



SOLICITUD DE  
RESPIRO EN  
STONEY GLEN



**VILLAGE AT STONEY GLEN**  
**ORDEN DEL PAQUETE DE SOLICITUD**

Descripción General de la Solicitud de Residencial/Respiro	pg. 1-2
Información de Cliente	pg. 3
Información de Padre o Guardián	pg. 4
Consentimiento para Divulgar Información/Recibir Servicios	pg. 5
Inventario de Habilidades Funcionales	pg. 6-7
Llegar a Conocerte	pg. 8
Referencias	pg. 9
Cuestionario de Datos Personales	pg. 10-15
Declaración de Divulgación de Vida Asistida (Form 3647)	pg. 16-21
Acuerdo de Divulgación de Vida Asistida	pg. 22
Órdenes Médicas Actuales (DAHS Form 3055)	pg. 23-24
Examen Físico de Admisión	pg. 25



## **VILLAGE AT STONEY GLEN SOLICITUD DE RESPIRO 2021**

Bienvenidos a Village en Stoney Glen. Nos complace que esté interesado en solicitar la admisión a Village en Stoney Glen para proporcionar a su miembro de la familia con los servicios de respiro. El proceso de aplicación permite que el Comité de Admisión para determinar si nosotros puede satisfacer las necesidades de la persona que solicita la admisión.

Para determinar la elegibilidad, hemos establecido los siguientes requisitos para completar el proceso de admisión:

1. Completar esta solicitud, junto con los documentos solicitados, con las firmas correspondientes, y envíela a The Village Centers, 3819 Plum Valley Drive, Kingwood, Texas 77339; Attn: Admissions Manager; con una tarifa de solicitud de \$100.00. *(La tarifa de solicitud es necesaria para cubrir los costos del papeleo inicial, la entrevista de admisión / evaluación y otra revisión de la documentación esencial requerida para inscribir a un nuevo cliente).* **Por favor complete la solicitud completa, si no está completo, resultará en un retraso en la inscripción.**

Envíe los siguientes documentos:

- Foto Reciente
- Copia de la Licencia de Conducir o Identificación Fotográfica
- Copia de Tarjeta de Seguro Social
- Copia de tarjetas de Medicaid/Medicare/seguro
- Prueba de Tutela (si es aplicable)
- Registro de Vacunación
- Resultado de ICAP más reciente
- Copia de SSI/SSDI Carta de Adjudicación Anual
- Determinación de Retraso Mental u otra discapacidad del desarrollo (si es aplicable)
- Evaluación psicológica más reciente (si es aplicable)
- Evaluación psiquiátrica más reciente (si es aplicable)
- Copia de Plan de Manejo Comportamiento (si es aplicable)
- Copia de Evaluación MRRC (si es aplicable)
- Papeles de I.S.P/ I.E.P/ A.R.D más reciente (si es aplicable)
- Órdenes Médicas y Físicas Actuales



2. Entrevista y visita inicial – Si se aprueba su solicitud para el segundo paso del proceso de Admisiones, se le invitará a recorrer nuestras instalaciones y reunirse con el Comité de Admisiones. Durante este tiempo, se describirán los detalles del programa. El solicitante y su familia tendrán la oportunidad de discutir cualquier pregunta o inquietud que puedan tener.
  
3. Siguiendo, coordinará con el enlace de The Village at Stoney Glen para completar el acuerdo de admisión y revisar las políticas y procedimientos de la instalación. Después de esto, se le pedirá que complete una evaluación en persona. Durante este tiempo, el solicitante estará en el centro por un mínimo de 4 horas de cuidado de relevo para permitir que el personal evalúe al solicitante, seguido de una estadía de 3 días (durante la semana) y seguida de una estadía de una semana (7 días).
  
4. Una vez finalizado el proceso de entrevista, el Comité de Admisiones le notificará de aceptación o rechazo. Además, si se requieren fondos del gobierno para el pago, el contrato y las aprobaciones deben estar vigentes antes del comienzo de la inscripción.

Después de la inscripción, habrá un período de prueba de 90 días cuando el cliente será evaluado más a fondo para la colocación adecuada.



## INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Persona que llena la solicitud:     Yo mismo                       Padre/Cuidador/Tutor

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Nombre Legal Complete del Cliente \_\_\_\_\_

Primero

Medio

Último

Nombre Preferido: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Sexo: M/F \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad de la Solicitud: \_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_ TX ID/Licencia de Conducir #: \_\_\_\_\_

LON (Nivel of Necesidad):   1  2  3  4  5   (HCS, TxHmL, CLASS) \_\_\_\_\_

Etnicidad:    Caucásico       Afroamericana       Asiático    Otro: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Discapacidad: \_\_\_\_\_

1<sup>st</sup>

2<sup>nd</sup>

3<sup>rd</sup>

4<sup>th</sup>

Tutela:

