



Ambassador Veterans Services of Puerto Rico, LLC
La casa del Veterano



DIRECCION:

***La Casa de Veterno
Bo. Amuelas
Carr.532 km5.6
Juana Díaz, PR
00795***

TELEFONOS:

***(787)837-6574
(787)837-6550***

FAX

(787)837-3943

**PARA ORIENTACION
Y SOLICITUD DE ADMISION:**

**Sra. Mercedes Santiago Renta
Oficial de Admisiones
787-837-6574
Lunes a Viernes de 8:00am a 5pm**

INTRODUCCIÓN

La Casa del Veterano es una institución que brinda cuidado prolongado de salud a Veteranos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América e Islas Vírgenes. Todos los empleados y residentes somos una familia. Ese sentido lo promovemos en nuestro diario vivir y en la coordinación de las actividades en conjunto.

La Institución provee dos (2) áreas de cuidado: Domiciliario y “Nursing Home”, con Servicios Médicos, Enfermería, Trabajo Social, Servicios de Rehabilitación, Limpieza de la Habitación, Manejo de Fondos, Comidas, Meriendas, Lavandería y Actividades Recreativas, entre otros. Estamos regulados por Agencias Estatales y Federales.

La Institución consta de:

- ❖ 120 Camas “Nursing Home”
- ❖ 120 Camas Domiciliario
- ❖ 15 Cuerdas de Terreno
- ❖ Edificio de dos plantas equipado con aire acondicionado central
- ❖ Dos (2) amplios comedores
- ❖ Cocina con moderno y sofisticado equipo
- ❖ Jardines Interiores
- ❖ Capilla Ecuménica
- ❖ Lavandería
- ❖ Área designada para servicios médicos, enfermería y otros servicios relacionados
- ❖ Amplio estacionamiento para residentes y visitantes
- ❖ Actividades Recreativas, Sociales y Culturales

Los requisitos para poder residir en nuestra Institución son:

- ❖ Ser Veterano o Veterana
- ❖ Ser Viuda o Viudo de Veterano (a)
- ❖ Esposas y Esposos de Veterano (a)
- ❖ Gold Star Parents (padres de hijos fallecidos en batalla)
- ❖ Completar la solicitud de ingreso para comenzar el proceso de evaluación



Ambassador Veterans Services of Puerto Rico, LLC
La casa del Veterano

CRITERIOS DE ADMISION ÁREA DOMICILIARIO

El solicitante para el área de domiciliario debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Ser un veterano ó veterana con licenciamiento honorable del Servicio Activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América (Navy, Air Force, Marines, Army and or Coast Guard).
2. Ser viudo ó viuda de veterano (a)
3. Estar categorizado como "Gold Star Parents" (Padres de hijos fallecidos en combate).
4. Matrimonio donde uno ó ambos sean veteranos.
5. Ser ciudadano de los Estados Unidos de América
6. Estar orientado en lugar, tiempo y espacio. Capacidad para tomar decisiones y manejar asuntos personales.
7. Ser continente (tener buen control de vejiga y evacuación)
8. Si previamente fue dependiente de alcohol ó sustancias controladas debe presentar evidencia de un programa de rehabilitación. Estos casos son referidos al Trabajador Social de la Institución para evaluación.
9. Su condición actual no deberá requerir hospitalización ó manejo directo de enfermería
10. Tener habilidad para realizar sus necesidades básicas del diario vivir como vestirse, comer, bañarse, lavar su ropa, etc.
11. Requerir mínima o ninguna supervisión para la administración de medicamentos.
12. Poseer el certificado negativo de Antecedentes Penales y no tener algún cargo criminal en proceso.
13. Poseer ingresos para cubrir el pago mensual y cubrir sus necesidades básicas del diario vivir

Equipo asistido tales como bastón de cuatro puntos, andador, silla de rueda manual o eléctrica, podrían permitirse bajo la aprobación del Director Médico de la Institución.

La Casa del Veterano podría denegar una admisión si el solicitante representa un riesgo a la salud, seguridad ó bienestar de los residentes ó personal de la Institución.

Toda información del solicitante es evaluada asegurando la confidencialidad y privacidad de al misma, de acuerdo a la Ley Federal "Health Insurance Portability and Accountability Act" (HIPPA). La Casa del Veterano no discrimina por raza, sexo, credo ó religión.



