



Estimado padre/madre/tutor

Gracias por preguntar sobre Respite Care of San Antonio, Inc. Estamos muy contentos de que usted sea parte de nuestra comunidad y estamos seguros de que disfrutará de los muchos servicios que tenemos para ofrecer. Estos incluyen:

- Día de la Madre (MDO)
- Día en familia (FDO)
- Noche en familia (PNO)
- Respiro en el desarrollo de la atención infantil
- Programación en edad escolar (extraescolares y campamentos)

Adjunto encontrará un paquete de inscripción. Por favor, rellene el paquete y devuélvalo en su totalidad junto con todos los materiales de inscripción requeridos. Todos los formularios deben ser completados y enviados (uno por hogar) para ser considerado para nuestros programas. Requerimos que todas nuestras familias que califiquen soliciten asistencia del Servicio de Cuidado de Niños (CCS)- para ser agregado a la lista de espera, haga clic en el [enlace](#) . Cualquier familia que no califica y está por debajo del 250% de la pobreza federal puede aplicar para Respite Care of San Antonio's Financial Hardship. Al final de este registro, usted encontrará información sobre la elegibilidad de CCS y nuestra Solicitud de Dificultad Financiera [Solicite cuidado infantil - Workforce Solutions Alamo](#).

Material de inscripción necesario:

DRH Documentos requeridos	Documentos necesarios para la guardería	Días de salida Documentos requeridos
Paquete de inscripción cumplimentado	Paquete de inscripción cumplimentado	Paquete de inscripción cumplimentado
	Prueba de ingresos familiares (SNAP, SSI, TANF, etc.) Últimos 90 días Nóminas (4 consecutivas) Declaración de la renta (páginas 1 y 2)	Prueba de ingresos familiares (SNAP, SSI, TANF, etc.) Últimos 90 días Nóminas (4 consecutivas) Declaración de la renta (páginas 1 y 2)
Cartilla de vacunación	Cartilla de vacunación	Cartilla de vacunación
Certificado o datos de nacimiento (prueba de la tutela)	Certificado o datos de nacimiento (prueba de la tutela)	Certificado o datos de nacimiento (prueba de la tutela)
Seguro de enfermedad	Seguro de enfermedad	
	Prueba de tutela, si procede	Prueba de tutela, si procede
	Aplicación CCS	

Por favor, haga que el médico firme el siguiente formulario:

1. Admisión e Información Médica y Autorización de Medicamentos de los Padres/Médico

Las órdenes de medicación sólo son necesarias si su hijo está tomando medicación o recibiendo tratamiento mientras está bajo su tutela.

***NO SE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS SIN ORDEN MÉDICA. ***

Tenemos una clínica in situ en colaboración con UT Health Clinic, disponible para agilizar la cumplimentación de estos formularios para usted. Para más información, llame a UT Health al 210-738-1636.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para rellenar el paquete, póngase en contacto con Alma Alvarado en el (210) 737-1212 ext. 2015/ aalvarado@respitecaresa.org o con Nickol Gómez en el ext. [2029/ ngomez@respitecaresa.org](mailto:2029/ngomez@respitecaresa.org).

Esperamos poder atender las necesidades de su ser querido.
El equipo del programa

INSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre del niño		Fecha de nacimiento	Sexo ☐ Hombre ☐ Femenino	Teléfono particular
Diagnóstico del niño- ☐ Compruebe si el niño es neurotípico				☐ no verbal ☐ habla limitada ☐ verbal
Dirección del niño		Ciudad, Estado y Código Postal		
Nombre de la escuela (si procede)		Distrito escolar		
Nombre de la madre / tutor		Dirección (si es diferente de la dirección del niño) - Si está en blanco cuéntelo como N/A		
Nombre del padre / tutor		Dirección (si es diferente de la dirección del niño) Si está en blanco cuéntelo como N/A		
Parentesco del cuidador que cumplimenta el formulario:		☐ Padres ☐ Tutor ☐ Acogida ☐ Familiar más cercano		
Indique los números de teléfono de contacto de los padres o tutores mientras el niño esté bajo su custodia	Teléfono de la madre / tutor	Padre / Tutor Teléfono	Correo electrónico	
Lista de contactos de emergencia en caso de no poder localizar a los padres o tutores				
Nombre	Dirección	Teléfono	Relación	
Por la presente autorizo a la guardería a permitir que mi hijo salga de la guardería SÓLO con las siguientes personas. Por favor, indique el nombre y número de teléfono de cada una de ellas. Los niños sólo serán entregados a uno de los padres o a una persona designada por el padre/tutor tras la verificación del documento de identidad.				
1)	2)	3)		
TRANSPORTE: Por la presente ☐ doy ☐ no doy mi consentimiento para que mi hijo sea transportado para recibir atención de emergencia Por la presente ☐ entiendo que no permitimos que los niños salgan del local sin la supervisión de un adulto, incluidos los hermanos menores de 18 años:				
EXCURSIONES AL CAMPO: Por la presente ☐ doy ☐ no doy mi consentimiento para que mi hijo sea transportado y participe en las excursiones				
ACTIVIDADES ACUÁTICAS: Por la presente ☐ doy ☐ NO doy mi consentimiento para que mi hijo participe en actividades acuáticas ☐ aspersores. ☐ piscinas para niños. ☐ mesa de agua. ☐ Por la presente entiendo que la guardería no hace piscinas para niños ni piscinas para chapotear.				
RECEPCIÓN DEL MANUAL PARA PADRES: ☐ Acuso recibo de las políticas de funcionamiento del centro, incluidas las de disciplina y orientación.				
CESIÓN PUBLICITARIA: Por la presente ☐ doy ☐ no doy mi consentimiento para que la fotografía de mi hijo sea utilizada con fines publicitarios.				
TERAPIAS RECIBIDAS: ☐ Ninguna ☐ Servicios de ECI ☐ Terapia Ocupacional ☐ Fisioterapia ☐ Terapia del habla ☐ Análisis aplicado del comportamiento				

