

1) ELEGIBILIDAD

El paciente debe

- Tener 60 años de edad o más. Si es menor de 60 años, tener un diagnóstico de Alzheimer o cualquier forma de demencia.
- Vivir en el condado de Pulaski, Saline, Monroe, Prairie, Lonoke, o el condado de Faulkner.
- Vivir de forma independiente o con familia (**no en un centro de atención a tiempo completo**).
- Debe tener un diagnóstico oficial en papel membretado del médico de cualquier enfermedad crónica que requiera la asistencia de un cuidador para las funciones diarias. El diagnóstico debe indicar la enfermedad crónica, indicar que el paciente requiere asistencia diaria, estar firmado por el médico y fechado dentro del año siguiente a la presentación de la solicitud.

2) APLICACION

El monto de la asistencia financiera otorgada por aprobación de la subvención es de **\$500 en forma de reembolso**. Una familia puede recibir esta subvención **dos veces** en un año calendario (del 1 de julio al 30 de junio), con 6 meses entre las fechas de aprobación. Solo se puede abrir una subvención a la vez.

Una actual aplicación fechada 7/1/2023 – 04/15/2024 debe ser entregada.

3) APROBACION

Toda la información de la solicitud debe ser debidamente completada, la segunda página debe estar firmada y fechada, y la aplicación debe incluir un diagnóstico en un membrete oficial o talonario de receta médica (según las instrucciones de ELEGIBILIDAD). Puede tomar hasta 10 días hábiles para procesar su solicitud. Las solicitudes pueden ser enviadas por correo postal, correo electrónico o fax (información a continuación). La subvención no será efectiva hasta que reciba una carta de aprobación de Alzheimer's Arkansas. **Después de que se apruebe la subvención, tendrá 3 meses o hasta el 15 de junio de 2024** (lo que ocurra primero) **para utilizar los fondos**. Las solicitudes se aceptarán hasta el 15 de abril de 2024; si aún hay fondos disponibles.

4) PAGO (en forma de REEMBOLSO)

Se enviará por correo un registro del servicio de relevo con la carta de aprobación. Utilice este registro para registrar la fecha, el número de horas y la tarifa por hora. La tarifa por hora debe ser determinada por el cuidador y el proveedor de atención. El proveedor de atención puede ser una empresa que brinde atención profesional o cualquier persona mayor de 18 años, con una identificación (ID) emitida por el gobierno, y que no viva con el paciente. Como indicado en el registro, puede solicitar el pago a usted mismo como reembolso o directamente al proveedor de atención. Si contrata a una empresa como proveedor de atención, pueden enviar la factura directamente a Alzheimer's Arkansas para el pago. Los registros de servicio y las facturas se pueden enviar por correo postal, correo electrónico o fax. El pago o reembolso puede tardar hasta 15 días hábiles en procesarse.

- Las fechas de los servicios deben ser el día o posteriores a la fecha de aprobación indicada en su carta oficial de aprobación.
- El proveedor de cuidado contratado tampoco puede ser el cuidador que figura en la solicitud. Esta subvención está destinada a pagar o reembolsar el costo de la atención del cuidado.
- El proveedor contratado no puede ser un proveedor de CareLink.

5) TERMINOS CLAVES

Destinatario del cuidado - Persona que recibe el cuidado; el paciente.

Cuidador - Persona que completa la solicitud y que ayuda a la persona que recibe el cuidado en las funciones diarias.

Proveedor de atención - Persona contratada (y es remunerada) por el familiar en cuidado que brinda atención al paciente (NO puede ser quien recibe el cuidado).

Relevo - Un breve período de descanso o alivio de las tareas de cuidado.

6) CONTACTO

CORREO POSTAL: 201 Markham Center Drive, Little Rock, AR 72205

CORREO ELECTRONICO: grants@alzARK.org

FAX: 501-227-6303

PROCEDIMIENTO DE RECLAMOS

Los clientes de Programas y Servicios de Alzheimer's Arkansas pueden presentar un reclamo o buscar la resolución de una queja o inquietud sin temor a represalias o interrupción de los servicios. Cada cliente y/o cuidador puede estar seguro de que será tratado con dignidad y respeto.

