de Medicaid

N.º	Pregunta	Respuesta
	Otros comentarios:	

N.º	Pregunta	Respuesta
Elección: La reglamentación requiere que usted pueda elegir dónde vivir. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su hogar se ajusta al requisito.		
10.	¿Expresó su opinión sobre dónde iba a vivir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11.	¿Elegió vivir en un hogar donde ya vivían otras personas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12.	¿Tiene un compañero de habitación que comparta una habitación con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12a.	Si es así, ¿cómo los eligió? ¿O bien otra persona los eligió? _____	
	Otros comentarios:	

N.º	Pregunta	Respuesta
Independencia: La reglamentación requiere que usted pueda tomar sus decisiones. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su hogar se ajusta al requisito.		
13.	Por lo general, ¿puede ir a donde quiera fuera de su casa, como salir a comer o ir de compras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
14.	Por lo general, ¿puede 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 mí
15.	Por lo general, ¿puede programar sus citas/paseos según su conveniencia en lugar de según la conveniencia del personal pagado que trabaja en su	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16.	¿Puede participar en actividades comunitarias que no sean parte del horario previsto del hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17.	¿Tiene acceso a las áreas comunes en su hogar, incluidas la cocina y la lavandería?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
18.	¿Puede comer cuando y lo que quiera (salvo restricciones de dieta)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
19.	¿Puede hablar por teléfono cuando quiera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
20.	¿Puede recibir visitas cuando quiera, incluso durante la noche?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
21.	¿Puede salir de su casa cuando quiera, por su cuenta o con la asistencia del personal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Otros comentarios:	

Encuesta para personas que reciben servicios de Medicaid

N.º	Pregunta	Respuesta
<p>Derechos: La reglamentación requiere que lo traten bien y que se sienta seguro y cómodo en su hogar. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su hogar se ajusta al requisito.</p>		
22.	¿El personal de su hogar lo 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 su habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
25.	¿Tiene una cerradura en la puerta de su habitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
26.	¿Puede 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.	¿Tiene un contrato de arrendamiento o de residencia que le brinde protección contra el 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 no recibe servicios financiados por Medicaid en su lugar de trabajo, vaya directamente a la página 7.

N.º	Pregunta	Respuesta
<p>Integración: La reglamentación requiere que usted tenga pleno acceso a los beneficios de la vida comunitaria y que pueda recibir servicios en un entorno integrado. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su lugar de trabajo se ajusta al requisito.</p>		
1.	¿Gana por lo menos el salario mínimo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.	En el trabajo, ¿con qué frecuencia interactúa 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 usted necesita para trabajar. ¿Se le pagó a alguien para que lo 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 lo ayudara con el trabajo que tiene ahora?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5.	¿Su trabajo en la comunidad se encuentra junto con otros hogares o negocios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Encuesta para personas que reciben servicios de Medicaid

N.º	Pregunta	Respuesta
6.	¿Es usted un miembro activo 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 usted pueda elegir dónde trabajar. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su lugar de trabajo se ajusta al requisito.		
7.	¿Tiene 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 mí
8.	En general, ¿siente que tiene el apoyo que necesita para tener éxito en su trabajo remunerado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a mí
9.	¿Siente que trabaja suficientes horas durante la semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a mí
9a.	En caso negativo, ¿siente que tiene 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 usted pueda tomar sus decisiones. La siguiente pregunta está diseñada para averiguar si su lugar de trabajo se ajusta al requisito.		
10.	¿Tiene 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 mí
	Otros comentarios:	

N.º	Pregunta	Respuesta
Derechos: La reglamentación requiere que lo traten bien y que se sienta seguro y cómodo 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 lo 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 personas que reciben servicios de Medicaid

14.	¿El personal de su lugar de trabajo respeta su privacidad, incluso en el baño y el vestuario? Por ejemplo, ¿el personal golpea antes de entrar al baño o al vestuario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15.	¿Puede cerrar la puerta del baño en su lugar de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16.	¿Tiene 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 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 usted tenga pleno acceso a los beneficios de la vida comunitaria y que pueda 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 en la comunidad se encuentra junto con otros hogares o negocios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.	¿Es usted un miembro activo en la comunidad como parte de su programa de día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3.	Interactúo con personas de mi comunidad, fuera de mi 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.	¿Tiene 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 desea, puede reunirse con sus amigos?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre
5.	¿Tiene familiares que vivan cerca de su programa de día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5a.	¿Con qué frecuencia, si así lo desea, puede 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 mí
6.	¿Conoce 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 conoce las actividades fuera de su programa de día, ¿participa en esas actividades?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Encuesta para personas que reciben servicios de Medicaid

N.º	Pregunta	Respuesta
6b.	¿Podría brindar un ejemplo de una actividad en la que usted participa fuera de su programa de día? _____	
7.	¿El personal de su programa de día le proporciona información y ayuda para acceder al transporte público, como autobuses o taxis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8.	¿Necesita más ayuda de la que recibe 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 tiene planes en la comunidad, como ir al médico, reunirse con amigos o ir a la biblioteca, ¿con qué frecuencia pudo llegar hasta allí?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre
10.	Si no tiene un trabajo remunerado, ¿quiere trabajar para recibir una remuneración por su trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se aplica a mí, yo tengo 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 mí, tengo un trabajo remunerado
	Otros comentarios:	

N.º	Pregunta	Respuesta
Elección: La reglamentación requiere que usted pueda elegir dónde pasar el día. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su programa de día se ajusta al requisito.		
12.	¿Expresa su opinión sobre dónde pasar el día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
13.	En general, ¿siente que tiene el apoyo que necesita 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 realiza típicamente durante su programa de día? _____	
16.	¿Su programa de día le 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 personas que reciben servicios de Medicaid

N.º	Pregunta	Respuesta
Independencia: La reglamentación requiere que usted pueda 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 quiere hacer algo diferente de lo que los otros hacen, ¿con qué frecuencia puede hacerlo?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Casi siempre <input type="checkbox"/> Siempre
19.	¿Puede comer cuando y lo que quiera (salvo restricciones de dieta)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros comentarios:		

N.º	Pregunta	Respuesta
Derechos: La reglamentación requiere que lo traten bien y se sienta seguro y cómodo en su programa de día. Las siguientes preguntas están diseñadas para averiguar si su programa de día se ajusta al requisito.		
20.	¿El personal de su programa de día lo 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 el vestuario? Por ejemplo, ¿el personal golpea antes de entrar al baño o al vestuario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
24.	¿Puede cerrar la puerta del baño en su programa de día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
25.	¿Tiene un lugar seguro para guardar sus pertenencias en su programa de día?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otros comentarios:		

Encuesta para personas que reciben servicios de Medicaid

Preguntas de cierre

¿Tiene algún comentario adicional sobre los servicios que recibe?

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