Las guarderías infantiles son alojamientos públicos en virtud del Título III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Si cree que un establecimiento de este tipo puede estar practicando una discriminación que vulnera el Título III, puede llamar a la línea de información de la ADA al (800) 514-0301 (voz) o al (800)-514-0383 (TTY).

AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE URGENCIA:		
En caso de que no se pueda contactar conmigo para organizar la atención médica de urgencia, autorizo a la persona encargada a llevar a mi hijo a:		
Nombre del médico de cabecera:	Dirección:	Número de teléfono:
Nombre del centro médico de urgencias (hospital):	Dirección:	Número de teléfono:
☐ Doy mi consentimiento para que el centro garantice toda la atención médica de urgencia necesaria para mi hijo.		

Enumere los especialistas que puedan proporcionarnos información importante para el cuidado de su hijo.			
Nombre del médico:	Especialidad:	Dirección:	Número de teléfono:
Comportamiento			
Por favor, enumere cualquier información sobre el comportamiento que pueda ser importante para el cuidado de su hijo - Si está en blanco cuéntelo como N/A			
Comportamiento:	Antecedente:	Plan de corrección:	Recompensa/ Consecuencia

INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/PRACTICANTES

Nombre del niño	Fecha de nacimiento
REQUISITOS DE ADMISIÓN	
Marque sólo A o B A ☐ Mi hijo está en edad escolar y asiste a un jardín de infancia o a una escuela fuera de Respite Care of San Antonio, Inc. Marque todas las casillas que correspondan: Nombre, teléfono y dirección de la escuela: _____ ☐ Mi hijo ha sido examinado en el último año por un profesional de la salud y puede participar en el programa de guardería. ☐ Mi hijo se ha sometido a una revisión visual y auditiva en el último año. (Obligatorio a partir de 4 años) ☐ Resumen actual del niño sano	
B ☐ Mi hijo no asiste a un pre-kinder o escuela fuera de Respite Care of San Antonio, Inc. <i>Los niños que no asisten a la escuela necesitan Autorización firmada por los padres y el profesional (página 4 de 6)</i> Marque una de las siguientes casillas: ☐ DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO PÁGINA 4 de 6 ☐ El diagnóstico y el tratamiento médicos entran en conflicto con los principios y las prácticas de una organización religiosa reconocida, a la que me adhiero o de la que soy miembro; he adjuntado una declaración jurada firmada y fechada en la que se indica esto.	
INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS	
☐ Mi hijo no tiene alergias conocidas (SI MARCA NO, SALTE LA SECCIÓN) ☐ Alergias ambientales. ☐ Mi hijo es alérgico a lo siguiente (facilite planes de acción para todo lo que corresponda): _____ Medicación: _____ Reaction: _____ Response: _____ Medicación: _____ Reaction: _____ Response: _____ Comida: _____ Reaction: _____ Response: _____ Otros: _____ Reaction: _____ Response: _____	
NECESIDADES DIETÉTICAS ESPECIALES Y CUIDADOS ESPECIALES DEL NIÑO	
Todas las intervenciones que se administren en los programas de RCSA deben ir acompañadas de un formulario de INFORMACIÓN MÉDICA Y AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES / PRACTICANTES. ☐ Mi hijo NO necesita una dieta especial ☐ Mi hijo NO necesita ninguna intervención médica especial (SI HA MARCADO NO, SÁLTESE LA SECCIÓN) ☐ Mi hijo tiene una DIETA ESPECIAL (indique el pedido de dieta especial) ☐ Intolerancias alimentarias ☐ Enfermedad existente ☐ Enfermedad grave previa ☐ Limitaciones/Restricciones en las actividades de los niños ☐ Adaptaciones/modificaciones razonables ☐ Síntomas/indicios de complicaciones ☐ UN TUBO DE ALIMENTACIÓN ☐ NEBULIZADOR ☐ CATÉTER ☐ DIAPERS ☐ EQUIPO ADAPTATIVO (lista a continuación) ☐ BOLSA DE ESTOMA Explicar: _____ Otros: **Espacio adicional para detallar limitaciones/restricciones/acomodaciones razonables en formulario complementario opcional. Lista de equipos especiales: _____	
HOSPITALIZACIÓN / HISTORIAL QUIRÚRGICO	
☐ Mi hijo NO ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses. ☐ Mi hijo NO ha sido operado en los últimos 12 meses ☐ Mi hijo ha estado hospitalizado en los últimos 12 meses. ☐ Mi hijo ha sido operado en los últimos 12 meses En caso afirmativo, indique (fecha y motivo): _____	
MEDICACIÓN y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	
Todos los medicamentos que se administren en los programas de RCSA deben ir acompañados de un formulario de autorización de los padres o el médico. ☐ Mi hijo NO toma medicación	

