



togetherforbetter

***Servicio Social del Condado de Clark
Aplicación de Colocación de Cuidados a Largo Plazo***

Llene por completo la aplicación, incluyendo la primera sección. Si una sección no es aplicable, favor de poner N/A.

Junta y copie todas las comprobaciones pertinentes listado en la pagina 6 de la aplicación.

Devuelva la aplicación y las comprobaciones a:

Clark County Social Service
Long Term Care/Homemaker Services
1600 Pinto Lane
Las Vegas, NV 89106
Fax: 702-455-8682

Puede enviar por correo la aplicación y las comprobaciones, o traerlas personalmente y dejárselas a la recepcionista. Una trabajadora social **no estará** disponible en este tiempo para repasar la solicitud o responder a sus preguntas. Trajeando la documentación en persona solo ahorra tiempo de envío.

Si tiene preguntas mientras llena la aplicación, favor de llamar 702-455-8687.



Servicio Social del Condado de Clark Aplicación de Colocación de Cuidados a Largo Plazo

Por favor, llene toda la aplicación. No deje espacios sin contestar; si una sección no es aplicable, marque N/A.

USO de OFICINA	
Date Received:	___/___/___
Assigned Worker:	_____
PIN:	_____
Case #:	_____

<u>SELECCIONE UNO:</u>	
Asilo de Ancianos	
Cuidado Grupal de Adults	

Fecha de solicitud: ___/___/___

Enviado por: _____

Relacion/Agencia: _____

Numero de telefono: (____) _____ - _____ Fax: (____) _____ - _____

Fecha de ingreso en el hospital o centro de cuidados de larga duración: ___/___/___

Fecha en que ya no se requieren cuidados intensivos: ___/___/___

Posible fecha de alta: ___/___/___

Evaluación del nivel de asistencia determinado por el Estado de Nevada: _____ Fecha de Evaluación: ___/___/___

Problemas médicos/razón de la colocación: _____

Persona de contacto para la cita: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) - _____ - _____

Información Del Paciente Que Requiere Cuidado a Largo Plazo

Nombre: _____ Apellido de soltero/a: _____

Número de Seguro social: ___/___/___ Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Sexo: M F

Etnicidad: Hispano No – Hispano No elegido

Raza: Indio Americano / Nativo Americano Asiático Negro / Afro Americano
Hispano o Latino Blanco Hawaiano Nativo / Isleño del Pacifico

Medicare #: _____ Parte A Fecha de Inicio: ___/___/___ Parte B Fecha de Inicio: ___/___/___

Lugar de Nacimiento: _____ Si nació en el extranjero, estatus legal : _____

Estado Civil: Fecha: ___/___/___ Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

Servicio Militar: _____ # de orden: _____ Desde: ___/___/___ A ___/___/___

Discapacidad relacionada con el servicio: Si No _____ % Discapacidad

Dirección Actual: _____ Código postal: _____

Dirección Postal: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____ Número de Mensajes: (____) _____ - _____

Información de Esposo/a (Complete si la persona esta vivo/a, divorciado/a o fallecido/a) M F

Nombre: _____ Apellido de Soltero/a: _____

Número de Seguro social: ___/___/___ Etnicidad: Hispano No – Hispano No elegido

Raza: Indio Americano / Nativo Americano Asiático Negro / Afro Americano
Hispano o Latino Blanco Hawaiano Nativo / Isleño del Pacifico

Fecha de nacimiento: ___/___/___

Número de Medicare #: _____ Parte A Fecha de Inicio: ___/___/___ Parte B Fecha de Inicio: ___/___/___

Lugar de Nacimiento: _____ Si nació en el extranjero, estatus legal: _____

Servicio Militar: _____ # de orden: _____ Desde: ___/___/___ A ___/___/___

Discapacidad relacionada con el servicio: Si No _____ % Discapacidad

Dirección Actual: _____ Codigo postal: _____

Dirección Postal: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: (____) _____ - _____ Núm ero de Mensajes: (____) _____ - _____

Otras personas que viven en el hogar (Sea concreto: hijo, hija, primos, ex esposa, amigo/a, Etc.)