Ambassador Veterans Services of Puerto Rico, LLC
La casa del Veterano

CRITERIOS DE ADMISION ÁREA “NURSING HOME”

El solicitante para el área de Nursing Home debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. Ser un veterano ó veterana con licenciamiento honorable del Servicio Activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos de América (Navy, Army, Air Force, Marines and or Coast Guard).
2. Ser viudo ó viuda de veterano (a)
3. Estar categorizado como “Gold Star Parents” (Padres de hijos fallecidos en combate).
4. Matrimonio donde uno ó ambos sean veteranos.
5. Requerir cuidado directo de enfermería ó supervisión para las actividades del diario vivir, tales como: vestirse, comer, bañarse, etc.
6. Si previamente fue dependiente de alcohol ó sustancias controladas debe presentar evidencia de un programa de rehabilitación. Estos casos son referidos al Trabajador Social de la Institución para evaluación.
7. Su condición actual no deberá requerir hospitalización ó manejo agudo intra-hospitalario.
8. Requerir supervisión para la administración de medicamentos.
9. Poseer el certificado negativo de Antecedentes Penales y no tener algún cargo criminal en proceso.
10. Poseer ingresos para cubrir el pago mensual y cubrir sus necesidades básicas del diario vivir.
11. Requerir servicios de rehabilitación de mantenimiento para preservar funcionalidad.

La Casa del Veterano podría denegar una admisión si el solicitante representa un riesgo a la salud, seguridad ó bienestar de los residentes ó personal de la Institución.

Toda información del solicitante es evaluada asegurando la confidencialidad y privacidad de al misma, de acuerdo a la Ley Federal “Health Insurance Portability and Accountability Act” (HIPPA). La Casa del Veterano no discrimina por raza, sexo, credo ó religión.



ÁREA DE CUIDADO DE DOMICILIARIO

A. SERVICIOS INCLUIDOS

1. Habitación con aire acondicionado (incluye cama twin, mesas de noche, balcón, baño)
2. Servicios de Trabajo Social
3. Servicios de limpieza de habitación
4. Uso de facilidades de lavandería (el residente se encargará de lavar su ropa, suplido del lavado y cuidado de su ropa personal)
5. Actividades Recreativas y Sociales
6. Servicios de enfermería para necesidades inmediatas y casos de emergencia
7. Clínicas de salud en horas laborables
8. Comidas y meriendas (según orden médica y evaluación de la dietista)
9. Servicio de Manejo de Fondos del Residente (de ser solicitado)
10. Coordinación de evaluación en hospital si la condición médica agudiza

B. SERVICIOS NO INCLUIDOS

1. Terapia Física
2. Terapia de habla (por consulta)
3. Terapia Ocupacional
4. Farmacia (los medicamentos serán costeados por el residente, su plan médico y/o enviados por la farmacia de la Administración de Veteranos)
5. Teléfono/Televisión/Cable TV en habitación
6. Servicios de transportación y ambulancia (citas médicas y actividades personales deberán ser coordinadas y costeadas por el residente o por su plan médico)
7. Cuidado directo de enfermería
8. Servicios médicos (medicina de familia, medicina general, medicina interna, geriatría, fisioterapia, dental, podiatra, oftalmología, audiología, etc.)
9. Laboratorios (el personal de enfermería le asiste en la toma de muestras y enviarlas al laboratorio)
10. Rayos X
11. Efectos personales

Nota: El costo de los servicios no incluidos será de acuerdo a la tarifa del proveedor



ÁREA DE CUIDADO DE “NURSING HOME”

A. SERVICIOS INCLUIDOS:

1. Habitación con aire acondicionado (incluye cama de posición, baño, balcón, mesa de noche, mesa de comer, silla).
2. Servicios de Trabajo Social
3. Servicios de limpieza de habitación
4. Servicio de lavandería
5. Actividades Recreativas y Sociales
6. Cuidado de Enfermería las 24 horas del día incluyendo:
 - Administración de medicamentos
 - Administración de alimentos (de ser necesario)
 - Asistencia en el aseo personal
 - Provisión de tratamiento médico
 - Cuidado de preventivo de úlceras
 - Comodidad y aseo rutinario
 - Cuidado preventivo contra infecciones, accidentes y lecciones
7. Servicios de rehabilitación de acuerdo a orden médica incluyendo:
 - Terapia Física
 - Terapia Ocupacional
 - Terapia Recreativa
8. Comidas y meriendas por orden médica
9. Cuidado médico en horas laborables y servicio “on call” noches, días feriados y fines de semana
10. Servicio de Manejo de Fondos del Residente (de ser solicitado)
11. Coordinación de evaluación en hospital si la condición médica agudiza