(SI HA MARCADO NO, SÁLTESE LA SECCIÓN)

☐ Mi hijo toma los siguientes medicamentos ☐ Medicamentos prescritos para uso continuo a largo plazo.

Medicación: _____ Dosage: _____ Frecuencia: _____ Reason: _____

Medicación: _____ Dosage: _____ Frecuencia: _____ Reason: _____

Medicación: _____ Dosage: _____ Frecuencia: _____ Reason: _____

Si su hijo necesita que se le administre medicación o cualquier otro tipo de atención de enfermería mientras está al cuidado de Respite Care of San Antonio, **se requiere una orden del médico** antes de que se le pueda administrar cualquier medicación o tratamiento. La orden debe indicar el nombre del paciente y la medicación, la dosis, hora, frecuencia y vía de administración. Debe indicarse una fecha de inicio y de finalización (o "en curso"). Debe estar firmada y fechada y debe coincidir con las órdenes que figuran en el frasco de la receta suministrada. No podemos atender a su hijo a menos que se suministren los medicamentos ordenados. Cualquier medicamento PRN o "según sea necesario" debe enumerar los indicadores de la necesidad. Si se hace cualquier cambio, para incluir la interrupción de la medicación, la orden actualizada se debe proporcionar antes de la administración.

☐ He leído y entiendo la información anterior y doy fe de que toda la información que he proporcionado es exacta. Autorizo a que se me administre cualquier medicación y/o tratamiento por prescripción médica.

☐ He leído y comprendido las preguntas anteriores sobre la tuberculosis y doy fe de que toda la información que he facilitado es exacta.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Nombre impreso del padre/madre/tutor

CRIBADO DE LA TUBERCULOSIS (TB)

Marque la casilla correspondiente:

Sí

No

Desconocido

La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos intensa (que dura más de dos semanas) o tos con sangre. Por lo que usted sabe, ¿tiene el individuo arriba mencionado:

-¿Hay alguien por aquí con estos síntomas o problemas? O

-¿Alguien de tu entorno ha sido diagnosticado de tuberculosis? O

¿Ha tenido alguno de estos síntomas?

¿Ha nacido en México o en cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa del Este o Asia?

¿Ha viajado la persona arriba mencionada en el último año a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, África, Europa del Este o Asia durante más de 3 semanas?

En caso afirmativo, especifique el país/los países: _____

Que usted sepa, ¿ha pasado el individuo arriba mencionado algún tiempo (más de 3 semanas) con alguien que sea o haya sido consumidor de drogas intravenosas (IV)?

¿Está infectado por el VIH, en la cárcel o prisión o ha llegado recientemente a Estados Unidos desde otro país?

¿Se ha sometido la persona arriba mencionada a la prueba de la tuberculosis? En caso afirmativo, especifique la fecha: _____

En caso afirmativo, especifique la fecha: _____

REGISTROS DE VACUNACIÓN

☐ He proporcionado una copia de la cartilla de vacunación más reciente y actualizada de mi hijo.

☐ Excluyo a mi hijo de los requisitos de vacunación por razones de conciencia, incluyendo una creencia religiosa. He adjuntado un formulario oficial de declaración jurada ante notario desarrollado y emitido por el Departamento Estatal de Servicios de Salud. Entiendo que esta declaración jurada tiene una validez de 2 años.

PARA SU CUMPLIMENTACIÓN POR EL PROVEEDOR DE ASISTENCIA SANITARIA:

Basándose en la información facilitada anteriormente, ¿necesita el individuo arriba mencionado un derivado proteico purificado (PPD)? ☐

SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, fecha de administración _____ Fecha de lectura _____ ¿Resultados?

☐ He examinado al niño arriba mencionado durante el último año y he comprobado que puede participar en el programa de la guardería.

☐ He proporcionado una copia de la cartilla de vacunación más reciente y actualizada del niño.

☐ He proporcionado una copia de las órdenes médicas más recientes del niño (medicación e intervención médica, es decir, sonda gástrica, nebulizador, etc.).

Firma del profesional sanitario Fecha Nombre impreso o sello del profesional sanitario



Atención de relevo de San Antonio, Inc.