QUIEN PUEDE APELAR:

Cualquier persona (o el cuidador) que recibe o ha solicitado servicios y/o subvenciones proporcionadas directamente por los Programas y Servicios de Alzheimer's Arkansas.

QUE PUEDO APELAR:

Cualquier decisión relacionada con los servicios y/o subvenciones proporcionadas por los Programas y Servicios de Alzheimer's Arkansas con la que no esté en desacuerdo.

ADONDE ENVIAR EL RECLAMO O APELACION:

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

COMO APELAR:

1. Se sugiere conversar cualquier inquietud con el empleado de Alzheimer asignado para manejar su solicitud inicial. Debe solicitar una reunión con este empleado previo al inicio de los procedimientos formales de reclamo.
2. Si la reunión resulta en una acción o decisión opuesta, puede solicitar por escrito una reunión de reconsideración para el Director Ejecutivo. Esta solicitud debe hacerse dentro de los siguientes 7 días calendario a la decisión opuesta/contraria.
3. Dentro de los 7 días calendario posteriores al recibo de la solicitud, el Director Ejecutivo programará una conferencia de reconsideración o escuchará su inquietud. La decisión sobre su reconsideración será sellada/fecha por correo postal dentro de los 7 días posteriores a la conferencia.
4. Si no está satisfecho con la decisión del Director Ejecutivo, tiene 7 días calendario para solicitar por escrito una audiencia formal ante el Comité Ejecutivo de la Junta Directiva.
5. El Comité Ejecutivo le notificará dentro de los siguientes 7 días calendario de la fecha, hora y lugar de la audiencia. Puede estar presente en la audiencia, presentar pruebas y testigos e interrogar a los testigos opuestos.
6. Dentro de los siguientes 7 días calendario posteriores a la audiencia, el Comité Ejecutivo enviará por correo su conclusión y decisión.
7. Si no está satisfecho con la decisión, puede comunicarse con CareLink (Agencia del Área Central de Arkansas del Adulto Mayor) al 501-3725300 o con la División de Servicios para Proveedores y Garantía de Calidad (DPSQA) al Departamento de Servicios Humanos al 501-6821001.

NOTA: Tras un acuerdo mutuo por escrito entre el cliente y el personal de Alzheimer's Arkansas, cualquiera o todos los pasos del Procedimiento de Inquietud/Desacuerdo pueden omitirse y/o extenderse los plazos. Si no puede leer y/o escribir, o si tiene una barrera de idioma, Alzheimer's Arkansas lo ayudará a encontrar la asistencia necesaria para completar los procedimientos prescritos.

<p>Información del cuidador (familiar/amigo que no recibe pago): Nombre Completo: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____ Numero de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____</p> <p>Genero: Identidad de Genero: Etnicidad: <input type="checkbox"/> Masculino _____ <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Femenino _____ <input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a</p> <p>Estado civil: Raza: <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Negro/a-Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>¿Vive en área rural?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Vive solo?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Relación con el paciente: _____ Número de horas de cuido proporcionado diariamente: _____ ¿Como se enteró de esta subvención? _____ Ingreso bruto mensual del hogar: _____</p>	<p>Información del paciente: Nombre Completo: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____ Numero de teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN: _____ Edad: _____</p> <p>Genero: Identidad de Genero: Etnicidad: <input type="checkbox"/> Masculino _____ <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Femenino _____ <input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a</p> <p>Marital Status: Raza: <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Blanco/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Negro/a-Afroamericano/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Indio/a Americano/a <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>El paciente vive en área rural: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No El paciente vive solo/a: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Diagnostico: _____ Lenguaje principal: _____ Condado en el que vive el paciente: _____</p>
---	--

Esta aplicación debe presentarse con un diagnóstico, en papel membretado del médico, de cualquier enfermedad crónica que requiera la asistencia de un cuidador para las funciones diarias. El diagnóstico debe indicar la enfermedad crónica, indicar que el paciente requiere asistencia diaria, estar firmado por el médico y fechado dentro del año siguiente a la presentación de esta solicitud de subvención.

