

# Registro y Encuesta de Subvención de Relevo para Cuidadores de Personas con Demencia

Alzheimer's Arkansas Programs and Services  
201 Markham Center Drive, Little Rock, AR 72205-1409

Numero de teléfono: 501-224-0021 EXT 210 o 800-689-6090 Fax: 501-227-6303 Correo electrónico: grants@alzARK.org



DESPUÉS DE GASTAR LOS FONDOS DE LA SUBVENCIÓN. Envíe este registro y encuesta de relevo a **más tardar 90 días** después de su fecha de aprobación. El registro y la encuesta se pueden enviar por correo, correo electrónico, fax o mensaje de texto.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ # Subvencion: \_\_\_\_\_

(\*LA FECHA DE SERVICIO NO PUEDE SER ANTES DE LA FECHA DE APROBACIÓN UBICADA EN SU CARTA DE APROBACIÓN).

*FECHA DEL SERVICIO	# DE HORAS		TARIFA POR HORA (puede ser la cantidad que usted elija)	=	TOTAL DIARIO	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCION (La persona/compañía contratada para brindar cuidado de relevo)
		x	\$	=	\$	
		x	\$	=	\$	
		x	\$	=	\$	
		x	\$	=	\$	
		x	\$	=	\$	
		x	\$	=	\$	
		x	\$	=	\$	
		x	\$	=	\$	
		x	\$	=	\$	
<b>TOTAL:</b>					\$	

Multiplique el # de horas por la tarifa por hora para sacar el total diario. Cantidades tienen que ser de \$100 o más.

## **INFORMACION IMPORTANTE – PORFAVOR LEER**

SI NO UTILIZA UNA EMPRESA DE ATENCIÓN PROFESIONAL, EL PROVEEDOR CONTRATADO DEBE TENER 18 AÑOS O MÁS Y NO PUEDE VIVIR CON EL RECEPTOR DEL CUIDADO.

**SE DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DE LA LICENCIA DE CONDUCIR DE CADA PROVEEDOR DE ATENCIÓN AL REGISTRO DE SERVICIO (A MENOS QUE SE ADJUNTE LA FACTURA DE LA AGENCIA)**

**POR FAVOR COMPLETE LA ENCUESTA DE SEGUIMIENTO EN LA SEGUNDA PAGINA →**

Alzheimer's Arkansas Programs and Services  
201 Markham Center Drive, Little Rock, AR 72205-1409

Numero de teléfono: 501-224-0021 EXT 210 Fax: 501-227-6303 Correo electrónico: grants@alzARK.org

# Subsidio de Relevo para Cuidadores de Personas con Demencia

## Encuesta Posterior a la Financiación

Responda y complete las siguientes preguntas sobre el proceso de solicitud de subvención. Sea objetivo, ¡todos los comentarios son útiles! La información que proporcione nos ayudará a mejorar nuestro proceso de solicitud, además de ayudarnos a comprender las necesidades de los cuidadores de Arkansas. Sus respuestas no afectan la elegibilidad para recibir esta subvención.

Califique el nivel de facilidad del proceso general de solicitud de subvención:  1  2  3  4  5  
Facil Dificil

Califique el nivel de facilidad para encontrar un proveedor de relevo:  1  2  3  4  5  
Facil Dificil

Califique la mejoría del nivel general de estrés del hogar después de utilizar los fondos de la subvención:  
 1  2  3  4  5  
Sin mejoría Mucha mejoría

¿Qué le permitió lograr esta subvención? (es decir, vacaciones, compras de comestibles, salud mental, cita con el médico, etc.) \_\_\_\_\_

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

Nombre del cuidador IMPRESO: \_\_\_\_\_  
(El cuidador es la persona que solicitó esta subvención.)

Firma del cuidador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Las subvenciones de relevo para cuidadores de personas con demencia están limitadas a la cantidad de fondos disponibles. Este proyecto de mini subvención está financiado a través de la Coalición de Respiro para la Vida de Arkansas y la Administración para la Vida Comunitaria. Alzheimer's Arkansas no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, género, orientación sexual, religión, edad o discapacidad en el empleo o la prestación de servicios.*