B. SERVICIOS NO INCLUIDOS:

1. Alimentación enteral (vía oral o por tubo nasogástrico)
2. Farmacia (los medicamentos serán costeados por el residente, plan médico y/o enviados por la farmacia de la Administración de Veteranos)
3. Teléfono/Televisión/Cable TV
4. Servicios de transportación y ambulancia (costeado por el residente o plan médico)
5. Servicios médicos (medicina de familia, dental, medicina general, medicina interna, fisioterapia, geriatría, podiatra, oftalmología, audiología, etc.) serán facturados al plan médico o pago directo del residente.
6. Laboratorios (el personal e enfermería le asiste en la toma de muestras y enviarlas al laboratorio).
7. Rayos X
8. Pañales desechables

Nota: El costo de los servicios no incluidos será de acuerdo a la tarifa establecida por el proveedor



Ambassador Veterans Services of Puerto Rico, LLC
La casa del Veterano

**TARIFAS EN ÁREA DOMICILIARIO
(HABITACION SEMI-PRIVADA)**

	VETERANO(A)	VETERANO(A)
TARIFA	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00
SUBSIDIOS:	\$ 400.00 (Ingreso neto de \$10,001-\$16,000)	\$ 400.00 (Ingreso neto menor de \$10,000)
TARIFA NETA	\$ 600.00	\$ 600.00

	ESPOSO(A)	ESPOSO(A)
TARIFA	\$ 1,580.00	1,580.00
SUBSIDIOS:	\$ 400.00 (Ingreso neto de \$10,001-\$16,000)	\$ 400.00 (Ingreso neto menor de \$10,000)
TARIFA NETA	\$ 1,180.00	\$ 1,180.00

	VIUDO(A)	VIUDO(A)
TARIFA	\$ 1,815.00	\$ 1,815.00
SUBSIDIOS:	\$ 400.00 (Ingreso neto de \$10,001-\$16,000)	\$ 400.00 (Ingreso neto menor de \$10,000)
TARIFA NETA	\$ 1,415.00	\$ 1,415.00

**** Tarifas aplicadas por cada solicitante.**



Ambassador Veterans Services of Puerto Rico, LLC
La casa del Veterano

**TARIFAS EN ÁREA DOMICILIARIO
(HABITACION PRIVADA)**

	VETERANO(A)	VETERANO(A)
TARIFA	\$ 1,400.00	\$ 1,400.00
SUBSIDIOS:	\$ 400.00 (Ingreso neto de \$10,001-\$16,000)	\$ 400.00 (Ingreso neto menor de \$10,000)
TARIFA NETA	\$ 1,000.00	\$ 1,000.00

	ESPOSO(A)	ESPOSO(A)
TARIFA	\$ 1,950.00	1,950.00
SUBSIDIOS:	\$ 400.00 (Ingreso neto de \$10,001-\$16,000)	\$ 400.00 (Ingreso neto menor de \$10,000)
	\$ 400.00	\$ 400.00
TARIFA NETA	\$ 1,550.00	\$ 1,550.00

**** Tarifas aplicadas por cada solicitante.****



Ambassador Veterans Services of Puerto Rico, LLC
La casa del Veterano

TARIFAS EN ÁREA DE NURSING HOME

	VETERANO(A)	VETERANO(A) PRIVADO
TARIFA	\$ 1,975.00	\$ 2,475.00
SUBSIDIOS:	\$ 600.00	\$ 600.00
TARIFA NETA	\$ 1,375.00	\$ 1,875.00

	ESPOSO(A)
TARIFA	\$ 3,208.00
SUBSIDIOS:	\$ 600.00
TARIFA NETA	\$ 2,608.00

	VIUDO(A)
TARIFA	\$ 3,708.00
SUBSIDIOS:	\$ 600.00
TARIFA NETA	\$ 3,108.00

**** Tarifas aplicadas por cada solicitante.****



Ambassador Veterans Services of Puerto Rico, LLC
La casa del Veterano

Documentos solicitados como requisito para evaluación de admisión a La Casa del Veterano

Nombre: _____
Dirección: _____

Teléfono: _____
Seguro Social: _____
Tutor/Familiar: _____

- ___ Solicitud de la Oficina del Procurador de Veteranos
- ___ Solicitud de Beneficios de Salud (VA- Form 10-10EZR)
(Aplica solo a veteranos)
- ___ Evidencia de elegibilidad en Veteranos (Service Connected)
- ___ Forma 214 (Honorably discharged Veteran of the U.S Armed Forces)
- ___ Copia del Record Médico de dos años hasta el presente. Si visita un psiquiatra, neurólogo o alguna otra sub-especialidad debe incluir copias del récord y evaluaciones de los últimos tres meses.
- ___ Resultados de Laboratorio del último mes (SMA 24, CBC, Urinálisis)
- ___ Certificado de Salud (Departamento de Salud de Puerto Rico)
Debe incluir copia de lectura de la prueba PPD o placa de pecho y VDRL
- ___ Récord de Inmunización (Vacuna de Influenza, Neumonía y TD) De no tenerlas al día deberá administrárselas o entregar una carta que certifique el rechazo y la razón del mismo.
- ___ Evidencia de Ingresos y Gastos
- ___ Evaluación Financiera
- ___ Certificado de Nacimiento
- ___ Copia Tarjeta de Seguro Social
- ___ Copia Tarjetas del Plan Médico
- ___ Certificado de Antecedentes Penales
- ___ Tres (3) identificaciones con foto
- ___ Dos (2) fotos 2x2
- ___ Certificado de Matrimonio (si aplica)
- ___ Certificado de Defunción (si aplica)
- ___ Resumen de Alta (si ha sido hospitalizado en los últimos doce meses)
- ___ Poder notarial o tutor legal (si aplica)
- ___ Arreglos pre-funeral (si aplica)