¿Es el cliente su propio tutor legal?                       Sí                       No

**En caso afirmativo**, ¿con quién tenemos permiso para hablar/consultar en su nombre?

(Por favor escriba el nombre y la relación con la clienta) \_\_\_\_\_

(Por favor escriba el nombre y la relación con la clienta) \_\_\_\_\_

(Por favor escriba el nombre y la relación con la clienta) \_\_\_\_\_

(Por favor escriba el nombre y la relación con la clienta) \_\_\_\_\_

Si la respuesta es **NO**, ¿quién es el Tutor Legal? (Nombre): \_\_\_\_\_

Relación del Tutor Legal con el Cliente: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive? (Marque uno):                       Padres                       Madrastra/Padrastró                       Madre

Padres                       Casa de Grupo                       Otro (por favor especifica): \_\_\_\_\_



## INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

1. Nombre del Padre/Cuidador/Tutor: \_\_\_\_\_

Relación con Cliente:     Padre/Madre    Cuidador     Guardián     Hermano/Hermana     Otro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

***(Please list email address that we can send program updates and reminders to. This address will be used as a primary source of communication)***

2. Nombre del Padre/Cuidador/Tutor: \_\_\_\_\_

Relación con Cliente:     Padre/Madre    Cuidador     Guardián     Hermano/Hermana     Otro: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

***(Por favor, escribe la dirección de correo electrónico a la que podemos enviar actualizaciones del programa y recordatorios. Esta dirección se utilizará como fuente principal de comunicación.)***

**CONTACTO DE EMERGENCIA:** El contacto de emergencia debe ser una persona que no sea el padre/cuidador/tutor(es) mencionado anteriormente. Este contacto puede ser el de un pariente, vecino o amigo adicional que pueda ser contactado en caso de que no se pueda localizar al padre/cuidador/tutor(es) principal.

<b>#1</b> Nombre: _____	<b>#2</b> Nombre: _____
----------------------------	----------------------------

Relación con el Cliente: _____	Relación con el Cliente: _____
--------------------------------	--------------------------------

Teléfono de Casa: _____	Teléfono de Casa: _____
-------------------------	-------------------------

Teléfono Celular: _____	Teléfono Celular: _____
-------------------------	-------------------------

Teléfono del Trabajo: _____	Teléfono del trabajo: _____
-----------------------------	-----------------------------

Instrucciones especiales (si alguna, por ejemplo, "Llame a mamá primero, luego a papá"):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## **CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Si el Villager es **su propio tutor legal**, por favor pídale que complete la siguiente información.

Autorizo a The Village Centers, Inc. a divulgar cualquier información a las personas que se enumeran a continuación:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Esta autorización para la divulgación de información permanecerá en vigor hasta el momento en que ya no asista a The Village Centers o le informe a The Village Centers de un nuevo cuidador y firme un nuevo formulario.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Primer Nombre del Villager: \_\_\_\_\_ Apellido del Villager: \_\_\_\_\_

Firma del Villager: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Relación del Villager: \_\_\_\_\_

Si el Villager **NO es su propio tutor legal**, The Village Centers necesitará una copia actualizada de la documentación de tutela para colocar en su archivo. Esto deberá enviarse anualmente. Por favor envíe toda la documentación de tutela a la atención del Departamento de Admisiones. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Gerente de Admisiones al 281-358-6172.

## **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS**

SÍ  NO Doy permiso a The Village Centers para que se comunique con mi proveedor de exención de Medicaid para obtener información sobre los beneficios en lo que respecta a los servicios prestados por The Village Centers.

SÍ  NO Doy mi consentimiento para recibir habilitación diurna y servicios sociales/recreativos proporcionados por The Village Centers, con la excepción de las siguientes actividades/servicios:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Villager o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## INVENTARIO DE HABILIDADES FUNCIONALES

### Comunicación:

- Verbal (Hablar)  No Verbal

Si no es verbal, ¿qué método de comunicación utiliza?:

- Lenguaje de Señas  Simbolos  Otro: \_\_\_\_\_

- Dispositivo de Comunicación (Dynavox, iPad, etc. Se requiere Liberación de Responsabilidad)

Por favor describa el dispositivo: \_\_\_\_\_

### Ambulatorio:

- ¿Es el cliente ambulatorio?  Sí  No

- ¿El cliente requiere equipo adaptativo?? (ej. andador, silla de ruedas, muletas)  Sí  No

En caso **AFIRMATIVO**, por favor explique: \_\_\_\_\_

- ¿El cliente requiere asistencia especial para largas distancias o si asiste a salidas?  Sí  No

En caso **AFIRMATIVO**, por favor explique: \_\_\_\_\_

### Ir al Baño:

- No** requiere ayuda para ir al baño (puede limpiarse, subirse los pantalones, etc. de forma independiente)  
 Requiere asistencia **mínima** (necesita un recordatorio verbal para limpiarse, lavarse las manos, etc.)  
 Requiere asistencia **total** (necesita ayuda para limpiarse, cambiar pañales/toallas, etc.)  
 Usa pañales para adultos  
 Otro: \_\_\_\_\_

### Menstrua:

- No** requiere ayuda, es capaz de autocontrolarse durante la menstruación.  
 Requiere asistencia **mínima** durante la menstruación (recordatorio verbal para revisar / cambiar productos femeninos, etc.)  
 Requiere asistencia **total** durante la menstruación (llevar al baño, revisar / cambiar físicamente productos femeninos, etc.)