Para que tipo de asistencia esta aplicando?

- Atención domiciliaria Guardería de adultos Estadía en instalaciones a corto plazo

INFORMACION IMPORTANTE – POR FAVOR LEER

El cuidador debe contratar a un proveedor de atención para brindar atención de relevo. El proveedor puede ser cualquier persona mayor de 18 años, que no viva con la persona que recibe el cuidado (paciente) o puede ser una agencia/compañía proveedora de atención que brindará servicios de atención al paciente. Esta subvención no paga al cuidador mencionado anteriormente por realizar sus tareas diarias de cuidado. El cuidador debe pagar a un proveedor de atención o reembolsarse a sí mismo por los pagos ya realizados o por realizar a un proveedor de atención.

(Al proveedor de CareLink no se le puede pagar con estos fondos de subvención.)

SI NESECITA MAS INFORMACION SOBRE LA INFORMACION ANTERIOR, PORFAVOR CONTACTE AL COORDINADOR DE SUBVENCION



CARELINK SUBVENCION DE APOYO AL CUIDADOR
 PARA EL ANIO DE LA SUBVENCION – 7/1/2023 – 06/30/2024
PUEDE TOMAR HASTA 10 DÍAS HÁBILES PARA PROCESAR ESTA SOLICITU



DEBE COMPLETAR TODA LA INFORMACION. SOLICITUDES INCOMPLETAS PUEDEN SER NEGADAS.

Su privacidad es importante para nosotros, por favor visite ALZark.org/grants para ver nuestra declaración de privacidad completa. Aparte de usted, ¿hay otros individuos con los que podemos compartir información acerca de la subvención?

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION:

Para aprobar su solicitud, primero debemos confirmar su elegibilidad. Por medio de la presente autorizo a los Programas y Servicios de Alzheimer's Arkansas a obtener de la siguiente agencia la información relevante a mí quien recibe servicios de cuidado de relevo.

AGENCIA: Departamento de Servicios Humanos pertinentes a "AR Choices" o "Independent Choices"
 Entiendo que mi autorización permanecerá vigente desde la fecha de mi firma hasta un año después y que la información se manejará de manera confidencial y en cumplimiento de todas las leyes federales aplicables. Entiendo que puedo ver la información a ser enviada y que puedo revocar la autorización en cualquier momento mediante una comunicación escrita y fechada.

He leído y comprendo la naturaleza de este comunicado.

 Signature of Patient/Patient's Designated Representative

 Date

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, ya sea información mía o del paciente.
- Certifico que soy el cuidador principal (sin compensación) de la persona que recibe el cuidado.
- Los programas y servicios de Alzheimer's Arkansas y CareLink no son responsables por la calidad de atención, cualquier negligencia o saldos pendientes asociados con el cuidado del proveedor de mi elección.
- He leído la página de Proceso de esta solicitud y comprendo los términos y condiciones para recibir esta subvención.
- No se realizará el pago por el servicio completado antes de la fecha de aprobación de mi aplicación.
- Debo presentar los registros correspondientes para recibir el reembolso.
- El pago de los servicios está limitado a la disponibilidad de fondos.
- Puede tomar hasta 10 días hábiles para que se procese mi aplicación.

 Aceptacion y firma del cuidador

 Fecha

Los fondos para este programa son proporcionados por la Ley de Estadounidenses Mayores, el Programa Nacional de Apoyo a los Cuidadores Familiares, los Fondos del Título III-E. Estos fondos fueron otorgados a CareLink (la Agencia de Envejecimiento del Área de Arkansas central) para su distribución en los seis condados en su área de servicio (Pulaski, Saline, Monroe, Prairie, Lonoke y Faulkner) y son administrados por los Programas y Servicios de Alzheimer de Arkansas.