

**Priorización de la Urgencia de la Necesidad de Servicios (PUNS)**

**Datos individuales**

Fecha de la Reunión: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha de creación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha en que se concluyó:

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

MCI: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Condado/Unión: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Fecha de envío por correo a la familia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Motivo de actualización o revisión:**

\_\_\_ Nuevo

\_\_\_ Se mudó a otro condado

\_\_\_ Sale de la lista de espera – todas las necesidades han sido satisfechas

\_\_\_ Se mudó a otro estado

\_\_\_ Cambio de categoría (emergencia, crítica o planificación)

\_\_\_ Salió del programa del condado (la persona se va a retirar o ya no tiene interés en recibir los servicios)

\_\_\_ Cambio en las necesidades de servicio (mayor o menor) – categoría sin cambio alguno

\_\_\_ Falleció

\_\_\_ Actualización anual (sin necesidad de cambio de servicios)

**Información de el/la participante: (Puede hallarse la firma en el documento original)**

Nombre	Función	Fecha	Firma

### Evaluación de Pennsylvania previa al Planeamiento

#### **Priorización de la Urgencia de la Necesidad de Servicios (PUNS)**

**Respecto a los puntos siguientes, indique el motivo de necesidad respondiendo sí o no a todas las preguntas**

<b>Necesidad de Emergencia (La persona necesita apoyos fuera del hogar inmediatamente)</b>		<b>Sí/No</b>
1	La familia, o la persona encargada del cuidado, no puede continuar proporcionando atención poniendo así la salud y/o seguridad del individuo en peligro	
2	Fallecimiento de la persona encargada del cuidado y sin ningún otro apoyo disponible	
3	La persona ha sido encarcelada por orden de un tribunal o está en riesgo de ser encarcelada, sin apoyo alguno (puede ser un centro estatal, hogar grupal u otro ambiente residencial)	
4	La persona se encuentra en un lugar o condición residencial intolerable, necesita inmediatamente un nuevo lugar para vivir (el lugar actual es sumamente inadecuado – por ejemplo: refugio, prisión, hospital de cuidados intensivos o la persona no tiene casa, etc.)	
5	Se necesitan inmediatamente apoyos adicionales para proteger la salud y la seguridad de la persona o para evitar que la coloquen en un centro estatal, un hogar de enfermería especializada, un ICF/MR grande u otro establecimiento de atención congregada por necesidades de conducta, necesidades físicas u otras situaciones.	

<b>Necesidad de Emergencia (La persona necesita apoyos en el hogar, apoyos de día u otros tipos de apoyo inmediatamente)</b>		<b>Sí/No</b>
6	La familia/persona encargada del cuidado necesita ayuda inmediata para continuar manteniendo al miembro de la familia en casa (a corto plazo – por 90 días o menos)	
7	La familia/persona encargada del cuidado necesita apoyo inmediato para continuar manteniendo al miembro de la familia en casa (a largo plazo)	
8	El individuo necesita apoyo inmediato para permanecer en su propio hogar/casa (a corto plazo – por 90 días o menos)	
9	El individuo necesita apoyo inmediato para permanecer en su propio hogar/casa (a largo plazo)	
10	El individuo necesita apoyo inmediato para conservar su situación de trabajo, conseguir trabajo con apoyo, o lograr conseguir un trabajo posterior a la escuela	

<b>Necesidad Crítica (La persona necesita apoyo en un plazo máximo de dos años)</b>		<b>Sí/No</b>
1	La persona tiene a una persona encargada de su cuidado de 60 o más años de edad y necesitará apoyos en el plazo de los próximos dos años.	
2	La persona tiene a una persona enferma encargada de su cuidado que no será capaz de continuar proporcionando cuidado en el plazo de los próximos dos años	
3	La persona presenta un comportamiento que justificará apoyos adicionales en el plazo de los próximos dos años	
4	Las necesidades personales e individuales no pueden ser satisfechas por las personas actualmente encargadas del cuidado o los familiares, o la salud de la persona ha deteriorado y se necesitarán apoyos en el plazo de los próximos dos años	
5	Ha habido un fallecimiento u otra crisis familiar en la familia (por ejemplo: enfermedad, divorcio), que requiere apoyos adicionales en el plazo de los próximos dos años	
6	La persona tiene a una persona encargada de su cuidado que no podría trabajar si no se proporcionan servicios	
7	La persona, o la persona encargada de su cuidado, necesitará un arreglo alternativo de vivienda en el plazo de los próximos dos años	
8	La persona se ha graduado o ha abandonado la escuela durante los pasados 5 años	
9	La persona se va a graduar de la escuela en el plazo de los próximos dos años y	