### Alimentación:

- No** requiere ayuda para alimentarse por sí mismos (puede hacerlo de forma independiente)  
 Requiere asistencia **mínima** (ayuda para calentar alimentos, cortar alimentos, etc.)  
 Requiere asistencia **total** (sonda de alimentación, puré de alimentos, etc.)

### Vestirse:

- No** requiere ayuda para vestirse solos (puede hacerlo de forma independiente)  
 Requiere asistencia **mínima** para vestirse  
 Requiere ayuda **total** para vestirse solos

Por favor enumere qué asistencia se requiere: \_\_\_\_\_





## INVENTARIO DE FUNCIONALES HABILIDADES (CONT.)

Comportamientos (por favor marque todos los que apliquen)

- |  |  |   |   |                                      |
|--|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hace Rabietas | <input type="checkbox"/> Grita               | <input type="checkbox"/> Muerde             | <input type="checkbox"/> Golpea           | <input type="checkbox"/> Escupe      |
| <input type="checkbox"/> Se Rasca      | <input type="checkbox"/> Tire de Pelo        | <input type="checkbox"/> Patea              | <input type="checkbox"/> Se Golpea Cabeza | <input type="checkbox"/> Abofetea    |
| <input type="checkbox"/> Roba          | <input type="checkbox"/> Retirado            | <input type="checkbox"/> Esta de Mal Humor  | <input type="checkbox"/> Auto-Abusivo     | <input type="checkbox"/> Destructive |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo   | <input type="checkbox"/> Huye                | <input type="checkbox"/> Pellizca           | <input type="checkbox"/> Agresivo         | <input type="checkbox"/> Deprimido   |
| <input type="checkbox"/> Fantasea      | <input type="checkbox"/> Habla Consigo Mismo | <input type="checkbox"/> Usa Malas Palabras |   |                                      |

Explicación de los elementos marcados arriba: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay cosas que le molestan (ej. ruidos fuertes, cambio de rutina, grandes multitudes, etc.)?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su comportamiento diario (ej. Tranquilo, hiperactivo, social, agresivo, etc.)?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Incluya cualquier otra información vital sobre él/ella que nos sea de utilidad.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Informacion Personal:**

¿Está el cliente actualmente en un plan de comportamiento?:  Sí  No

### **Lecture (Por favor marque todos los que apliquen):**

No Puedo Leer  Puede leer palabras sencillas  Leer Independiente

### **Escritura (Por favor marque todos los que apliquen):**

No Puedo Escribir  Puede escribir palabras sencillas  Escribe independiente

Marque todas las actividades extracurriculares que le gusten hacer.:

Juegos de Mesa  Artesanía  Arte  Deportes  Leer  Computadora

Drama  Aptitud  Cocinando  Música  Juegos de Vídeo

Otro:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### **CONOCIENDO A TU VILLAGER**

**Nos gustaría conocer mejor a su Villager, así que responda las siguientes preguntas. Imprima de forma legible.**

¿Cuál es su actividad, juego o pasatiempo favorito?

---

---

¿Cuál es su cosa favorita para hablar?

---

---

¿Cuáles son sus comidas favoritas?

---

---

¿Cuáles son sus comidas menos favoritas?

---

---

¿Quiénes son sus personas favoritas?

---

---

¿Cuándo es más cooperativo?

---

---

¿Cuándo es menos cooperativo?

---

---

¿Qué le asusta?

---

---

¿Qué le calma?

---

---

¿Qué objetivos personales le gustaría contar con él/ella en el trabajo?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_



## **REFERENCIAS**

Por favor, enumere todos los que aplican:

### **Personal**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### **Escuela**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### **Sitio de Trabajo**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### **Actividades Sociales/Terapéuticas**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### **Olimpiadas Especiales**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Teléfono #: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Por la presente doy permiso para que el Comité de Admisiones de The Village Centers se comunice con cualquiera y/o todas las referencias anteriores.

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



## **CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES**

### A. Historial Médico/Conductual (Por favor, marque los elementos relevantes.)

Convulsiones                       Depresión                       Abuso de Sustancias

Trauma de la Cabeza               Comportamientos Agresivos

Lesión Autoinfligida               Alucinaciones               Ilusiones

Otro \_\_\_\_\_

### B. Habilidades de Habla/Lenguaje y Comunicación

Indique cuál de las siguientes opciones se aplica a las habilidades de habla/lenguaje y comunicación del Villager.

