

# Subvención de Relevo Para Cuidadores de Personas con Demencia



## 1.) ELIGIBILIDAD

Paciente:

- El paciente puede tener cualquier edad y debe residir en Arkansas
- Tiene que tener un diagnóstico primario o secundario en el membrete de Alzheimer de un doctor/APRN o cualquier otro tipo de demencia. El diagnóstico debe indicar que el paciente requiere de cuidado diario. Debe de estar firmado por el doctor/APRN y con fecha dentro del año en que se entrega la aplicación.

## 2.) APLICACIÓN

La cantidad de asistencia financiera que será entregada una vez este aprobada la subvención es de **\$500**. Una familia puede recibir subvenciones dos veces al año con 6 meses de por medio de las fechas aprobadas basadas al recibir los fondos. Para preguntas o solicitar una aplicación, llame al 501-224-0021 ext.210, visite [ALZark.org/grants](http://ALZark.org/grants), o al correo electrónico [grants@ALZark.org](mailto:grants@ALZark.org). **La aplicación consiste en un total de 4 páginas, incluyendo esta página. Todas las preguntas tienen que estar completadas.**

## 3.) APROBACION

La aplicación y la encuesta previa debe ser completada en su totalidad, estar firmada y debe incluir un diagnóstico de cualquier demencia en un membrete oficial del médico/ARPN o talonario de recetas para ser considerado para su aprobación. El proceso de esta aplicación puede tomar hasta **10 días hábiles**. La aplicación puede ser enviada a la siguiente dirección: Alzheimer's Arkansas, 201 Markham Center Drive, Little Rock, AR 72205. También puede ser enviada por correo electrónico a [grants@ALZark.org](mailto:grants@ALZark.org), o por fax 501-227-6303. Una aplicación elegible no garantiza el ser aprobado. Los fondos son limitados al número de aplicaciones procesadas y sometidas durante el periodo de la subvención. Alzheimers Arkansas no puede garantizar la disponibilidad de fondos durante todo el periodo de subvención. Si su aplicación es aprobada, recibirá por correo la debida carta de aprobación, el cheque de subvención y el registro de la encuesta de relevo que debe ser completada y devuelta durante un periodo de 90 días a partir de la fecha de aprobación.

## 4.) COVERTURA

Esta subvención puede ser utilizada **UNICAMENTE** para el pago del cuidado de relevo. Esto incluye servicios como:

- Atención domiciliar
- Guardería temporal
- Estadía en instalaciones a corto plazo

Tras recibir el cheque de subvención y el uso de los fondos, los solicitantes deben enviar el registro de encuesta de relevo/encuesta adjunta, a más tardar 90 días a partir de la fecha de aprobación. Esta encuesta puede ser enviada por correo a: Alzheimer's Arkansas at 201 Markham Center Drive, Little Rock, AR 72205. También puede ser enviada al correo electrónico [grants@ALZark.org](mailto:grants@ALZark.org), o vía fax al 501-227-6303. La falta de envío de la encuesta, resultara en la descalificación de cualquier subvención futura de Alzheimers Arkansas.

*Las subvenciones de relevo para cuidadores de personas con demencia se limitan a la cantidad de fondos disponibles. Este proyecto de subvención está financiado a través de la Coalición de relevo de vida útil de Arkansas "Lifespan" y la administración de vida comunitaria.*

**Alzheimers Arkansas no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, genero, orientación sexual, religión, edad o discapacidad en el empleo o la prestación de servicios.**



## Subvención de Relevo Para Cuidadores de Personas con Demencia



COMIENZO DEL PERIODO DE SUBVENCION: 1RO DE JULIO DE 2023

**FAVOR COMPLETAR DEBIDAMENTE Y CLARAMENTE TODA LA INFORMACION**

### Información del CUIDADOR (persona que no recibe pago por brindar atención al paciente):

Nombre Legal del Cuidador: \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenino  
 Mes Dia Año Identidad de Género: \_\_\_\_\_

Dirección Domiciliar **Física**: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 -----  
 Domicilio **Postal**: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
 -----  
 Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Sus respuestas a las siguientes preguntas **no afectan** el estado de elegibilidad para recibir esta subvención; sin embargo, todas las preguntas deben de ser contestadas.*

#### **Estado Civil:**

- Casado/a
- Divorciado/a
- Separado/a
- Soltero/a
- Viudo/a

#### **Estado Militar:**

- Servicio Activo
- Retirado/a
- Veterano/a
- Ninguno

#### **Etnicidad:**

- Hispano/a o Latino/a
- No Hispano/a o Latino/a

#### **Raza:**

- Blanco/a
- Negro/a- Afroamericano/a
- Indio/a Americano/a
- Asiático/a
- Hispano/a
- Otro

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas horas de atención proporciona diariamente?  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Como se enteró de esta subvención? \_\_\_\_\_  
 Estado de Empleo:  Actualmente Empleado/a  
 Desempleado/a  
 Ingreso Anual del Hogar: \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Ha recibido una subvención de asistencia de relevo en los últimos 12 meses?  Si  No  
 Si es así, ¿de donde? \_\_\_\_\_

#### Para que tipo de asistencia de relevo esa aplicando:

- Atención Domiciliar
- Guardería Temporal
- Estadía en Instalaciones a Corto Plazo

Su privacidad es importante para nosotros, por favor visite [ALZark.org/grants](http://ALZark.org/grants) para ver nuestra declaración de privacidad completa. Aparte de usted, ¿hay otros individuos con los que podemos compartir información acerca la subvención? Si lo hay, por favor nombre en el espacio a continuación.