	necesitará apoyo en casa, apoyo de día o apoyo de otro tipo.	
10	La persona se va a graduar de la escuela en el plazo de los próximos dos años y necesitará un lugar alternativo donde vivir	
11	La persona está viviendo en un lugar inadecuado (por ejemplo, bajo cuidado tutelar –en inglés, foster care– pasada la edad de 21; mala combinación de compañeros de habitación, etc.) y necesitará apoyos en el plazo de los próximos dos años	
12	La persona se ha mudado de otro condado donde solo se recibía apoyos residenciales, apoyos de día, o apoyos en casa (solo fondos no de exención; en inglés, non-waiver)	
13	La persona está recibiendo apoyos que son inadecuados para satisfacer sus necesidades	
14	La persona se ha mudado de otro estado donde solo se recibía apoyos residenciales, apoyos de día, o apoyos en casa	
15	El condado, o la entidad administrativa, tiene planes para ayudar a la persona a mudarse en el plazo de los próximos dos años (de un centro estatal, un hogar de enfermería especializada, un hospital estatal, u otro entorno residencial)	
16	La persona perderá el derecho de elegibilidad a apoyos de DHS/C&Y en el plazo de los siguientes dos años	
17	La persona perderá el derecho de elegibilidad a apoyos de EPSDT/BHRS en el plazo de los siguientes dos años	
18	La persona perderá el derecho de elegibilidad a apoyos para OBRA/Hogar de enfermería especializada en el plazo de los siguientes dos años	
19	La persona perderá el derecho de elegibilidad a apoyos para ICF/MR en el plazo de los siguientes dos años debido a un cambio en las necesidades de recursos o del nivel de cuidado	
20	La persona perderá el derecho de elegibilidad a una instalación residencial de tratamiento en el plazo de los siguientes dos años.	
21	La persona perderá el derecho de elegibilidad a apoyos residenciales a recibirse en una escuela privada aprobada en el plazo de los siguientes dos años	
22	La persona saldrá de la cárcel, prisión u otra instalación penal en el plazo de los siguientes dos años	
23	El individuo necesitará apoyo para permanecer en su hogar/casa de la familia en el plazo de los siguientes dos años	
24	La persona ha sido identificada de estar lista para dar de alta en el plazo de los siguientes dos años (de un hospital estatal, hogar de enfermería especializada u otra instalación residencial)	

<b>Planificando para cuando haya necesidad</b> (La necesidad de servicios de la persona ocurrirá más de dos años en adelante pero en menos de cinco años)		<b>Sí/No</b>
1	La familia, o la persona encargada del cuidado, tiene o tendrá más de 60 años y necesitará apoyos en los próximos 2 a 5 años	
2	La persona vive en un local grande; y la persona, o la familia, ha expresado deseo de que se mude (o el condado, o la entidad administrativa, planea mudar a la persona)	
3	Necesidad conocida de servicio a más de dos años de distancia. Especifique: _____ Anote la fecha en que se necesitará: (Mes/Día/Año):_ _/ _ _/ _ _ _ _	
4	La persona o familia, o la persona encargada del cuidado, necesitará mayores apoyos en los próximos 2 a 5 años.	
5	La persona perderá el derecho de elegibilidad a apoyos para C&Y/DHS en el plazo de los siguientes 2 a 5 años Anote la fecha en que se necesitará: (MES/DÍA/AÑO):_ _/ _ _/ _ _ _ _	
6	La persona perderá el derecho de elegibilidad a apoyos de EPSDT/BHRS (inclusive cuidado tutelar -en inglés, foster care- terapéutico) en el plazo de los siguientes 2 a 5 años. Anote la fecha en que se necesitará: (MES/DÍA/AÑO):_ _/ _ _/ _ _ _ _	

7	La persona perderá el derecho de elegibilidad a una instalación residencial de tratamiento en el plazo de los siguientes 2 a 5 años. Anote la fecha en que se necesitará: (MES/DÍA/AÑO):_ _/ _ _/ _ _ _ _	
8	La persona perderá el derecho de elegibilidad a apoyos residenciales a proporcionarse en una colocación en escuela privada aprobada en el plazo de los siguientes 2 a 5 años. Anote la fecha en que se necesitará: (MES/DÍA/AÑO):_ _/ _ _/ _ _ _ _	
9	La persona se graduará de la escuela secundaria en los próximos 2 a 5 años. Anote la fecha en que se necesitará: (MES/DÍA/AÑO):_ _/ _ _/ _ _ _ _	
10	La persona vive en un entorno residencial que es más restrictivo de lo que se necesita.	