Nombre	Sexo	Fecha de nacimiento	Numero social	Relación a la cabeza de familia

Ingresos familiares (Lista de **todos los fondos** recibidos por **Paciente de cuidados a largo plazo, esposo/a, y los hijos menores a su cargo**, por ejemplo empleo, beneficios de desempleo, Pensión, Seguridad Social, manutención de los hijos, Etc.)

Miembro del hogar	Origen	Cantidad	Fecha de concesión Por semana/Mes.	Numero de reclamo

Ingresos Totales del Hogar: \$ _____

Gastos Domésticos Pagados Realmente al Mes

Gastos	Cantidad	Gastos	Cantidad
Hipoteca Alquiler		Manutención de los hijos	
Recetas medicas, material medico		Cuidado de niños que no es pariente	
Seguro medico		IRS, Multas de conteo, Retribución	
Medico/Dentista/pago de facturas medicas		Otro:	

Total Actual de Gastos Mensuales del Hogar: \$ _____

RECURSOS ANTERIORES

Compañía de Seguro médico: _____ Pago por mes: \$ _____

Si no, razón: _____

Otros Recursos: Yo/Nosotros hemos solicitado el siguiente recurso _____ (SSI, SSA, VA, ADC, SIIS, Otro)
 aplicamos en ___/___/___ (Fecha). Planeo/planemos aplicar en ___/___/___ (Fecha).

Demandas: Especifique las demandas pendientes por accidentes de automóvil u otros accidentes, trabajo, Etc.:

Nombre y dirección del abogado: _____

Yo/Nosotros hemos declarado en bancarrota: No Si Planeo/planemos aplicar en ___/___/___ (Fecha)

Nombre y dirección del abogado: _____

Bienes	Si	No	Cantidad en Efectivo o Valor	Compañía / Local	Número de Cuenta /Policía
Efectivo en mano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
LTC cuenta fiduciaria del cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Certificado de ahorro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Contenido de la caja fuerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Seguro(s) de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Seguro funerario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Acciones/ Bonos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Propiedad de viviendas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Propiedad que no es vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Fideicomiso/Escritura/Documentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Fondo Conjunto/IRA/Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Vehículo(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Ganadería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		
Maquinaria/Equipamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$		

Beneficiario: _____

Yo/nosotros vendido/ Regalado, o transferido propiedad de terreno(s), dinero, escrituras de fideicomiso, otros bienes a alguien en los últimos 36 meses. No Si En caso que si, facilite detalles:

Artículo: _____ Transferido a: _____

Relación conmigo/con nosotros: _____

Mercado libre No Si Fecha: ___/___/___ Valor : \$ _____

Yo/nosotros hemos recibido una suma de dinero en los últimos 36 meses: No Si

Cantidad: \$ _____ Fecha: ___/___/___ Fuente: _____

HISTORIA FAMILIAR

Residencia en los últimos 3 Años:

Dirección	Ciudad/Estado/Código Postal	Fechas	
		De	A

¿Cuánto tiempo lleva el paciente residiendo en el Condado de Clark? _____

Empleo --- Paciente de cuidados a largo plazo, los últimos tres años:

Empleador & Dirección	Posición	De	A	Motivo del abandono

Afiliación a la Unión, Pasado o presente. Local: _____

Empleo --- Esposo/a, los últimos tres años

Empleador & Dirección	Posición	De	A	Motivo del abandono

Afiliación a la Unión, Pasado o presente. Local: _____

Familiares (Lista de Padres, Hermanos, Hermanas, hijos adultos)

Nombre	Relación	Dirección	Teléfono

Declaración del Paciente y Su Cónyuge:

Yo/Nosotros Declaramos que yo/nosotros Tengo/Tenemos No Tengo/ No Tenemos
algún familiar que pueda proporcionarle ayuda financiera.

