



Solicitud Programa de Ayuda Económica 2025

Gracias por 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 2025, 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 2025.

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
- 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 ECONÓMICA 2025

1. Déjanos saber de tu ser querido con Alzheimer:

- Nombre: _____
- Edad: _____
- Edad en la que fue diagnosticado: _____
- Dirección Postal: _____
- 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 la ayuda de cualificar para la misma:**

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 _____	
- Institución bancaria y personas autorizadas en la cuenta donde el paciente recibe/deposita los ingresos antes mencionados. **La ayuda económica es un cheque a nombre del paciente para ser depositado en la cuenta bancaria donde recibe su ingresos. En caso de no tener cuenta bancaria a nombre del paciente favor de enviar evidencia de la persona legalmente encargada y nombre exacto 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 económica, 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 cuidado 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

Cuéntanos tu historia. El describir detalladamente la historia del paciente y su cuidador, permite al Comité Evaluador de *De Frente Alzheimer Inc.*, 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:

Ayuda solicitada:

Describa la naturaleza de la ayuda a ser solicitada, propósito y costos. Deben ser gastos relacionados al cuidado del paciente. Favor de incluir un mínimo de \$1,500.00 en recibos de pago, ejemplos de recibos aceptados pueden ser: cheques cancelados, copias “money order”, recibos de agua, luz, compras de medicamentos, pañales, batidas de suplementos (Ensure), gastos de reparaciones para habilitar casa del paciente, entre otros. Los recibos deben ser firmados y con timbre oficial de la entidad que presto el servicio.

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 Estados Unidos.

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 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.