(Por favor, marque los elementos relevantes.)

Utiliza el Habla de Forma Espontánea                       Entiende Diálogos Prolongados

Utiliza el Habla para Comunicar Necesidades Básicas

Entiende Comandos Directos Cortos                       Usa Oraciones Completas

Se Comunica Escribiendo                       Utiliza el Habla Telegráfica

Utiliza Lenguaje de Señas                       Usa Gestos Idiosincrásicos

Usa Gestos con Eficacia                       Usa Oraciones con Eficacia

Hace Poco o Ningún Intento de Comunicarse Verbalmente o Con Gestos

Comprende Declaraciones Escritas

Tiene Vocabulario Visual para Palabras Específicas

### C. Habilidades Académicas Funcionales (Matemáticas y Lectura)

Por favor, indique cuál de las siguientes tareas del Villager ha dominado con eficacia.

(Marque los elementos relevantes.)

Identifica Monedas/Billetes                       Cuenta el Dinero                       Hace el Cambio

Maneja las Finanzas Personales                       Lee Precios                       Lee por Placer

Paga por Artículos Comprados                       Lee el Periódico - A Veces

Dice la Hora                       Escribe Nombre, Dirección, Número de Teléfono

Lee Señales de Tráfico                       Lee Letreros de Edificios Públicos



**CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES (CONT.)**

Describa cuál de estas tareas sería una meta para que el Villager trabaje y enumere cualquier otra meta relevante en esta área:

---

---

---

**D. Habilidades Motoras**

Califique la capacidad del Villager en las siguientes áreas dando la respuesta numérica apropiada.

- |                                 |                                    |
|---------------------------------|------------------------------------|
| ___ Control de Músculos Grandes | 1. Exhibe gran dificultad.         |
| ___ Coordinación Motora Fina    | 2. Necesita instrucción adicional. |
| ___ Equilibrio al Caminar       | 3. Es moderadamente capaz.         |
| ___ Equilibrio al Correr        | 4. No presenta ninguna dificultad. |

¿Qué deportes o actividades recreativas disfruta el Villager?

---

---

---

¿Qué actividades motoras desea que el Villager desarrolle o mejore como parte de su programa diario?

---

---

---

**E. Habilidades de Autoayuda – Comiendo**

Utilice la escala de calificaciones para calificar el desempeño del Villager.

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| ___ Maneja Utensilios para Comer         | 1. Exhibe gran dificultad.         |
| ___ Traga Adecuadamente                  | 2. Necesita instrucción adicional. |
| ___ Tiene Modales Apropriados en la Mesa | 3. Es moderadamente capaz.         |
| ___ Mastica la Comida Correctamente      | 4. Necesita asistencia mínima.     |
| ___ Comer Comidas Independientemente     | 5. No presenta ninguna dificultad. |



**CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES (CONT.)**

Describe las preferencias o disgustos alimentarios del Villager:

---

---

---

Enumere las alergias alimentarias, las necesidades dietéticas especiales o cualquier inquietud dietética que le gustaría que conozcamos:

---

---

---

¿Tiene algún objetivo en referencia a los patrones o habilidades alimenticias del Villager?

---

---

---

F. Habilidades de Autoayuda – Vistiendo

Utilice la escala de calificación para calificar el desempeño de Villager:

- |                                     |                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| ___ Selecciona Ropa Apropriada      | 1. Exhibe gran dificultad.         |
| ___ Se Viste de Forma Independiente | 2. Necesita intrucción adicional.  |
| ___ Ata los Zapatos                 | 3. Es moderadamente capaz.         |
| ___ Maneja Botones                  | 4. Necesita asistencia mínima.     |
| ___ Maneja Cremalleras              | 5. No presenta ninguna dificultad. |

Describa cualquier inquietud, consideración u objetivo que le gustaría que el personal conociera o de los que forme parte:

---

---

---



**CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES (CONT.)**

G. Responsabilidades del Hogar

Describe las tareas o responsabilidades que realiza el Villager en el hogar y hasta qué punto se pueden realizar de forma independiente o con supervisión:

---

---

---

¿Qué tipo de responsabilidades domésticas deben ser monitoreadas o podrían diseñarse como una meta para el Villager?

---

---

---

H. Actividades de Ocio

¿Cómo pasa el aldeano el tiempo libre en casa?