***No se aceptará la entrega parcial de documentos.**



Ambassador Veterans Services of Puerto Rico, LLC
La casa del Veterano

EVALUACION FINANCIERA

AÑO _____

Nombre: _____

Seguro Social: _____

INGRESOS MENSUALES:

CANTIDAD

- ❖ Seguro Social \$ _____
- ❖ Pensiones (VA, ELA) _____
- ❖ Compensaciones (VA, ELA) _____
- ❖ Plan de Retiro (401K, IRAS) _____
- ❖ Ayuda Económica Gubernamental y/o Familiar _____
- ❖ Ingresos por concepto de negocio propio _____
- ❖ Ingresos por concepto de rentas _____
- ❖ Intereses y dividendos _____
- ❖ Otros _____

Total de Ingresos: \$ _____

GASTOS Y DEDUCCIONES MENSUALES:

CANTIDAD

- ❖ Gastos Médicos \$ _____
- ❖ Costo Plan Médico _____
- ❖ Préstamos Personales _____
- ❖ Gastos Pre-Arreglo Funeral _____
- ❖ Otros _____

Total de Gastos al Mes \$ _____

Sub Total: \$ _____

Ingreso Neto Mensual: \$ _____

Ingreso Neto Mensual (_____) X 12 = **INGRESO NETO ANUAL (\$** _____ **)**

Firma del Solicitante o Representante

Fecha

Incluye deducibles por concepto de medicamentos, laboratorios, tratamientos especiales y equipo asistido ordenados por el médico. Estos gastos se consideran hasta el 100%. Deben presentar evidencia de los gastos para poder considerarlos.

GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL PROCURADOR DEL VETERANO
Solicitud de Admisión a La Casa del Veterano de Juana Díaz

IMPORTANTE: FAVOR DE MARCAR CLARAMENTE Y RESPONDER A TODOS LOS ENCASILLADOS
 Si esta solicitud se completa a favor de alguien más. ¿Tiene conocimiento la persona de que la solicitud se está llenando a su favor?
 SI NO NO APLICA

Nombre y Apellidos	Dirección Postal y Física:	Seguro Social:	Núm. Reclamación
		Fecha de Nacimiento	
Estado Civil:	Teléfono: ()	Lugar de Nacimiento	Religión

INFORMACIÓN MILITAR - VETERANOS ÚNICAMENTE

RAMA DE SERVICIO	NÚM. DE SERVICIO O SEGURO SOCIAL	FECHA ENTRADA SERVICIO	TIPO DE LICENCIA	FECHA DE LICENCIAMIENTO

INFORMACION DE INGRESOS

INGRESO MENSUAL	SOLICITANTE)	CONYUGE
Administración de Veteranos	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Retiro	\$	\$
Otro Ingreso	\$	\$

INFORMACIÓN DE SEGUROS MÉDICOS

Número Póliza Medicare	Parte A	Parte B	Otros Seguros	Número de Póliza
	<i>Fecha Efectividad</i>	<i>Fecha Efectividad</i>		

INFORMACIÓN LEGAL

	SÍ	NO	NOMBRE
Tutor Legal Financiero			
Tutor Legal Cuidado Médico			
Tutor Legal			
Representante			

ACTIVIDADES DIARIAS

Capacidad del Solicitante	SI	NO
¿Puede controlar la vejiga?		
¿Puede controlar sus evacuaciones?		
¿Puede vestirse sin ayuda?		
¿Puede comer sin ayuda?		
¿Maneja sus asuntos financieros?		
¿Es capaz de transferirse de una silla sin ayuda?		
¿Es capaz de subir y bajar escaleras?		
¿Es capaz de caminar sin ayuda?		