Información financiera familiar

Sólo para uso de la oficina de RCSA:

CHILD: _____

Valora DC: _____ DRH: _____

THI: _____ HUD: _____

CHILD: _____

Valora DC: _____ DRH: _____

THI: _____ HUD: _____

Elija Programa: ☐ PNO ☐ FDO ☐ MDO ☐ Guardería ☐ DRH ☐ Campamentos

Nombre del cuidador _____ Fecha de nacimiento del cuidador _____ Número de teléfono móvil _____

Address _____ Zip Code _____

Correo electrónico _____ Número de miembros de la familia _____ Número declarado en la última declaración de la renta _____ ¿Familia monoparental? ☐ Sí ☐ No

¿Están escolarizados los padres del hogar? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿estudia el padre o la madre ☐ A tiempo **completo** ☐ **A tiempo parcial**

Escuela a la que asiste: _____ GPA Average _____

	Nombres de los miembros del hogar	Fecha de nacimiento	Relación con el participante
1.			Cabeza de familia
2.			
3.			
4.			
5.			

Indique los datos laborales de todos los adultos de la unidad familiar:

Miembro del hogar	Lugar de trabajo	Remuneración	Per: (marque uno)	Si se paga por hora, # Hrs. por semana	Media # Horas extras/semana
Cabeza de familia		\$	Hr./ Mo./Yr.		
		\$	Hr./ Mo./Yr.		

Para cada persona mencionada anteriormente, proporcione la declaración de impuestos federales más reciente (págs. 1 y 2) O 4 talones de cheques de nómina consecutivos.

Marque con una X los ingresos adicionales que se apliquen a su hogar (proporcione una copia de la carta de concesión, si procede)

X	Tipo de ingreso/ayuda/programa	Importe mensual
☐	Manutención de los hijos	
☐	Ayudas públicas	
☐	Vivienda	
☐	SNAP	
☐	TANF	
☐	WIC	
☐	SSI/SSDI	

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información anterior puede ser utilizada para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera de agencias gubernamentales federales, estatales y/o locales para servicios de relevo/guardería y está sujeta a verificación por parte de funcionarios autorizados de agencias gubernamentales. En caso de que cualquier información no revelada o información incorrecta resulte en que las fuentes de financiación rechacen mi factura, entiendo que seré responsable de esos honorarios. Si se produce algún cambio en los ingresos de la unidad familiar, deberá comunicarse inmediatamente a la oficina de inscripción.

Firma del padre, madre o tutor _____ Fecha _____

Nombre en letra de imprenta y relación con el _____

participante

Número de teléfono _____

Exención de responsabilidad

Yo, el padre/tutor entiendo que cualquier trabajador de respiro de Respite Care of San Antonio, Inc. (RCSA) ha sido investigado y ha recibido entrenamiento especial y orientación por RCSA. Estoy de acuerdo en que Respite Care of San Antonio, Inc. no será, bajo ninguna circunstancia, responsable en virtud o por razón de este acuerdo, directa o indirectamente, por accidente o lesión a cualquier persona o personas durante el curso de la prestación y recepción de servicios de relevo.

Asumo el riesgo de todos los daños, pérdidas, costes y gastos y acepto indemnizar y eximir de toda responsabilidad a Respite Care of San Antonio, Inc., sus directivos, agentes y empleados, frente a cualquier reclamación, pérdida, daño, causa de acción, pleito y responsabilidad de cualquier tipo, incluidos todos los gastos de litigio, costas judiciales y honorarios de abogados por lesiones a cualquier persona o personas causadas por la negligencia de Respite Care of San Antonio, Inc. o la negligencia conjunta de Respite Care of San Antonio, Inc. y cualquier otra persona o entidad.

Además, indemnizaré al trabajador de respiro de y contra cualquier pérdida o daño que pueda sufrir a causa de lesiones a cualquier persona o personas o daños a la propiedad mientras el trabajador de respiro está realizando los servicios derivados de y dentro del ámbito de ejecución de este acuerdo, distintos de los que puedan derivarse en parte de la negligencia contribuyente del trabajador de respiro.

Además, por la presente me comprometo a indemnizar a Respite Care of San Antonio, sus agentes, empleados y servidores de toda responsabilidad o reclamaciones, demandas, daños y costos por o derivados de cualquiera de los servicios prestados por RCSA durante cualquier respiro proporcionado en una base de la instalación.

Divulgación de información

Esta información se utilizará para proporcionar cuidados a su hijo que utilice los servicios de Respite Care of San Antonio, Inc. (RCSA). Toda la información se considera confidencial para entidades externas. Entiendo que toda la información con respecto a mi hijo, su cuidado, su historia, la salud, la información médica y de comportamiento, así como la información de la familia pertinente a la recepción de los servicios serán compartidos dentro de la agencia RCSA. Toda la información se mantendrá en el expediente de mi hijo. Entiendo que la información puede ser compartida con las entidades de financiación fuera de RCSA para garantizar el cumplimiento de la financiación, concesión de licencias, o acuerdos contractuales. Esta Autorización está en efecto por el tiempo que mi hijo(a) esté registrado(a) para utilizar los servicios de RCSA. Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización. Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para la divulgación de información relativa a mi expediente. Esta autorización otorga permiso para que RCSA divulgue la información solicitada para cumplir con las pautas municipales, estatales y federales.