Televisión (ej. programa favorito): \_\_\_\_\_

Se Queda en la Habitación (ej. actividades a solas): \_\_\_\_\_

Lee (¿Qué le gusta leer?): \_\_\_\_\_

Aficiones: \_\_\_\_\_

Escucha Música (ej. género): \_\_\_\_\_

Tiene Amigos para Visitar: \_\_\_\_\_

Necesita Ayuda para Iniciar Actividades de Ocio: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

Enumere los juegos de interior y las actividades que disfruta el aldeano (ej. tarjetas, damas, computadoras, etc):

---

---

---

Actividades al Aire Libre: \_\_\_\_\_

Describe otras actividades importantes para el Villager:

---

---

---



**CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES (CONT.)**

Tarea	Lo Hace	No Lo Hace	Con Ayuda	Comentarios
Lava/Seca/Guarda los Platos				
Opera Lavavajillas				
Limpia Fregadero				
Limpia Estufa				
Limpia Refrigerador				
Poner la Mesa				
Limpia la Mesa				
Planes Lista de Compras				
Va de Compras				
Guarda los Comestibles				
Prepara Comida				
Opera Microondas				
Opera Eliminación de Basura				
Opera Estufa/Horno Eléctrico				
Prepara Jugo				
Haz un Sandwich				
Calienta la Comida				
Sigue una Receta Simple				
Utiliza Taza/Cuchara Medidora				
Usa Cuchillos Afilados Correctamente				
Utiliza Batidora de Mano				
Utiliza Cafetera				
Usa Licuadora				
Utiliza Cuchillo Eléctrico				
Utiliza Palomitas de Maíz				
Utiliza Olla de Barro				
Utiliza Tostadora				
Limpia la Bañera				
Limpia el Inodoro				
Limpia el Lavabo del Baño				
Cambia el Papel Higiénico				
Conoce Productos de Limpieza				
Recoge la Ropa				
Opera Lavadoras				
Colgar la Ropa en Línea				
Dobla la Ropa				





**CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES (CONT.)**

Tarea	Lo Hace	No Lo Hace	Con Ayuda	Comentarios
Plancha la Ropa				
Se Quita la Ropa				
Reparación de Ropa				
Aspira				
Friega los Pisos				
Ceras Pisos				
Seca los Pisos				
Sacude las Alformbras				
Polvo de Muebles				
Lava Coche				
Lava Ventanas				
Hace la Cama				
Cambia las Bombillas				
Cambia de Ropa de Cama				
Saca la Basura				
Corta Hierba				
Recorta y Arregla el Césped				
Recorta Setos				
Rastrilla Hojas				
Se Lava la Cara				
Se Lava los Manos				
Se Baña/Ducha				
Ir al Baño				
Maneja el Período Menstrual				
Se Cepilla de Dientes				
Lava el Cabello				
Peina/Cepilla el Pelo				
Corta las Uñas				
Corta las Uñas de Pies				
Usa Desodorante				
Higiene Nasal				
Higiene del Oído				
Se Afeita Correctamente				
Usa Maquillaje				
Utiliza Perfume/Colonia				
Utiliza Secador de Pelo				



**Assisted Living Disclosure Statement**

The purpose of this Disclosure Statement is to empower individuals by describing a facility's policies and services in a uniform manner. This format gives prospective residents and their families consistent categories of information from which they can compare facilities and services. By requiring the Disclosure Statement, the department is not mandating that all services listed should be provided, but provides a format to describe the services that are provided.

The Disclosure Statement is not intended to take the place of visiting the facility, talking with residents, or meeting one-on-one with facility staff. Rather, it serves as additional information for making an informed decision about the care provided in each facility.

**Instructions to the Facility**

1. Complete the Disclosure Statement according to the care and services that your facility provides. You may not amend the statement, but you may attach an addendum to expand on your answers.
2. Provide copies of and explain this Disclosure Statement to anyone who requests information about your facility.

Facility Name Village at Stoney Glen	License No. 101470	Average No. Residents 12/13	Telephone No. (281)358-4589
Address (Street, City, State, ZIP code) 2225 Stoney Glen Drive, Kingwood, TX, 77339			
Manager Vince Comeaux		Date Disclosure Statement Completed 08/26/2021	
Completed By: Vince Comeaux		Title Manager	

The Assisted Living Licensure Standards are available for review at all assisted living facilities (ALFs).

A copy of the most recent survey report may be obtained from facility management.:

To register a complaint about an assisted living facility, contact:

**Texas Health and Human Services Commission at 1-800-458-9858**

This facility is certified under Texas Administrative Code Title 40, Part 1, Chapter 92, Licensing Standards for Assisted Living Facilities, §92.51 to provide personal care services to residents with Alzheimer's disease or related disorders.

Yes  No

A. Indicate services which are not offered by your facility:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Assistance in transferring to and from a wheelchair | <input type="checkbox"/> Bladder incontinence care                   |
| <input type="checkbox"/> Bowel incontinence care                             | <input type="checkbox"/> Medication injections                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Feeding residents                        | <input checked="" type="checkbox"/> Intravenous (IV) therapy         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxygen administration                    | <input checked="" type="checkbox"/> Special diets                    |
| <input type="checkbox"/> Behavior management for verbal aggression           | <input type="checkbox"/> Behavior management for physical aggression |
| <input checked="" type="checkbox"/> Other:                                   |  |

Special diets are offered per doctors orders. For a limited time, the facility as a whole follows a heart healthy diet.