Si la repuesta es si, Por favor Nombre: _____

Yo/nosotros renunció/renunciamos expresamente y para siempre a, indemnizar y eximir la responsabilidad, al Condado de Clark y todos sus respectivos funcionarios, empleados, agentes, o representantes de cualquier reclamación, demandas, derechos, danos, acciones, honorarios de abogados, costas, gastos e indemnizaciones, conocidos i imprevistos, por danos personales o danos sufridos, incurridos, derivados o relacionados de algún modo, con mi/nuestro ingreso en un centro de cuidados de larga plazo (residencia de ancianos, cuidado de adultos en grupos, o centro de día para adultos) por el Servicio Social del Condado de Clark.

A la mejor de mi/nuestra comprensión y bajo pena de perjurio, declaro/declaramos que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Se autoriza a Clark County Social Service a realizar cualquier investigación razonable con el fin de establecer mi/nuestra elegibilidad.

INFORME: Tanto el paciente como su cónyuge o representante deben firmar. Solicitud no es válida sin las firmas.

X _____
Paciente/Padre/Tutor/Representante Fecha

X _____
Esposo/a Fecha

X _____
Institution Worker

Persona que completó la aplicación: Relación al paciente:

Aviso al paciente o a su representante: Este paquete es una solicitud del paciente y la institución para determinar la elegibilidad del paciente para recibir atención médica institucional. Debe cumplimentarse con exactitud y en detalle específica y también firmado por el paciente y su cónyuge o representante y la institución. La familia está obligada para atestiguar la veracidad de su contenido.

Para determinar la elegibilidad, la siguiente información debe estar incluida en la referencia. Ayudará al proceso de solicitud si se presentan copias de las siguientes copias junto con el paquete cumplimentado:

1. Identificación del paciente (o padre/tutor) y cónyuge. Debe incluir un número del Seguro Social, y prueba de ciudadanía o condición de extranjero si es nacido en el extranjero.
2. Identificación de todos los requeridos miembros de la familia. Prueba de ciudadanía o condición de extranjero si es nacido en el extranjero.
3. Comprobación de los gastos de alojamiento (recibo de alquiler, cupones de pago de la casa, etc.).
4. Verificación de todas las fuentes de dinero recibidas por el hogar (se aceptan copias de cheques o cartas de concesión).
5. Copias de las pólizas de Seguro médico, y prueba del importe n efectivo/préstamo para pólizas de vida y sepelio.
6. Cuentas bancarias: Últimos tres extractos mensuales de actividad. Para pacientes de cuidados de largo plazo, se requiere una copia del extracto bancario de cada mes que se requiere la asistencia del Condado.
7. Verificación de la aplicación a otros recursos: Vales pendientes, notificaciones de rechazo y documentos de todas las fuentes, como AFDC, SSI/SSD.
8. Copias de los registros y verificación de propiedad de todos los vehículos, incluyendo automóviles, camiones, remolques, autocaravanas, motocicletas, buggies, barcos, etc., con o sin licencia, independientemente de su ubicación (no es necesario si el hogar solo tiene un vehículo declarado esencial).
9. Documentos escritos relativos a la venta o transferencia de activos, dinero u otros bienes ocurridos en los últimos 36 meses.
10. Caja(s) de seguridad: proporcionar ubicación(es), signatarios y lista de contenidos.
11. Evaluación del nivel de atención (NSW PASARR).
12. Historia clínica y examen físico
13. Todos los solicitantes son requeridos para tener una radiografía de pechos antes de la admisión.

Puede enviarse una carta para avisar al paciente, a la institución o al representante ponerse en contacto con un asistente social designado por el Condado para facilitar más información, si es necesario. **Puede ser necesario que el paciente, cónyuge o representante sea entrevistado por el Servicio Social del Condado de Clark.**

La falta de cooperación o de información puede dar lugar a la denegación de la ayuda.

Se enviará una notificación de la decisión sobre la admisibilidad del paciente a la institución y al paciente o representante.