## Subvención de Relevo Para Cuidadores de Personas con Demencia

PERIODO DE SUBVENCIÓN: 1ro de Julio de 2023 al 30 de  
Junio de 2024



**FAVOR COMPLETAR DEBIDAMENTE Y CLARAMENTE TODA LA  
INFORMACION**

### Información del PACIENTE:

Nombre Legal del Paciente: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  
Mes Dia Año Identidad de Genero: \_\_\_\_\_

Dirección Domiciliar **Física**: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

---

Domicilio **Postal**: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

---

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Sus respuestas a las siguientes preguntas **no afectan** el estado de elegibilidad para recibir esta subvención; sin embargo, todas las preguntas deben de ser contestadas.*

#### **Estado Civil:**

- Casado/a
- Divorciado/a
- Separado/a
- Soltero/a
- Viudo/a

#### **Estado Militar:**

- Servicio Activo
- Retirado/a
- Veterano/a
- Ninguno

#### **Etnicidad:**

- Hispano/a o Latino/a
- No Hispano/a o Latino/a

#### **Raza:**

- Blanco/a
- Negro/a-Afroamericano/a
- Indio/a Americano/a
- Asiático/a
- Hispano/a
- Otro

Diagnostico del Paciente: \_\_\_\_\_

¿El paciente vive solo?:  Si  No

Idioma principal del paciente: \_\_\_\_\_

¿El paciente ha recibido o utiliza actualmente algún programa de servicio del plan estatal o de extensión de DHA? \_\_\_\_\_

**Esta aplicación debe ser entregada con un diagnóstico primario o secundario en papel con membrete del médico/APRN de Alzheimer o cualquier otra demencia. Adicionalmente, el diagnóstico debe indicar que el paciente requiere asistencia diaria, debe estar firmado por el medico/APRN y fechado dentro del año siguiente a la entrega de la solicitud.**

**FAVOR COMPLETAR LA ENCUESTA DE PRE-FINANCIAMIENTO EN LA ULTIMA  
PAGINA →**

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



# Subvención de Relevo Para Cuidadores de Personas con Demencia

PERIODO DE SUBVENCION EMPIEZA EL 1RO DE JULIO DE 2023

**FAVOR COMPLETAR DEBIDAMENTE Y CLARAMENTE TODA LA INFORMACION**



## Encuesta Pre-Financiamiento

Por favor responda las siguientes preguntas sobre el proceso de solicitud de subvención. ¡Por favor conteste de manera objetiva – cualquier tipo de comentario es beneficiario! La información que proporcione nos ayudara a mejorar nuestro proceso de solicitud. También nos ayudara a comprender las necesidades de los cuidadores de Arkansas. Sus respuestas **no** van a afectar su elegibilidad para recibir esta subvención.

Califique el nivel de carga que es para su familia pagar de su bolsillo por el cuidado de relevo:  1  2  3  4  5  
Bajo Alto

Califique el nivel de facilidad para aplicar a esta subvención:  1  2  3  4  5  
Bajo Alto

Califique su nivel de estrés actual:  1  2  3  4  5  
Bajo Alto

¿Ha recibido un relevo antes de solicitar para esta subvención? \_\_\_\_\_

### FIRMA DEL CUIDADOR:

He leído lo anterior escrito y he completado la aplicación. En base a mi conocimiento, la información que he proporcionado esta correcta. Por ende, entiendo que:

- Mi subvención puede ser negada y/o devuelta si he proporcionado declaraciones falsas o incompletas.
- Los fondos de la subvención solo pueden ser utilizados para contratar a un proveedor externo, ya sea profesional o privado, para brindar servicio de relevo. Estos fondos no pueden ser utilizados para mi pago personal para brindarle cuidado al paciente.
- Alzheimers Arkansas no es responsable de cualquier servicio negligente proporcionado por el proveedor de cuidado de mi elección.
- Esta subvención está limitada a los fondos disponibles. Es posible que Alzheimer's Arkansas no pueda proporcionar subvenciones durante todo el periodo de la subvención, si los fondos asignados se utilizan antes de que se procese mi aplicación.
- Puede tomar hasta 10 días hábiles para que se procese mi aplicación.
- Recibiré una encuesta/registro una vez mi subvención sea aprobada. La voy a completar y entregar cuando se finalicen los servicios pagados por esta subvención. Si no devuelvo la encuesta, no seré elegible para futuras subvenciones ofrecidas por Alzheimer's Arkansas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cuidador

\_\_\_\_\_  
Fecha

**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**