B. What is involved in the pre-admission process?

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Facility Tour              | <input checked="" type="checkbox"/> Family interview |
| <input checked="" type="checkbox"/> Medical records assessment |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Application                | <input type="checkbox"/> Home assessment             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Other:                     |  |

3 days of respite (2 hours, 4 hours overnight)

C. What services and/or amenities are included in the base rate:

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Meals ( <u>3</u> per day. )            | <input checked="" type="checkbox"/> Housekeeping ( <u>7</u> days per week. ) |
| <input type="checkbox"/> Activities program ( <u>    </u> days per week. ) | <input type="checkbox"/> Incontinence care                                   |

- Temporary use of wheelchair/walker
- Barber/beauty shop
- Special diet
- Select menus
- Injections
- Personal laundry
- Licensed nurse ( \_\_\_\_\_ hours per day. )
- Transportation (specify):

Other:

D. What additional services can be purchased?

- Beauty/barber services
- Incontinence products
- Companion
- Minor nursing services provided by facility staff
- Other:
- Incontinence care
- Injections
- Transportation to doctor visits
- Home health services

E. Do you charge more for different levels of care?.....  Yes  No

**II. Admission Process**

A. Does the facility have a written contract for services? .....  Yes  No

B. Is there a deposit in addition to rent?.....  Yes  No

If yes, is it refundable? .....  Yes  No

If yes, when? \$1,000 move in (non-refundable); \$1,000 security deposit (refundable after move out minus repairs)

C. Do you have a refund policy if the resident does not remain for the entire prepaid period? .....  Yes  No

If yes, explain? Resident must give a 30 day written notice

D. What is the admission process for new residents?

- Doctors' orders
- Residency agreement
- History and physical
- Deposit/payment
- Other:

Admissions Agreement, Interview with Family, Respite Stays, Tour of DayHab, Stay at DayHab

E. Does the facility have provisions for special resident communication needs?

- Staff who can sign for the deaf
- Services for persons who are blind
- Other:

F. Is there a trial period for new residents?.....  Yes  No

If yes, how long? New residents are evaluated every 30, 60, and 90 days

**III. Discharge/Transfer**

A. What could cause temporary transfer from specialized care?

- Medical condition requiring 24-hour nursing care
- Unacceptable physical or verbal behavior
- Drug stabilization
- Resident requires services the facility does not provide
- Other: Psychiatric Individuals

B. The need for the following services could cause permanent discharge:

- 24-hour nursing care
- Sitters
- Medication Injections
- Assistance in transferring to and from wheelchair
- Bowel incontinence care
- Feeding by staff
- Behavior management for physical aggression
- Bladder incontinence care
- Oxygen administration
- Behavior management for verbal aggression
- Intravenous (IV) therapy
- Special diets
- Other: \_\_\_\_\_

C. Who would make this discharge decision?

- Facility manager
- Other: Nurse

D. Do families have input into these discharge decisions?.....  Yes  No

E. Is there an avenue to appeal these decisions? .....  Yes  No

F. Do you assist families in making discharge plans? .....  Yes  No

#### IV. Planning and Implementation of Care (check all that apply)

A. Who is involved in the service plan process?

- Resident
- Family member
- Activity director
- Attendants
- Manager
- Licensed nurses
- Social worker
- Dietary
- Physician
- Other: \_\_\_\_\_

B. Does the service plan address the following?

- Medical needs
- Nursing needs
- Activities of daily living
- Psychosocial status
- Nutritional status
- Dental Services
- Other: \_\_\_\_\_

C. How often is the service plan assessed?

- Monthly
- Quarterly
- Annually
- As Needed
- Other: \_\_\_\_\_

D. How many hours of structured activities are scheduled per day?

- 1-2 Hours
- 2-4 Hours
- 4-6 Hours
- 6-8 Hours
- 8+ Hours

E. What types of programs are scheduled?

- Music program
- Arts program
- Crafts
- Exercise
- Cooking
- Other: \_\_\_\_\_

F. Who assists/administers medications?

- RN
- LVN
- Medication aide
- Attendant
- Other: \_\_\_\_\_

#### V. Aging in Place

Rules

An inappropriately placed resident is a resident who was appropriate when admitted to the ALF, but whose condition has changed. All residents must be appropriate for the ALF licensure type when admitted to the facility. After admission, if the resident's condition changes, the resident may no longer be appropriate for the facility's license. An ALF is not required to keep a resident who is no longer appropriate for the facility's license.

**An inappropriately placed resident may be identified by the ALF or by HHSC.**

There are two situations which a resident may be determined to be inappropriate:

- Resident experiences a change in condition, needs additional services and meets evacuation criteria.
- Resident experiences a change in condition and does not meet evacuation criteria.

