



## Solicitud Programa de Ayuda Económica 2026

Agradecemos su interés en nuestra organización sin fines de lucro De Frente al Alzheimer, Inc. A partir del 1ro de junio y hasta el 31 de octubre de 2026, estará abierto el periodo para completar las solicitudes del Programa de Ayuda. Durante el mes de noviembre, el comité evaluador revisará todas las solicitudes recibidas, y en diciembre se otorgarán las ayudas económicas correspondientes al año 2026.

A continuación encontrarás la **Solicitud de Ayuda Económica** para personas con Alzheimer de escasos recursos económicos. Para ser elegible, **el candidato debe cumplir con los siguientes requisitos:**

1. **Tener un diagnóstico médico de Alzheimer**
2. **Cualificar como persona de escasos recursos económicos**
3. **Evidencia de ingresos del paciente**
4. **Ser residente de Puerto Rico**
5. **Copias de recibos de gastos relacionados al cuidado del paciente (mínimo \$1,500)**

Una vez complete la solicitud podrá enviarla junto con la evidencia antes mencionada por email y/o correo postal.

- Email: [solicitud.defrentep@gmail.com](mailto:solicitud.defrentep@gmail.com)
- Correo postal:

**De Frente al Alzheimer, Inc.  
130 Ave. Winston Churchill, PMB 154  
San Juan, PR 00926-6018**

Cualquier pregunta o información adicional, puede comunicarse con nosotros al (787) 598-9844.

Atentamente,

*Teresa M. Seda Ramos*

Teresa M. Seda Ramos  
Presidenta Junta de Directores

*Ivonne Rivera Llavona*

Ivonne Rivera Llavona  
Directora Ejecutiva

# SOLICITUD DE AYUDA ECONOMICA 2026

1. Déjanos saber de tu ser querido con Alzheimer:

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Edad en la que fue diagnosticado: \_\_\_\_\_
- Dirección Física: \_\_\_\_\_
- Número de Teléfono: \_\_\_\_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- ¿Con quién vive el paciente y parentesco? \_\_\_\_\_
- Número de personas que componen el núcleo familiar, favor de incluir al paciente: \_\_\_\_\_
- **Dirección postal donde se enviará el cheque de desembolso de cualificar para la ayuda (ASEGÚRESE DE SER UNA DIRECCIÓN SEGURA Y VIGENTE):**  
\_\_\_\_\_

2. Seleccione la respuesta que mejor describa la situación actual del paciente:

- ¿Cuál es el ingreso mensual del paciente?  
\_\_\_\_ \$1,500 mensuales o más                      \_\_\_\_ \$500 mensuales o menos  
\_\_\_\_ Entre \$500-\$1,500 mensuales                      \_\_\_\_ Ninguno
- Fuente de ingresos: (**Favor de proveer evidencia de ingresos**)  
\_\_\_\_ Seguro Social o Asistencia economía                      \_\_\_\_ Pensión o Retiro  
\_\_\_\_ Asistencia Nutricional (PAN)                      \_\_\_\_ Trabajo  
\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
- Mencione la institución bancaria y personas autorizadas en la cuenta donde el paciente recibe/deposita los ingresos antes mencionados. **IMPORTANTE: La ayuda económica es un cheque a nombre del paciente para ser depositado en la cuenta bancaria donde recibe sus ingresos. En caso de no tener cuenta bancaria a nombre del paciente debe enviar el poder legal y nombre completo del titular de la cuenta.**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Por favor, cuéntenos sobre el Médico Primario del paciente:

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Dirección: \_\_\_\_\_
- Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_

4. Recibe el paciente algún tipo de ayuda social y/o de salud tales como:

- \_\_\_\_\_ Reforma
- \_\_\_\_\_ Medicaid
- \_\_\_\_\_ Medicare
- \_\_\_\_\_ Ayudas de gobiernos o municipio
- \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

5. Información del cuidador primario de tu ser querido con Alzheimer:

- Nombre: \_\_\_\_\_
- Parentesco del cuidador con el paciente: \_\_\_\_\_
- Dirección Postal: \_\_\_\_\_
- Correo Electrónico: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_

6. 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 envejecientes y/o otros

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

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

8. ¿El cuidador primario tuvo que renunciar a su trabajo para poder proveer asistencia y/o cuidado al paciente con 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 querido

**9. Cuéntanos tu historia**

Describe detalladamente la historia del paciente y su cuidador. Permite al Comité Evaluador de *De Frente Alzheimer Inc.*, conocer la rutina del paciente. De esta manera, el Comité tendrá un panorama más claro de cuál es la realidad diaria. Sea específico en la descripción de su rutina diaria, necesidades y retos. Provea la mayor información y ejemplos posibles.

**Rutina Diaria:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

### **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 *Perfil Sociodemográfico de la población de Adultos Mayores 2025*, un indicador del nivel de los ingresos y pobreza publicados anualmente por la Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada.

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, siendo esta un apoyo económico para sufragar los gastos de la persona con Alzheimer.

Para ser elegible para a la ayuda económica, el candidato debe de cumplir los requisitos mencionados en la primera pagina de la solicitud.

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

---

Firma del solicitante

---

Nombre del solicitante

---

Fecha de la solicitud

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE CONFORME  
LA LEY HIPAA**

Con mi consentimiento, De Frente al Alzheimer Inc., puede utilizar la información de salud protegida de mi familiar y/o mía, la cual fue brindada voluntariamente, con el propósito de llevar a cabo la evaluación de mi solicitud para el programa de Ayuda Económica que los mismos brindan.

De Frente al Alzheimer Inc., protege la información en archivos con limitado acceso de personas que puedan entrar o leer de la información que usted comparte. La misma es almacenada en un lugar accesible solo a personas autorizadas.

Al firmar este documento, yo consiento al uso de esta y toda información adicional sometida por mi persona, única y exclusivamente para propósito de evaluación y determinación sobre el programa de Ayuda Económica al paciente de Alzheimer.

Yo puedo revocar mi consentimiento por escrito, basándose en mi consentimiento previo. Si decido no firmar esta hoja de consentimiento, De Frente al Alzheimer Inc., no podrá tomar decisión de adjudicación de beneficios luego de ser evaluada mi solicitud.

Cualquier persona que viole este acuerdo está expuesta a recibir las penalidades que contemplan las leyes aplicables.

Yo, \_\_\_\_\_ consiento a que se utilice la  
(nombre del paciente)

información provista para la evaluación y determinación del programa de Ayuda Económica.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma\*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Si la firma es nombre de otro, explique su relación con el paciente:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Este consentimiento es válido por tiempo indefinido o hasta que el paciente lo revoque por escrito