



Tel. 787.598.9844

email: ayuda@defrentepr.com

30 de abril de 2018

Buen día:

Muchas gracias por su interés en nuestra corporación sin fines de lucro De frente al Alzheimer. Durante el periodo del 30 de abril de 2018 al 23 de junio de 2018 estaremos recibiendo las solicitudes del Programa de Ayuda al Paciente para luego ser evaluadas por el comité evaluador.

Aquí se encuentra la solicitud para solicitar ayuda para los pacientes residentes en PR. Para ser elegible para la ayuda económica, el candidato debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener diagnostico medico de Alzheimer
- Cualificar como paciente de escasos recursos
- Ser residente de Puerto Rico

Una vez completada la solicitud en su totalidad y tener la evidencia necesaria nos puede hacer llegar la misma de diferentes formas:

- Escanear solicitud y evidencia y enviar por email ayuda@defrentepr.com
- Enviar por correo a

De Frente al Alzheimer

130 Ave. Winston Churchill

PMB 154

San Juan, PR 00926-6018

- Entregar el sobre sellado en los restaurantes Ponderosa a los gerentes.

Cualquier duda se puede comunicar son nosotros al 787-598-9844

Saludos,

TMSR

Teresa M. Seda Ramos

Presidenta de Junta

Carla Jové

Directora Ejecutiva



Solicitud de Ayuda

Por favor, déjanos saber de tú ser amado con Alzheimer:

- Nombre: _____
- Edad: _____
- Edad a la que fue diagnosticado: _____
- Dirección Postal: _____

- Teléfonos: _____
- Estado Civil: _____
- ¿Con quién vive el paciente y parentesco?

- Número de personas que componen el núcleo familiar, favor de incluir al paciente _____

Seleccione la respuesta, que mejor describa la situación actual del paciente:

- **¿Cuál es el Ingreso Mensual del paciente?**
 - \$1,500 mensuales o mas
 - Entre \$500 - \$1,500 mensuales
 - \$500 mensuales o menos
 - Ninguno
- Fuente de ingresos: **(Favor de proveer evidencia de ingresos)**
 - Seguro Social
 - Asistencia económica
 - Asistencia Nutricional (PAN)
 - Pensión
 - Retiro
 - Trabajo
 - Otros



Por favor, cuéntanos del cuidador primario de tú ser amado con Alzheimer:

- Nombre: _____
- Parentesco del cuidador con el paciente: _____
- Dirección Postal: _____

- Correo electrónico: _____
- Teléfonos: _____

Seleccione la respuesta, que mejor describa la situación actual del cuidador.

¿Cuál es el Ingreso Mensual del cuidador?

- \$1,500 mensuales o mas
- Entre \$500 - \$1,500 mensuales
- \$500 mensuales o menos
- Ninguno

Fuente de ingresos: (Favor de proveer evidencia de ingresos)

- Seguro Social
- Asistencia económica
- Asistencia Nutricional (PAN)
- Pensión
- Retiro
- Trabajo
- Otros

Por favor, cuéntanos sobre su Médico Primario:

- Nombre del Médico y especialidad: _____

- Dirección: _____

- Teléfonos: _____
- Correo Electrónico: _____

¿Su ser amado, ha sido diagnosticado profesionalmente que padece Alzheimer?
Si o No



Seleccione la respuesta que mejor describa su situación actual como cuidador:

- Soy el único cuidador
- Soy el cuidador primario y recibo ayuda de familiares y/o amigos
- Soy el cuidador primario, pero tengo asistencia tales como: cuidado diurno adulto, centro comunitario, centro religioso y/o programa gubernamental
- Soy el cuidador primario y actualmente costeo económicamente los servicios de cuido diario, hogar de envejeciente y/o otros.

¿Recibe el cuidador primario algún tipo de alivio, tales como: tiempo libre, apoyo, etc? Por favor, escoja la respuesta que mejor describa su situación:

- Cuidador pagado u hogar de envejecientes provee un respiro temporero, que no será permanente
- Familiares y/o amigos asisten en el cuido varias veces por semana (3-4 veces), lo que provee un respiro regularmente
- Familiares y/o amigos asisten en el cuido ocasionalmente (una vez por semana)
- Soy el cuidador único y no tengo respiro alguno

¿El cuidador primario tuvo que renunciar a su trabajo para poder proveer asistencia y/o cuido al paciente de Alzheimer?

- Si
- No
- Tuve que reducir mi jornada de trabajo, a una a tiempo parcial (30 horas o menos semanalmente), para poder atender a mi ser amado

Recibe el paciente algún tipo de ayuda económica, social y/o de salud; tales como: Reforma, Medicaid, Medicare, ayudas de gobierno/municipio/religioso u otra?

- Si
- No



Cuéntanos tu historia. El describir detalladamente la historia del paciente y su cuidador, permite al Comité Evaluador De Frente Alzheimer Inc., al considerar su solicitud. De esta manera, el Comité tendrá un panorama más claro de cuál es la realidad diaria. Por favor, sea específico en la descripción de su rutina diaria, necesidades y retos. Provea la mayor información y ejemplos posibles.

Rutina Diaria:

- En la mañana: _____

- En la tarde: _____

- En la noche: _____



Términos y Condiciones

Todas las solicitudes serán revisadas, consideradas y están sujetas a denegación. Toda solicitud incompleta será rechazada.

Como requisito de evaluación y elegibilidad, se utilizará el índice Federal de Pobreza, un indicador del nivel de los ingresos publicados anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E.U.U.A.

Toda ayuda económica provista por De Frente Al Alzheimer, Inc., está sujeta a la disponibilidad de los fondos. La ayuda NO es transferible y será provista a través de reembolso.

Para ser elegible para la ayuda económica, el candidato debe cumplir con uno o más de los siguientes requisitos:

- Haber sido diagnosticado y/o estar recibiendo tratamiento y cuidado asistido para el Alzheimer o demencia relacionada.
- Que el cuidador primario este confrontando dificultades económicas y/o emocionales como consecuencia de los retos y dificultades típicas del cuidado de un paciente de Alzheimer o demencia relacionada.
- Ser residente de Puerto Rico.

Para recibir la ayuda, cada recipiente seleccionado debe firma un acuerdo de ayuda.

Firma del Solicitante

Nombre del Solicitante

Fecha de la Solicitud