What are the ALF's policies and procedures for aging in place?

- Resident experiences a change in condition and meets evacuation criteria. Documentation is submitted to HHSC.
- Resident experiences a change in condition and does not meet evacuation criteria. Waiver request submitted to HHSC.
- No documentation submitted to HHSC. Resident is discharged.

An ALF is not required to keep a resident who is no longer appropriate for the facility's license. A facility will determine its ability to accommodate a resident and decide if it will apply for a waiver request on a case by case basis. HHSC rules about inappropriately placed residents may be found in the Licensing Standards for Assisted Living Facilities at 40 Texas Administrative Code Chapter 92, Subchapter 92.41(f). The following link will direct you to the Licensing Standards for Assisted Living Facilities:

<https://hhs.texas.gov/laws-regulations/handbooks/licensing-standards-assisted-living-facilities-handbook>

### VI. Change In Condition Issues

What special provisions do you allow aging in place?

- Sitters
- Additional services agreements
- Hospice
- Home health -If so, is it affiliated with your facility?  Yes  No
- Other: \_\_\_\_\_

### VII. Staff Training

A. What training do new employees receive?

- Orientation: 4 hours
- Review of resident service plan
- On-the-job training with another employee: ~20 hours
- Other: \_\_\_\_\_

B. Is staff trained in CPR? .....  Yes  No

If no, please explain why you do not require CPR training:

C. How much ongoing training is provided and how often? (Example: 30 minutes monthly): (A.N.E.) (Safety Care B.C.B.A.) (CPR) \_\_\_\_\_

D. Who gives the training and what are their qualifications?

Medication Administration RN; Abuse Neglect Exploitation Online by the State; Safety Cares B.C.B.A; P.P.E. LVN; CPR Certified Trainer

E. What type of training do volunteers receive?

- Orientation: 8 hours
- On-the-job training
- Other: \_\_\_\_\_

Background Checks

F. In what type of endeavors are volunteers engaged?

- Activities
- Meals
- Religious services
- Entertainment
- Visitation
- Other: \_\_\_\_\_

G. List volunteer groups involved with the family?

Young Mens Service League  
National Charity League

First Baptist / Sunday School  
First Presbyterian / Bible Study

**VIII. Physical Environment**

- Emergency call systems
- Sprinkler system
- Fire alarm system
- Wander Guard or similar system
- Built according to NFPA Life Safety Code, Chapter 12, Health Care
- Built according to NFPA Life Safety Code, Chapter 21, Board and Care
- Other:

B. Does the facility's environment include the following?

- Plants
- Pets
- Vegetable/flower gardens for use by residents
- Other:

C. Are the residents allowed to have:

- Plant's
- Pets
- If so, is a deposit required?.....  No  Yes
- How much?..... 2 deposits of \$1,000 each

**IX. Staffing Patterns**

A. What are the qualifications of the manager?

Assisted Living Standards (License); Texas Assisted Living Manager (License); Abuse Neglect Exploitation Training (Certificate); Training in Residents Morals (Certificate); COVID-19 Response Planning (Certificate); Infection Control in Assisted Living Facilities (Certificate)

B. Please list the facility's normal 24-hour staffing pattern on:

1. the attached chart; or
2. a separate attachment which explains your facility's unique staffing policies and patterns.

**X. Residents's Rights**

A. Do you have a Resident's Council? .....  Yes  No

How often does it meet? \_\_\_\_\_

B. Do you have a Family Council?.....  Yes  No

How often does it meet? monthly

C. Does the facility have a formal procedure for responding to resident grievances and suggestions for improvement? .....  Yes  No

Is there a Grievance Committee? .....  Yes  No

Is there a suggestion box? .....  Yes  No

D. How can the company that owns the facility be contacted?

All phone numbers and Facility Administrators's phone numbers are posted in the entry to the building.

## Shift Times and Staffing Patterns at the Facility

### Full-Time Personnel

Shifts (Enter the hours of each of your facility's shifts.)	Number of Staff Per Shift						
	R.N.s	L.V.N.s	Attendants	Medication Aides	Activity Workers	Universal Workers	Other Workers
On Call 24/7	yes				Saturdays		Volunteers
M-F 9am-5pm		yes			1pm-4pm		every other
M-S 3p-11pm,11pm-9am			yes	yes	Tuesdays		Friday
Weekends 9am-3pm			yes	yes	5pm-7pm		6pm-8pm

### Part-Time Personnel

Shifts (Enter the hours of each of your facility's shifts.)	Number of Staff Per Shift						
	R.N.s	L.V.N.s	Attendants	Medication Aides	Activity Workers	Universal Workers	Other Workers
Weekends 9am-3pm			yes	yes			Volunteers
Weekends 3pm-11pm			yes	yes			every other
Saturdays 1pm-4pm					yes		Friday
Tuesdays 5pm-7pm					yes		6pm-8pm



**ACUERDO DE DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DE VIDA ASISTIDA**

Yo he recibido la Declaración de Divulgación de Vida Asistida para The Village at Stoney Glen.