Entiendo y reconozco que la información divulgada puede contener datos sensibles y confidenciales. Por la presente libero a RCSA, sus empleados, agentes y partes afiliadas de cualquier responsabilidad que pueda derivarse de la divulgación y el uso de la información autorizada, siempre que dicha divulgación se realice de buena fe y de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables.

Firma del padre, madre o tutor Fecha

Firma del miembro del equipo del Servicio de Apoyo a la Familia Fecha

Firma del Director de Q/A Fecha

-----Solo para el Personal de Cuidado de niños -----

Primer día de cuidados: _____

Firma de Puericultura y Educación Infantil

Inserte

1. Información demográfica
2. Encuesta sobre el estrés
3. Encuesta sobre resiliencia

Demographic Information

Head of Household: _____



For reporting purposes only

Gender: Gender identity of the clients served by the program

- ☐ Female
☐ Male
☐ Other
☐ Gender Unknown

Age Grouping: Age ranges based on the ages of the clients served by the program.

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Unborn Children | ☐ 20-24 Years | ☐ 75-84 Years |
| ☐ 0-2 Years | ☐ 25-34 Years | ☐ 85-Over |
| ☐ 3-4 Years | ☐ 35-44 Years | ☐ Age Unknown |
| ☐ 5-9 Years | ☐ 45-54 Years | |
| ☐ 10-14 Years | ☐ 55-64 Years | |
| ☐ 15-19 Years | ☐ 65-74 Years | |

Race and Ethnicity:

- ☐ American Indian or Alaska Native
☐ Asian
☐ Black or African American
☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
☐ White
☐ Some Other Race
☐ Two or More Races
☐ Race/Ethnicity Unknown

Hispanic or Latino Origin:

- ☐ Hispanic or Latino
☐ Not Hispanic or Latino
☐ Hispanic or Latino Origin Unknown

Education Level: Highest (or current level of education) achieved by the clients served by the program.

Measured at the client level as a count of the clients.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Less than Kindergarten | ☐ 5 th Grade | ☐ 11 th Grade | ☐ Associates |
| ☐ Kindergarten | ☐ 6 th Grade | ☐ 12 th Grade | ☐ Bachelors |
| ☐ 1 st Grade | ☐ 7 th Grade | ☐ HS Diploma | ☐ Grad or Prof. Degree |
| ☐ 2 nd Grade | ☐ 8 th Grade | ☐ GED or Equivalent | ☐ Ed. Level Unknown |
| ☐ 3 rd Grade | ☐ 9 th Grade | ☐ Post HS or Equivalent | |
| ☐ 4 th Grade | ☐ 10 th Grade | ☐ Some College (No Degree) | |

Household Composition: Type of household the client(s) served in the program are members of.

Measured at the client level as a count of household/families.

- | | |
|--|---|
| ☐ Single Parent/ Caregiver Family Household with children (no grandparent(s) present) | |
| ☐ Two-Parent/Caregiver Family Household with children (no grandparent(s) present) | |
| ☐ Family Household with grandparent(s) responsible for grandchild(ren) present | |
| ☐ Other Family Household | ☐ Single Person Non-Family Household |
| ☐ Other Non-Family Household (other than single person) | ☐ Household Type Unknown |

Military Service: Military services status of the clients served by the program. Measured at the client level as a count of clients.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Active Duty | ☐ Military Dependent | ☐ Active Reserve | ☐ Inactive Reserve |
| ☐ Veteran (not dishonorable discharge) | ☐ Discharged- dishonorable | ☐ National Guard | |
| ☐ Retired Military | ☐ Never Served in the Military | ☐ Military Status Unknown | |

Total number of clients: _____

If more than one client, please write in page _____ of page _____

Demographic Information

Domestic/Partner: _____



For reporting purposes only

Gender: Gender identity of the clients served by the program

- ☐ Female
☐ Male
☐ Other
☐ Gender Unknown

Age Grouping: Age ranges based on the ages of the clients served by the program.

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Unborn Children | ☐ 20-24 Years | ☐ 75-84 Years |
| ☐ 0-2 Years | ☐ 25-34 Years | ☐ 85-Over |
| ☐ 3-4 Years | ☐ 35-44 Years | ☐ Age Unknown |
| ☐ 5-9 Years | ☐ 45-54 Years | |
| ☐ 10-14 Years | ☐ 55-64 Years | |
| ☐ 15-19 Years | ☐ 65-74 Years | |

Race and Ethnicity:

- ☐ American Indian or Alaska Native
☐ Asian
☐ Black or African American
☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
☐ White
☐ Some Other Race
☐ Two or More Races
☐ Race/Ethnicity Unknown

Hispanic or Latino Origin:

- ☐ Hispanic or Latino
☐ Not Hispanic or Latino
☐ Hispanic or Latino Origin Unknown

Education Level: Highest (or current level of education) achieved by the clients served by the program.