**Servicios y Apoyos Existentes**

Conteste Sí/No a los apoyos que actualmente se llevan a cabo, inclusive ambos apoyos MR y no MR (los apoyos no MR incluyen el educativo y el genérico).

<b>Apoyos Individuales</b>	<b>Apoyos MR</b>	<b>Apoyos no MR</b>
Apoyos de relevo al cuidador (24 horas)		
Apoyos de relevo al cuidador (menos de 24 horas)		
Terapia ocupacional		
Terapia física		
Logopedia (terapia del habla)		
Otras terapias		
Educación		
Educación adulta/postsecundaria		
Habilitación		
Tecnología asistencial		
Apoyos de Ama de casa/ tareas del hogar		
Accesibilidad ambiental (por ejemplo, modificaciones al hogar o vehículo)		
Otros apoyos Individuales		

<b>Transportación</b>	<b>Apoyos MR</b>	<b>Apoyos no MR</b>
Transportación (incluso reintegro por viaje/millaje, <i>paratransit</i> , etc.)		

<b>Apoyos vocacionales</b>	<b>Apoyos MR</b>	<b>Apoyos no MR</b>
Apoyos a personas de la tercera edad		
Empleo comunitario (Apoyado, etc.)		
Apoyos prevocacionales		
Apoyos de día a adultos		
Otros tipos de apoyo de día (por ejemplo, realización de tareas de voluntario, experiencia comunitaria)		

<b>Apoyos residenciales</b>	<b>Apoyos MR</b>	<b>Apoyos no MR</b>
Vida en familia/compartida		
Cuidado Tutelar –en inglés, foster care– (solo para menores)		
La persona es dueña del hogar individual o lo arrienda; con personal menos de 24 horas al día		
La persona es dueña del hogar individual o lo arrienda; con personal las 24 horas del día		
Apartamento u hogar grupal de la agencia con personal menos de 24 horas al día		
Apartamento u hogar grupal de la agencia con personal las 24 horas del día		
Hogar de enfermería especializada		
Otra institución con más de 15 personas		
Centro estatal		
ICF/MR privado		
Centro de cuidado de salud de atención domiciliaria/personal (cuidado tutelar de adultos)		

Vida con asistencia		
Alojamiento/Relevo de transición		
Otros apoyos residenciales/ de vivienda		

**Apoyos que se necesitan**

Con respecto a los siguientes puntos, indique si es que se necesita apoyo, respondiendo sí o no a todas las preguntas

**Apoyos individuales** (Fecha de la primera solicitud en esta categoría) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 M e s   D í a   A ñ o

	<b>Apoyos que se necesitan</b>
Apoyos de relevo al cuidador (24 horas)	
Apoyos de relevo al cuidador (menos de 24 horas)	
Terapia ocupacional	
Terapia física	
Logopedia (terapia del habla)	
Otras terapias	
Educación adulta/postsecundaria	
Habilitación	
Tecnología asistencial	
Apoyos de Ama de casa/ tareas del hogar	
Accesibilidad ambiental (por ejemplo, modificaciones al hogar o vehículo)	
Otros apoyos Individuales	

**Transportación** (Fecha de la primera solicitud en esta categoría) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 M e s   D í a   A ñ o

	<b>Apoyos que se necesitan</b>
Transportación (incluso reintegro por viaje/millaje, paratransit)	
Otros apoyos de transportación	

**Apoyos vocacionales** (Fecha de la primera solicitud en esta categoría) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 M e s   D í a   A ñ o

	<b>Apoyos que se necesitan</b>
Apoyos a personas de la tercera edad	
Empleo comunitario (Apoyado, etc.)	
Apoyos prevocacionales	
Apoyos de día a adultos	
Otros tipos de apoyo de día (por ejemplo, realizar tareas de voluntario, experiencia comunitaria)	

**Apoyos residenciales** (Fecha de la primera solicitud en esta categoría) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 M e s   D í a   A ñ o

	<b>Apoyos que se necesitan</b>
Vida en familia/compartida	
La persona es dueña del hogar individual o lo arrienda; con personal menos de 24 horas al día	
La persona es dueña del hogar individual o lo arrienda; con personal las 24 horas al día	
Apartamento u hogar grupal de la agencia con personal menos de 24 horas al día	

Apartamento u hogar grupal de la agencia con personal las 24 horas del día	
Otros apoyos residenciales/ de vivienda	