Nombre del Residente: \_\_\_\_\_

Firma de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





Day Activity and Health Services (DAHS)  
**Physician's Orders**

Day Activity and Health Services (DAHS) is a licensed day care program for adults with chronic medical conditions administered by the Texas Health and Human Services Commission or STAR+PLUS managed care organizations (MCOs). The program provider must have services available for eligible individuals/members at least 10 hours per day, Monday through Friday, except holidays. Services include licensed nursing care, planned activities, hot lunch and mid-morning/afternoon snacks, personal care assistance, transportation to and from the facility, and related services.

**Section I. Individual/Member Information**

Individual/Member Name (Last, First, Middle Initial)	Date of Birth	Individual/Member Medicaid No.
DAHS Facility Name	DAHS Nurse	DAHS Area Code and Telephone No.
DAHS Facility Address (Street, City, State and ZIP Code)		

Section II. Chronic Medical Diagnosis(es) from the Last 24 Months	Corresponding ICD-10 Code(s)

**Section III. Functional Limitations Related to Medical Diagnoses**

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Behavior/Emotional Problems | <input type="checkbox"/> Dizziness           | <input type="checkbox"/> Difficulty Swallowing    | <input type="checkbox"/> Limited Range of Motion |
| <input type="checkbox"/> Contractors                 | <input type="checkbox"/> Hearing Impairment  | <input type="checkbox"/> Limited Dexterity        | <input type="checkbox"/> Uses Ambulation Device  |
| <input type="checkbox"/> Incontinence                | <input type="checkbox"/> Nausea              | <input type="checkbox"/> Hearing Impairment       | <input type="checkbox"/> Paralysis               |
| <input type="checkbox"/> Spasticity                  | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath | <input type="checkbox"/> Tremors                  | <input type="checkbox"/> Numbness                |
| <input type="checkbox"/> Pain                        | <input type="checkbox"/> Vision Impairment   | <input type="checkbox"/> Unable to Stand for Long | <input type="checkbox"/> General Weakness        |
| <input type="checkbox"/> Blackouts                   | <input type="checkbox"/> Falls Easily        | <input type="checkbox"/> Cognitive Impairment     |  |
| <input type="checkbox"/> Other: _____                |  |   |  |

**Section IV. Special Diet**

Instructions/Notes/Comments:

Individual/Member Name (Last, First, Middle Initial)	Date of Birth
--	---------------

### Section V. Medications and Treatments

To provide better emergency care, list all known medications taken; not only those prescribed by this office, such as Prescribed/PRN/OTC.

Medications							
Medication	Dosage	Route	Frequency	Location of Medication Administration		Initial	Date
				Home	DAHS		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		
				<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Self-Admin <input type="checkbox"/> with Supervision <input type="radio"/> Licensed Nurse		

Therapies or treatments performed at DAHS, including monitoring tasks, specific interventions or procedures.		
Ordered Treatments/Monitoring/Intervention	Frequency	Notes/Comments

+	-
---	---

### Section VI. Physician's Certification

I certify this individual/member has a chronic medical diagnosis and a functional limitation and will benefit therapeutically from DAHS. I hereby order the above care, monitoring or intervention by a licensed nurse to be performed at the DAHS facility.

I also certify that I am not a significant owner, partner or member of the service provider requesting this order for DAHS.

Check this box to certify the individual/member had no significant change in care plan from the previous assessment and sign below.

\_\_\_\_\_  
Signature – Physician      Today's Date      Effective Date      End Date (if order is time limited)

Physician's Name (Type or Print)	MD <input type="checkbox"/>	DO <input type="checkbox"/>	License No./NPI	State	Military or VA <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Physician's Address (Street, City, State, and ZIP Code)				Area Code and Telephone No.	

Print Form

Reset Form



**VILLAGE AT STONEY GLEN**  
**EXAMEN FÍSICO DE ADMISIÓN**

\*\*ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR UN MÉDICO\*\*

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_ NUMERO DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_

EXAMEN FÍSICO:

ALTURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_ RESP: \_\_\_\_\_ B/P: \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO ACTUAL: \_\_\_\_\_

VACUNAS (por favor, lista o adjunte registro de vacunas)

FECHA	VACUNA	FECHA	VACUNA

RESTRICCIONES/RECOMENDACIONES PARA MEDICAMENTOS DE MOSTRADOR:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESCRIBA LAS HOSPITALIZACIONES, LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES Y LAS CIRUGÍAS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DESCRIBA CUALQUIER TRATAMIENTO PSICOLÓGICO O PSIQUIÁTRICO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*\*\* Utilice el formulario adjunto (formulario DAHS 3055) para las órdenes médicas actuales

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FECHA