



Registro y Encuesta de Subvenciones del Programa de Asistencia Familiar

Alzheimer's Arkansas Programs and Services

201 Markham Center Drive, Little Rock, AR 72205-1409

Teléfono: 501-224-0021 EXT 210

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 paciente: _____ # de Subvención: _____

(*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 | \$ | = | \$ | |
| TOTAL: | | | | | \$ | |

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

Si no usó los fondos de la subvención para el cuidado de relevo, adjunte los recibos, facturas, facturas de servicios públicos u otra prueba de los artículos/servicios recibidos necesarios y explique brevemente en el espacio a continuación. En la tabla, detalle los servicios de cuidado en el hogar, cuidado diurno para adultos o instalaciones a corto plazo proporcionados a su ser querido. Si recibió servicios de relevo de una empresa o proveedor profesional, puede adjuntar una factura o recibo.

Nombre del cuidador IMPRESO: _____

(El cuidador es la persona que solicitó esta subvención.)

Firma del cuidador: _____ Fecha: _____

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

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



Subvención del Programa de Asistencia Familiar

Encuesta de seguimiento

Como parte de la evaluación continua de nuestros servicios, por favor complete el siguiente cuestionario. La información será confidencial. Sea objetivo, todos los comentarios serán considerados. Esta información se utiliza para ayudarnos a solicitar fondos adicionales.

Califique lo siguiente del 1-5 con respecto a esta subvención y su experiencia con su cuidador.

| | Totalmente Desacuerdo | Desacuerdo | Ni de acuerdo ni | Acuerdo | Totalmente Acuerdo |
|--------------------------------------|--------------------------|------------|---------------------|---------|-----------------------|
| 1. Autocuidado ha mejorado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Reducido niveles de estres | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Proporcionado alivio financiero | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Mejoria en participacion familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Calidad de vida ha mejorado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6. Describa como esta subvención ha afectado directamente a su familia.

7. ¿Como utilizo esa subvención? (Cuidado de relevo, facturas de servicios públicos, comestibles, honorarios legales, etc..)

Estoy de acuerdo que Alzheimer's Arkansas se comunique conmigo para obtener más información sobre mi experiencia como cuidador y posiblemente compartir mi historia para el beneficio y la educación de otros cuidadores

Las subvenciones del Programa de Asistencia Familiar están limitadas a la cantidad de fondos disponibles. 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.

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