Si contestó "NO" a la última pregunta, indique si esta persona requiere el uso de:

Bastón
 Andador
 Silla de ruedas sin motor
 Silla de ruedas con motor

Servicios de apoyo necesarios:

Tareas Domésticas
 Cuidado Personal
 Financiero
 Transportación
 Comidas

CONDICION EMOCIONAL MENTAL				
Este solicitante es...	SI	NO		
Alergia				
Confundido				
Agitado				
Propenso a delirar				
Agresivo				
Aislado				
¿Ha recibido alguna vez tratamiento por enfermedad mental?				
Si respondió "SI" indique dónde y fechas de tratamiento				
ABUSO DE SUSTANCIAS/MEDICAMENTOS				
Este solicitante ...	SI	NO		
Fuma				
Consumo alcohol				
Utiliza drogas				
Ha recibido alguna vez tratamiento por abuso de alcohol				
Si respondió "SI", dónde y cuáles fueron las fechas				
Ha recibido alguna vez tratamiento por abuso de drogas				
Si respondió "SI", dónde y cuáles fueron las fechas				
<p><i>Esta persona reside en:</i></p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Su Hogar <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Pensión/Casa retiro <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otro, Explique </p> <p>¿Este solicitante es mayor de 60? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>(si es menor, favor de enumerar las condiciones que hacen que esta persona esté permanentemente incapacitada y no pueda sostenerse)</p>				
ENUMERE EL/LOS DIAGNÓSTICO(S) PRIMERO QUE JUSTIFICA(N) LA ADMISION EN UNA CASA DE VETERANO				
DIAGNÓSTICO	FECHA DE INICIO	LA CONDICIONES	PERMANENTE	TEMPORERA
ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y LAS DOSIS:				
MEDICAMENTO	DOSIS			
Administración de los medicamentos por prescripción médica: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Necesita que los medicamentos se le prepare y su plan: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual Condición de la piel: <input type="checkbox"/> Heridas abiertas <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Infecciones				

INFORMACIÓN DE FAMILIA, MARITAL Y DE DEPENDIENTE(S)

MARQUE POR FAVOR Y COMPLETE LA INFORMACIÓN SEGÚN APLIQUE

El solicitante es Veterano(a)* Esposa(o)** Viuda(o)** "Gold Start Parent"

Estado Civil es: Casado Separado Viudo Divorciado Nunca se ha casado

(*favor de someter evidencia de la forma DD214 o su licenciamiento) (**copia del Certificado de Matrimonio y/o Defunción, según aplique)

Nombre del Cónyuge: _____

Seguro Social del Cónyuge: _____

Dirección del Cónyuge: _____

Fecha de matrimonio: _____

Fecha de fallecimiento: _____

Nombre y Número de Teléfono de hijos del solicitante y personas de contacto

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa _____ Cel _____

Teléfonos: Casa _____ Cel _____

Trabajo _____ Otro _____

Trabajo _____ Otro _____

Relación: _____

Relación: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Teléfonos: Casa _____ Cel _____

Teléfonos: Casa _____ Cel _____

Trabajo _____ Otro _____

Trabajo _____ Otro _____

Relación: _____

Relación: _____

*CERTIFICO QUE TODA LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA, ES CIERTA Y CORRECTA

Firma del Solicitante, Tutor Legal, Familiar o Representante

FECHA: _____



Department of Veterans Affairs

APPLICATION FOR HEALTH BENEFITS

SECTION I - GENERAL INFORMATION

Federal law provides criminal penalties, including a fine and/or imprisonment for up to 5 years, for concealing a material fact or making a materially false statement. (See 18 U.S.C. 1001)

1. VETERAN'S NAME (Last, First, Middle Name)		2. MOTHER'S MAIDEN NAME	3. GENDER <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	
4. ARE YOU SPANISH, HISPANIC, OR LATINO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		5. WHAT IS YOUR RACE? (You may check more than one. Information is required for statistical purposes only.) <input type="checkbox"/> AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> BLACK OR AFRICAN AMERICAN <input type="checkbox"/> ASIAN <input type="checkbox"/> WHITE <input type="checkbox"/> NATIVE AMERICAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER		
6. SOCIAL SECURITY NUMBER	7. DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)	7A. PLACE OF BIRTH (City and State)		
8. PERMANENT ADDRESS (Street)		8A. CITY	8B. STATE	8C. ZIP CODE
8D. COUNTY	8E. HOME TELEPHONE NUMBER (Include area code)		8F. MOBILE TELEPHONE NUMBER (Include area code)	
8G. E-MAIL ADDRESS		9. CURRENT MARTIAL STATUS <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> NEVER MARRIED <input type="checkbox"/> SEPARATED <input type="checkbox"/> WIDOWED <input type="checkbox"/> DIVORCED		
10. I AM ENROLLING TO OBTAIN MINIMUM ESSENTIAL COVERAGE UNDER THE AFFORDABLE CARE ACT <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		11. WHICH VA MEDICAL CENTER OR OUTPATIENT CLINIC DO YOU PREFER? (for listing of facilities visit www.va.gov/directory)		12. WOULD YOU LIKE FOR VA TO CONTACT YOU TO SCHEDULE YOUR FIRST APPOINTMENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