FIRMADO: _____
Paciente o a su representante

Testigo (trabajador de la institución)



Clark County Social Service

1600 Pinto Lane., Las Vegas, NV 89106

Email: SSAdmin@ClarkCountyNV.gov

Office: 702-455-4270 | Fax: 702-455-5950 | ClarkCountyNV.gov

AUTHORIZATION FOR LEVEL OF CARE ASSESSMENT

I, _____, hereby authorize Clark County Social Service to obtain medical, social and/or psychiatric information concerning me.

I hereby authorize Clark County Social Service to obtain information as needed regarding my daily physical functioning ability and physical condition. I understand this information will be used to determine the level of care required prior to/and during admission to an adult group care or long term care facility through on-going audit procedure.

This authorization is valid for the period I am eligible to receive Clark County assistance. A photocopy of this authorization is considered the same as the original.

Signature of Applicant/Recipient

____/____/____
Date

Legal Guardian

Witness

Witness



Clark County Social Service

1600 Pinto Lane., Las Vegas, NV 89106

Email: SSAdmin@ClarkCountyNV.gov

Office: 702-455-4270 | Fax: 702-455-5950 | ClarkCountyNV.gov

RELEASE OF INFORMATION

To the best of my knowledge and under penalty of perjury, I declare that all information provided by me is true and correct. I will not sell, trade, or willfully destroy any supplies or services given to me. I will notify Clark County Social Service (CCSS) whenever there is any change in my circumstances that might affect my eligibility for assistance.

I hereby authorize Clark County Social Service to make any investigation concerning me or other members of my household/service unit which is necessary to determine eligibility for any benefits I have or will receive under programs administered by Clark County Social Service. I hereby authorize and consent to the release of any and all information concerning me and my household/service unit members to Clark County Social Service by the holder of the information, regardless of the manner or form held, including, without limitation, information made confidential by law or otherwise and patient information privileged under N.R.S. 49.225 or any other provision of the law or otherwise. I also authorize CCSS to give any other governmental agency (local, state, or federal) information necessary to determine my (our) eligibility for your program or the other agency's program. I hereby release the holder of such information from liability, if any, resulting from the disclosure of the required information. **A REPRODUCED COPY OF THIS AUTHORIZATION LEGALLY CONSTITUTES AN ORIGINAL COPY.**

Signature/Date

Signature/Date

Signature/Date

Signature/Date



Clark County Social Service

1600 Pinto Lane., Las Vegas, NV 89106

Email: SSAdmin@ClarkCountyNV.gov

Office: 702-455-4270 | Fax: 702-455-5950 | ClarkCountyNV.gov

Authorization for Release of Information To Other Agencies/Resources

I hereby authorize Clark County Social Service to disclose information regarding my physical, psychological, social, financial circumstances and/or any other necessary information to any agencies, organization or facility in order to determine the need and eligibility for appropriate long term care services and payment sources.

This authorization is valid for the period my case is active for CCSS services. A photocopy of this authorization is considered the same as the original.

Name

___/___/___
Date

___/___/___
Date of Birth

Signature of Applicant or Recipient

____-____-____
SSN

Signature of Applicant or Recipient

Clark County Social Service Worker

SS-6113



Clark County Social Service

1600 Pinto Lane., Las Vegas, NV 89106

Email: SSAdmin@ClarkCountyNV.gov

Office: 702-455-4270 | Fax: 702-455-5950 | ClarkCountyNV.gov

Authorization for Release of Information

I, _____, give full authorization to:

Name: _____

Address: _____

Telephone: _____

to provide verbal and/or written information regarding my physical, psychological, social and/or financial status to:

Clark County Social
Service 1600 Pinto Lane
Las Vegas, NV 89106

for the purpose of _____. This consent is valid for one year from the date of signature unless otherwise stated. I understand that I may revoke this consent, in writing, at any time, except to the extent that action has been taken in reliance on the consent.

A photocopy of this authorization is considered the same as the original.

Client Name: _____

Address: _____

Telephone: _____

Client Signature

Date