Measured at the client level as a count of the clients.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Less than Kindergarten | ☐ 5 th Grade | ☐ 11 th Grade | ☐ Associates |
| ☐ Kindergarten | ☐ 6 th Grade | ☐ 12 th Grade | ☐ Bachelors |
| ☐ 1 st Grade | ☐ 7 th Grade | ☐ HS Diploma | ☐ Grad or Prof. Degree |
| ☐ 2 nd Grade | ☐ 8 th Grade | ☐ GED or Equivalent | ☐ Ed. Level Unknown |
| ☐ 3 rd Grade | ☐ 9 th Grade | ☐ Post HS or Equivalent | |
| ☐ 4 th Grade | ☐ 10 th Grade | ☐ Some College (No Degree) | |

Household Composition: Type of household the client(s) served in the program are members of.

Measured at the client level as a count of household/families.

- | | |
|--|---|
| ☐ Single Parent/ Caregiver Family Household with children (no grandparent(s) present) | |
| ☐ Two-Parent/Caregiver Family Household with children (no grandparent(s) present) | |
| ☐ Family Household with grandparent(s) responsible for grandchild(ren) present | |
| ☐ Other Family Household | ☐ Single Person Non-Family Household |
| ☐ Other Non-Family Household (other than single person) | ☐ Household Type Unknown |

Military Service: Military services status of the clients served by the program. Measured at the client level as a count of clients.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Active Duty | ☐ Military Dependent | ☐ Active Reserve | ☐ Inactive Reserve |
| ☐ Veteran (not dishonorable discharge) | ☐ Discharged- dishonorable | ☐ National Guard | |
| ☐ Retired Military | ☐ Never Served in the Military | ☐ Military Status Unknown | |

Total number of clients: _____

If more than one client, please write in page _____ of page _____

Demographic Information

Client/Child: _____



For reporting purposes only

Gender: Gender identity of the clients served by the program

- ☐ Female
☐ Male
☐ Other
☐ Gender Unknown

Age Grouping: Age ranges based on the ages of the clients served by the program.

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Unborn Children | ☐ 20-24 Years | ☐ 75-84 Years |
| ☐ 0-2 Years | ☐ 25-34 Years | ☐ 85-Over |
| ☐ 3-4 Years | ☐ 35-44 Years | ☐ Age Unknown |
| ☐ 5-9 Years | ☐ 45-54 Years | |
| ☐ 10-14 Years | ☐ 55-64 Years | |
| ☐ 15-19 Years | ☐ 65-74 Years | |

Race and Ethnicity:

- ☐ American Indian or Alaska Native
☐ Asian
☐ Black or African American
☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
☐ White
☐ Some Other Race
☐ Two or More Races
☐ Race/Ethnicity Unknown

Hispanic or Latino Origin:

- ☐ Hispanic or Latino
☐ Not Hispanic or Latino
☐ Hispanic or Latino Origin Unknown

Education Level: Highest (or current level of education) achieved by the clients served by the program.

Measured at the client level as a count of the clients.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Less than Kindergarten | ☐ 5 th Grade | ☐ 11 th Grade | ☐ Associates |
| ☐ Kindergarten | ☐ 6 th Grade | ☐ 12 th Grade | ☐ Bachelors |
| ☐ 1 st Grade | ☐ 7 th Grade | ☐ HS Diploma | ☐ Grad or Prof. Degree |
| ☐ 2 nd Grade | ☐ 8 th Grade | ☐ GED or Equivalent | ☐ Ed. Level Unknown |
| ☐ 3 rd Grade | ☐ 9 th Grade | ☐ Post HS or Equivalent | |
| ☐ 4 th Grade | ☐ 10 th Grade | ☐ Some College (No Degree) | |

Household Composition: Type of household the client(s) served in the program are members of.

Measured at the client level as a count of household/families.

- | | |
|--|---|
| ☐ Single Parent/ Caregiver Family Household with children (no grandparent(s) present) | |
| ☐ Two-Parent/Caregiver Family Household with children (no grandparent(s) present) | |
| ☐ Family Household with grandparent(s) responsible for grandchild(ren) present | |
| ☐ Other Family Household | ☐ Single Person Non-Family Household |
| ☐ Other Non-Family Household (other than single person) | ☐ Household Type Unknown |

Military Service: Military services status of the clients served by the program. Measured at the client level as a count of clients.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Active Duty | ☐ Military Dependent | ☐ Active Reserve | ☐ Inactive Reserve |
| ☐ Veteran (not dishonorable discharge) | ☐ Discharged- dishonorable | ☐ National Guard | |
| ☐ Retired Military | ☐ Never Served in the Military | ☐ Military Status Unknown | |

Total number of clients: _____

If more than one client, please write in page _____ of page _____

Demographic Information

Client/Child: _____



For reporting purposes only

Gender: Gender identity of the clients served by the program

- ☐ Female
☐ Male
☐ Other
☐ Gender Unknown

Age Grouping: Age ranges based on the ages of the clients served by the program.

- | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ Unborn Children | ☐ 20-24 Years | ☐ 75-84 Years |
| ☐ 0-2 Years | ☐ 25-34 Years | ☐ 85-Over |
| ☐ 3-4 Years | ☐ 35-44 Years | ☐ Age Unknown |
| ☐ 5-9 Years | ☐ 45-54 Years | |
| ☐ 10-14 Years | ☐ 55-64 Years | |
| ☐ 15-19 Years | ☐ 65-74 Years | |

Race and Ethnicity:

- ☐ American Indian or Alaska Native
☐ Asian
☐ Black or African American
☐ Hispanic or Latino
☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
☐ White
☐ Some Other Race
☐ Two or More Races
☐ Race/Ethnicity Unknown

Hispanic or Latino Origin:

- ☐ Hispanic or Latino
☐ Not Hispanic or Latino
☐ Hispanic or Latino Origin Unknown

Education Level: Highest (or current level of education) achieved by the clients served by the program.

Measured at the client level as a count of the clients.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Less than Kindergarten | ☐ 5 th Grade | ☐ 11 th Grade | ☐ Associates |
| ☐ Kindergarten | ☐ 6 th Grade | ☐ 12 th Grade | ☐ Bachelors |
| ☐ 1 st Grade | ☐ 7 th Grade | ☐ HS Diploma | ☐ Grad or Prof. Degree |
| ☐ 2 nd Grade | ☐ 8 th Grade | ☐ GED or Equivalent | ☐ Ed. Level Unknown |
| ☐ 3 rd Grade | ☐ 9 th Grade | ☐ Post HS or Equivalent | |
| ☐ 4 th Grade | ☐ 10 th Grade | ☐ Some College (No Degree) | |

Household Composition: Type of household the client(s) served in the program are members of.

Measured at the client level as a count of household/families.

- | | |
|--|---|
| ☐ Single Parent/ Caregiver Family Household with children (no grandparent(s) present) | |
| ☐ Two-Parent/Caregiver Family Household with children (no grandparent(s) present) | |
| ☐ Family Household with grandparent(s) responsible for grandchild(ren) present | |
| ☐ Other Family Household | ☐ Single Person Non-Family Household |
| ☐ Other Non-Family Household (other than single person) | ☐ Household Type Unknown |

Military Service: Military services status of the clients served by the program. Measured at the client level as a count of clients.

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Active Duty | ☐ Military Dependent | ☐ Active Reserve | ☐ Inactive Reserve |
| ☐ Veteran (not dishonorable discharge) | ☐ Discharged- dishonorable | ☐ National Guard | |
| ☐ Retired Military | ☐ Never Served in the Military | ☐ Military Status Unknown | |

Total number of clients: _____

If more than one client, please write in page _____ of page _____



DATE: _____

RESPITE CARE OF SAN ANTONIO (RCSA) ASSESSMENT

Which RCSA programs have you and your family used? (Select all that apply)

Daycare ☐ Parent's Night Out ☐ Virtual ☐ Mother's Day Out ☐ Family Day Out ☐

How many children in each of the age groups below have participated in RCSA programs?

0-2 _____ 3-4 _____ 5-8 _____ 15-17 _____

How many times have you used the services you circled above?

Daycare _____ Parent's Night Out _____ Mother's Day Out _____ Family Day Out _____

Relationship of Person Completing Form?

Parent ☐ Guardian ☐ Foster Parent ☐ Other _____

Instructions: For each statement, please place a CHECK on the response that best described how the statement applies to you.					
- Parent Stress Index (PSI) - Adult Adolescent Parent Index (AAPI) - Family Empowerment Scale (FES)	Never	Almost Never	Occasionally	Almost All the Time	All the Time
1. I feel that I cannot handle things	5	4	3	2	1
2. My children do things that cause me to react negatively	5	4	3	2	1
3. I feel trapped by my parenting responsibilities	5	4	3	2	1
4. I'm never able to do things that I like to do	5	4	3	2	1
5. My children do things that are bothersome to me.	5	4	3	2	1
6. My efforts for my child are never enough	5	4	3	2	1
7. I feel confident in my ability to help my child grow and develop.	1	2	3	4	5
8. I am able to work with agencies and professionals to decide what services my child needs.	1	2	3	4	5
9. I feel I am a good parent.	1	2	3	4	5
10. Praising children is a good way to build their self-esteem	1	2	3	4	5
11. Children who learn to recognize feelings in others are more successful in life.	1	2	3	4	5
12. Parents expectations of their children should be high, but appropriate	1	2	3	4	5