SECTION II - MILITARY SERVICE INFORMATION

1. LAST BRANCH OF SERVICE	1A. LAST ENTRY DATE	1B. LAST DISCHARGE DATE	1C. DISCHARGE TYPE		
2. MILITARY HISTORY (Check yes or no)		YES	NO	YES	NO
A. ARE YOU A PURPLE HEART AWARD RECIPIENT?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ARE YOU A FORMER PRISONER OF WAR?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. DID YOU SERVE IN A COMBAT THEATER OF OPERATIONS AFTER 11/11/1998?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. WERE YOU DISCHARGED OR RETIRED FROM MILITARY FOR A DISABILITY INCURRED IN THE LINE OF DUTY?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				E. DID YOU SERVE IN SW ASIA DURING THE GULF WAR BETWEEN AUGUST 2, 1990 AND NOVEMBER 11, 1998?	<input type="checkbox"/>
				F. DID YOU SERVE IN VIETNAM BETWEEN JANUARY 9, 1962 AND MAY 7, 1975?	<input type="checkbox"/>
				G. WERE YOU EXPOSED TO RADIATION WHILE IN THE MILITARY?	<input type="checkbox"/>
				H. DID YOU RECEIVE NOSE AND THROAT RADIUM TREATMENTS WHILE IN THE MILITARY?	<input type="checkbox"/>
				I. DID YOU SERVE ON ACTIVE DUTY AT LEAST 30 DAYS AT CAMP LEJEUNE FROM AUGUST 1, 1953 THROUGH DECEMBER 31, 1987?	<input type="checkbox"/>

SECTION III - INSURANCE INFORMATION (Use a separate sheet for additional information)

1. ENTER YOUR HEALTH INSURANCE COMPANY NAME, ADDRESS AND TELEPHONE NUMBER (include coverage through spouse or other person)					
2. NAME OF POLICY HOLDER	3. POLICY NUMBER	4. GROUP CODE	5. ARE YOU ELIGIBLE FOR MEDICAID? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	6. ARE YOU ENROLLED IN MEDICARE HOSPITAL INSURANCE PART A? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
				6A. EFFECTIVE DATE (mm/dd/yyyy)	

HEALTH BENEFITS UPDATE FORM	VETERAN'S NAME <i>(Last, First, Middle)</i>	SOCIAL SECURITY NUMBER
------------------------------------	---	------------------------

SECTION IV - PREVIOUS CALENDAR YEAR GROSS ANNUAL INCOME OF VETERAN, SPOUSE AND DEPENDENT CHILDREN
(Use a separate sheet for additional dependents)

	VETERAN	SPOUSE	CHILD 1
1. GROSS ANNUAL INCOME FROM EMPLOYMENT <i>(wages, bonuses, tips, etc.)</i> EXCLUDING INCOME FROM YOUR FARM, RANCH, PROPERTY OR BUSINESS	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. NET INCOME FROM YOUR FARM, RANCH, PROPERTY OR BUSINESS	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. LIST OTHER INCOME AMOUNTS <i>(e.g., Social Security, compensation, pension interest, dividends)</i> EXCLUDING WELFARE.	\$ _____	\$ _____	\$ _____

SECTION V - PREVIOUS CALENDAR YEAR DEDUCTIBLE EXPENSES

1. TOTAL NON-REIMBURSED MEDICAL EXPENSES PAID BY YOU OR YOUR SPOUSE <i>(e.g., payments for doctors, dentists, medications, Medicare, health insurance, hospital and nursing home)</i> VA will calculate a deductible and the net medical expenses you may claim.	\$ _____
2. AMOUNT YOU PAID LAST CALENDAR YEAR FOR FUNERAL AND BURIAL EXPENSES (INCLUDING PREPAID BURIAL EXPENSES) FOR YOUR DECEASED SPOUSE OR DEPENDENT CHILD <i>(Also enter spouse or child's information in Section III.)</i>	\$ _____
3. AMOUNT YOU PAID LAST CALENDAR YEAR FOR YOUR COLLEGE OR VOCATIONAL EDUCATIONAL EXPENSES <i>(e.g., tuition, books, fees, materials)</i> DO NOT LIST YOUR DEPENDENTS' EDUCATIONAL EXPENSES.	\$ _____

