



REGISTRO DEL SERVICIO DE RELEVO

Para recibir un reembolso por el cuidado de relevo, debe completar este registro de servicio o tiene que entregar una factura de la agencia que brindo el servicio.

Se debe completar un formulario separado para cada proveedor de atención.

Para uso de oficina únicamente	
Numero de subvención:	_____
Cantidad \$	_____
Horas:	_____ x 4 = _____ unidades
Balance Restante:	_____

Nombre del paciente: _____ # de subvención: _____

(*LA FECHA DE SERVICIO NO PUEDE SER ANTERIOR A LA FECHA DE APROBACION QUE SE ENCUENTRA EN SU CARATA DE APROBACION)

*FECHA DE SERVICIO	# DE HORAS		Puede ser la cantidad que usted elija TARIFA POR HORA	=	TOTAL DIARIO
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$
		x	\$	=	\$

Multiplique el # de horas por la tarifa por hora para sacar el total diario.

Horas totales: _____ Cantidad total: _____

Nombre IMPRESO del proveedor del cuidado: _____

(El proveedor del cuidado es la persona o agencia que ha sido contratada por el cuidador para el cuidado del paciente.)

SE DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DE LA LICENCIA DEL PROVEEDOR DE CUIDO EN CADA REGISTRO (ALMENOS QUE ESTE ADJUNTADO UNA FACTURA DE LA AGENCIA).

Firma del proveedor de cuidado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Cheques a nombre de: _____
Dirección para el envío del cheque: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Nombre IMPRESO del Cuidador: _____

(El cuidador es la persona que aplico a esta subvención.)

Firma del cuidador: _____ Fecha: _____

Los pagos o reembolsos generalmente se realizan dentro de los primeros 15 días hábiles, a partir de la fecha en el que el registro del servicio o la factura se recibe en la oficina de Alzheimer's Arkansas.

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



CareLink Subvención de Apoyo del Cuidador

Encuesta de seguimiento

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

	Totalmente Desacuerdo	Desacuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	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. ¿Qué le permitió lograr esta subvención? (Vacaciones, mandados, hobbies, etc...)

Si tiene alguna pregunta o inquietud relacionada con la finalización de este registro, no dude en contactarme. Estaré encantada de responder a cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

Saludos cordiales,

Sharayah Wallace; Grants Coordinator
(501) 224-0021 EXT 210

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