• Parent Stress Index (PSI) • Adult Adolescent Parent Index (AAPI) • Family Empowerment Scale (FES)	Never	Almost Never	Occasionally	Almost All the Time	All the Time
13. Rewarding children's appropriate behavior is a good form of discipline	1	2	3	4	5
14. My opinion is just as important as professionals' opinions in deciding what services my child needs	1	2	3	4	5
15. I know what services my children/child needs	1	2	3	4	5
16. Children who bite others need to be bitten to teach them what it feels like	1	2	3	4	5
17. Children should never be hit	1	2	3	4	5
18. When I need help with problems in my family, I am able to ask for help from others	1	2	3	4	5
19. I make efforts to learn new ways to help my child grow and develop	1	2	3	4	5
20. Children learn violence through exposure.	1	2	3	4	5
21. I have a good understanding of my child's disorders.	1	2	3	4	5
22. Children who are spanked behave better than children who are not.	1	2	3	4	5
23. My stress and anxiety are reduced because Respite Care is available to my child.	No, I am still stressed 1	Yes, I am a little less stressed. 2	My stress is the same. 3	Yes, I am less stressed. 4	Yes, I am a lot less stressed. 5

Are you currently working: YES ☐ NO ☐

Are you currently attending school: YES ☐ NO ☐

How did you hear about RSCA? Internet ☐ Attended Event ☐ Advertising ☐

Referred by another agency, (which agency) _____

Other (please provide source) _____

To obtain scores, follow the instructions below

PSI – (1+2+3+4+5+6)/6 = Average Score = _____

- The PSI is a self-report screening tool that helps providers and families identify the level of stress a person feels in their role as a parent. Higher scores generally indicate higher levels of stress.

AAPI – (10+11+12+13+16+17+20+22)/8 = Average Score _____

- The AAPI- has been useful in identifying parents who were unlikely to abuse or neglect their children. Higher scores generally represent the least likely candidates to abuse or neglect their children.

FES – (7+ 8+ 9+ 14+15+18+19+21)/8 = Average Score _____

- The FES assesses the effectiveness of interventions or programs designed to increase the empowerment of parents or other family caregivers. Higher scores indicate an increased sense of empowerment.



PARENT/CAREGIVER NAME: _____

DATE: _____

Resilience, Self Esteem, and Relevance Survey

Instructions: For each statement, please place a CHECK on the response that best described how the statement applies to you.					
- Brief Resilience Scale (BRS): - Relevance Scale (RS) - Quality of Life Enjoyment & Satisfaction Questionnaire (QLESQ)	Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
1. I tend to bounce back quickly after hard times	1	2	3	4	5
2. I have a hard time making it through stressful events	5	4	3	2	1
3. It does not take me long to recover from a stressful event	1	2	3	4	5
4. It is hard for me to snap back when something bad happens	5	4	3	2	1
5. I usually come through difficult times with little trouble	1	2	3	4	5
6. I tend to take a long time to get over setbacks in my life	5	4	3	2	1
7. The content provided by Respite Care was relevant to your needs as a parent/caregiver	1	2	3	4	5
8. The content provided improved your confidence as a parent/caregiver	1	2	3	4	5
9. You found the content was relevant and useful	1	2	3	4	5
General Activities	Overall Level of Satisfaction				
Taking everything into consideration, during the past week how satisfied have you been with your...	Very Poor	Poor	Fair	Good	Very Good
10. ...physical health?	1	2	3	4	5
11. ...mood?	1	2	3	4	5
12. ...work?	1	2	3	4	5
13. ...household activities?	1	2	3	4	5
14. ...social relationships?	1	2	3	4	5
15. ...family relationships?	1	2	3	4	5
16. ...leisure time activities?	1	2	3	4	5

17. ...ability to function in daily life?	1	2	3	4	5
18. ...sexual drive, interest and/or performance?	1	2	3	4	5
19. economic status?	1	2	3	4	5
20. living/household situation?	1	2	3	4	5
21. ability to get around physically without feeling dizzy or unsteady or falling?	1	2	3	4	5
22. your vision in terms of ability to do work or hobbies?	1	2	3	4	5
23. overall sense of well-being?	1	2	3	4	5
24. medication? (if not taking any, check here _____ and leave item blank)	1	2	3	4	5
25. How would you rate your overall life satisfaction and contentment during the past week?	1	2	3	4	5

To obtain scores, follow the instructions below

Brief Resilience Scale (BRS): $(1+2+3+4+5+6)/6$ = Average Score = _____

The BRS is an evidence-based survey tool that helps providers and families identify the level of resiliency a person feels in their role as a parent/caregiver.

BRS Score	Interpretation
1.00 - 2.99	Low resilience
3.00 - 4.30	Normal resilience
4.31 - 5.00	High resilience

Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. and Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. International Journal of Behavioral Medicine, 15, 194-200.

Relevance Scale (RS): $(7+8+9)/3$ = Average Score _____

The relevance scale is a survey tool that helps providers and families identify the level of relevance a person feels the content, or services administered by the provider was.

Quality of Life Enjoyment & Satisfaction Questionnaire (QLESQ)

This QLESQ is an evidence-based survey tool designed to help assess the degree of enjoyment and satisfaction experienced during the past week.

(Raw score minus the minimum possible raw score (16) divided by the maximum possible raw score (80) minus the minimum possible raw score).

If items are left blank the maximum and minimum scores must be modified to reflect the number of items scored.

The 1/3 rule is usually used for excluding subjects who have no scores for 1/3 of the items. At times some investigators may apply more stringent or less stringent rules.