SECTION VI - PREVIOUS CALENDAR YEAR NETWORTH *(Use a separate sheet for additional dependents)*

	VETERAN	SPOUSE	CHILD 1
1. CASH AMOUNT IN BANK ACCOUNTS <i>(e.g., checking, savings accounts, certificates of deposit, individual retirement accounts, stocks and bonds)</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
2. MARKET VALUE OF LAND AND BUILDINGS MINUS MORTGAGES AND LIENS. <i>(e.g., second home and non-incoming producing property. Do not count your primary home.)</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____
3. VALUE OF OTHER PROPERTY OR ASSETS <i>(e.g., art, rare coins, collectables)</i> MINUS THE AMOUNT YOU OWE ON THESE ITEMS. INCLUDE VALUE OF FARM, RANCH OR BUSINESS ASSETS. <i>Exclude household effects and family vehicles.</i>	\$ _____	\$ _____	\$ _____

SECTION VII - CONSENT TO COPAYS AND TO RECEIVE COMMUNICATIONS

By submitting this application you are agreeing to pay the applicable VA copays for treatment or services of your NSC conditions as required by law. You also agree to receive communications from VA to your supplied email or mobile number.

ASSIGNMENT OF BENEFITS

I understand that pursuant to 38 U.S.C. Section 1729 and 42 U.S.C. 2651, the Department of Veterans Affairs (VA) is authorized to recover or collect from my health plan (HP) or any other legally responsible third party for the reasonable charges of nonservice-connected VA medical care or services furnished or provided to me. I hereby authorize payment directly to VA from any HP under which I am covered (including coverage provided under my spouse's HP) that is responsible for payment of the charges for my medical care, including benefits otherwise payable to me or my spouse. Furthermore, I hereby assign to the VA any claim I may have against any person or entity who is or may be legally responsible for the payment of the cost of medical services provided to me by the VA. I understand that this assignment shall not limit or prejudice my right to recover for my own benefit any amount in excess of the cost of medical services provided to me by the VA or any other amount to which I may be entitled. I hereby appoint the Attorney General of the United States and the Secretary of Veterans' Affairs and their designees as my Attorneys-in-fact to take all necessary and appropriate actions in order to recover and receive all or part of the amount herein assigned. I hereby authorize the VA to disclose, to my attorney and to any third party or administrative agency who may be responsible for payment of the cost of medical services provided to me, information from my medical records as necessary to verify my claim. Further, I hereby authorize any such third party or administrative agency to disclose to the VA any information regarding my claim.

SECTION VIII - SUBMITTING YOUR UPDATE

ALL APPLICANTS MUST SIGN AND DATE THIS FORM. REFER TO INSTRUCTIONS WHICH DEFINE WHO CAN SIGN ON BEHALF OF THE VETERAN.

Federal law provides criminal penalties, including a fine and/or imprisonment, for any materially false, fictitious, or fraudulent statement or representation (See 18 U.S.C. 287 and 1001).

I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and accurate to the best of my knowledge. I understand that any materially false, fictitious, or fraudulent statement or representation, made knowingly, is punishable by a fine and/or imprisonment pursuant to title 18, United States Code, Sections 287 and 1001.

SIGNATURE OF APPLICANT _____ **DATE** _____

PHYSICIAN'S CERTIFICATE

Valid for 90 days Prior to Admission

(Physicians please complete all pages 1-3)

Veterans Name _____ Social Security No: _____
Age: _____ Weight: _____ Height _____

1. Primary & Secondary Diagnosis (If psychiatric, please attach recent progress notes)

- a. _____ b. _____
- c. _____ d. _____
- e. _____ f. _____

2. Has the applicant had any emergency room visits in the last 90 days yes no date: _____
3. Has the applicant had any hospital stays in the last 90 days yes no date: _____
4. If the applicant current in nursing home yes no
4. Has the applicant had any falls in the last 180 days yes, how many _____ no

Physician's orders & current medications, list method & frequency of actual administrations

Medications	Frequency	diagnosis

Diet: Regular Diabetic Specify _____

SELF CARE STATUS		INDEPENDENT	NEEDS ASSISTANCE	UNABLE TO DO
Personal Hygiene	Bathing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Shaving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oral Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dressing	Upper Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trunk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lower Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feeding		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activities of Daily Living	Keep Room Clean	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Do own Laundry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Handle Own Funds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Take Own Meds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Walk one blot to and from Meals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobility (check Items Used)	Wheelchair	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> no	
	Elec. Wheelchair	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> no	
	Gerichair	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> no	
	Electric Scooter	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> no	
	Cane	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> no	
Bowels Bladder	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Incontinent		
	<input type="checkbox"/> Continent	<input type="checkbox"/> Incontinent		
Appliances	<input type="checkbox"/> Prosthesis <input type="checkbox"/> Dentures <input type="checkbox"/> Glasses <input type="checkbox"/> Hearing Aid <input type="checkbox"/> Other: _____			
Behavior/ Orientation	<input type="checkbox"/> Oriented <input type="checkbox"/> Anxious <input type="checkbox"/> Fearful <input type="checkbox"/> Quiet <input type="checkbox"/> Friendly <input type="checkbox"/> Alert <input type="checkbox"/> Memory Deficit <input type="checkbox"/> Depressed <input type="checkbox"/> Alcohol Abuse <input type="checkbox"/> Smoker <input type="checkbox"/> Forgetful		<input type="checkbox"/> Inappropriate or Antisocial <input type="checkbox"/> Confused/Disoriented <input type="checkbox"/> Wanders <input type="checkbox"/> Withdrawn <input type="checkbox"/> Special Psycho-Social needs <input type="checkbox"/> Noisy/Loud <input type="checkbox"/> Aggressive/Combative <input type="checkbox"/> Verbally Abusive <input type="checkbox"/> History of Drug Abuse <input type="checkbox"/> Mental Illness	
	Additional comments regarding behavior: _____			

Communication Ability	Can Speak	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	Can Write	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	Understands Speaking	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	Understands Gestures	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No				
	Understands Writing	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No / <input type="checkbox"/> Spanish	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

Review of Systems		Normal	Abnormal	Comment
		Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Neck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Chest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Rectal/Pelvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Extremities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Neurological	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

BP: _____ Pulse: _____
 Temp: _____ Resp: _____

Tuberculosis Screening Guidelines for Admission
 Applicant has NO HISTORY of a positive TB Skin Test or current signs and symptoms of TB
 Applicant has a HISTORY of a positive TB Skin Test
 If YES, complete Sections below
 _____ Recent close contact to a person with active TB
 _____ Abnormal chest x-ray showing fibrotic lesions (likely to be old TB)
 Date converted to Positive reactor: _____

Date of most recent Chest X-Ray	Result of chest x-ray -- include copy of report
---------------------------------	---

Physician's statement and evaluation of applicant's TB status

Recommended treatment:

Immunizations Record

	Pneumococcal Vaccine	Tetanus or Diphtheria/Tetanus	Influenza Vaccine	Other -- Specify
DATE -- Most Recent				

EXAMINING PHYSICIAN

Must Sign and Date

Signature	Date
_____	_____
Name (Printed)	



LISTA DE ARTICULOS PERSONALES NECESARIOS AL INGRESAR A LA CASA DEL VETERANO

- Cepillo de dientes
- Pasta de dientes
- Jabón líquido o barra (si es de barra, favor añadir jabonera plástica)
- Desodorante
- Diez (10) cambios de ropa interior
- Siete pares (7) pares de medias anti-resbaladizas (non-slip)
- Siete (7) cambios de pantalones y camisas
- Pañuelos
- Cepillo de cabello y peinilla
- Cuatro (4) pijamas
- Zapatillas para la habitación (cerradas, con velero u hebillas)
- Tres (3) pares de zapatos (cerrado o con suela de goma)
- Shampoo y acondicionador para el cabello
- Navajas de afeitar y accesorios
- Abrigos
- Tres (3) toallas de baño
- 2 Sets Ropa de cama tamaño "twin"
- Canasto para la ropa sucia (plástico y con tapa)
- Colonia o perfume
- Detergente para lavar ropa (preferible líquido)
- Crema de manos
- Almohadas
- Dos (2) frisas
- Zafacón pequeño con tapa (preferiblemente de 8 galones)
- Televisor de 21"
- Medicamentos (suplido para un mes)
- Pañales desechables (si aplica) suplido para un mes
- Radio despertador
- Papel, lápices o bolígrafos

1. Servicios de teléfono y cable TV serán responsabilidad del residente o familiar encargado. Todos los artículos eléctricos deben ser certificados por el Departamento de Planta Física de la Institución al igual que cualquier extensión.
2. No serán permitidos mobiliarios como calentadores, estufas, planchas, abanicos grandes (no más de 10") o plantas eléctricas.
3. No serán permitidas mascotas en el edificio
4. Solo se permitirán neveras en el Area Domiciliario (deben incluir termómetro)
5. Todos los artículos personales deben estar identificados (utilizar marcador con tinta permanente) con la inicial del nombre, apellido completo del residente y los cuatro dígitos del seguro social. **(Ejemplo: Julio Vargas y su seguro social es 122-23-4444, se identifica como J. Vargas 4444).**
6. Si el residente recibe visita de menores estos deben estar supervisados por un adulto.