



Tel. 787.598.9844
email: ayuda@defrentepr.com

28 de marzo de 2020

Gracias por tu interés en nuestra organización sin fines de lucro De Frente al Alzheimer, Inc. A partir del 1 de agosto y hasta el 30 de octubre de 2020, se abre el periodo para que las personas interesadas puedan completar las solicitudes del Programa de Ayuda. En el mes de noviembre, las solicitudes recibidas serán evaluadas por el comité evaluador y en diciembre, se otorgarán las ayudas económicas correspondientes al año 2020.

Aquí encuentras la solicitud de ayuda económica para personas con Alzheimer de escasos recursos económicos que interesan participar del programa. Para ser elegible para recibir la ayuda, el candidato debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener un diagnóstico médico de Alzheimer
- Cualificar como persona de escasos recursos económicos
- Ser residente de Puerto Rico

Una vez completada la solicitud y tener la evidencia necesaria, puedes hacer llegar el formulario completado junto a la evidencia a través de alguna de las siguientes maneras:

- Escanear la solicitud con la evidencia y enviarla por email a: ayuda@defrentepr.com
- Enviar la solicitud y la evidencia por correo regular a la siguiente dirección:
De Frente al Alzheimer, Inc.
130 Ave. Winston Churchill, PMB 154
San Juan, PR 00926-6018

Cualquier duda o pregunta, puedes comunicarte 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

Déjanos saber de tu ser querido con Alzheimer:

- Nombre: _____
- Edad: _____
- Edad en la que fue diagnosticado: _____
- Dirección Postal: _____
- 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 más
 - \$500 mensuales o menos
 - Entre \$500 - \$1,500 mensuales
 - Ninguno
- Fuente de ingresos: (Favor de proveer evidencia de ingresos)
 - Seguro Social o asistencia económica
 - Pensión o Retiro
 - Asistencia Nutricional (PAN)
 - Trabajo
 - Otros _____

Información del cuidador primario de tu ser querido con Alzheimer:

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

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

- ¿Cuál es el Ingreso mensual del cuidador?
 - \$1,500 mensuales o más
 - \$500 mensuales o menos
 - Entre \$500 - \$1,500 mensuales
 - Ninguno

- Fuente de ingresos del cuidador: (Favor de proveer evidencia de ingresos)

Seguro Social

Asistencia Nutricional (PAN)

Asistencia económica

Pensión o Retiro

Trabajo

Otros _____

Por favor, cuéntenos sobre su Médico Primario:

- Nombre del Médico y especialidad: _____
- Dirección: _____
- Teléfono: _____
- Correo Electrónico: _____

¿Su ser querido, ha sido diagnosticado profesionalmente que padece Alzheimer? Si 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 cuidado 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 o centro de cuidado provee un 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

¿El cuidador primario tuvo que renunciar a su trabajo para poder proveer asistencia y/o cuidado 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 querido

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., 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:

Describe 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 3 recibos de pago- ejemplos de recibos aceptados pueden ser: cheques cancelados, copias "money order", recibos de medicamentos, recibos pañales, recibos batidas de suplementos (Ensure), recibos de gastos/reparaciones para habilitar casa paciente, entre otros. Los recibos deben estar firmados y con timbre oficial de la entidad que prestó 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 firma un acuerdo de ayuda.

Firma del solicitante

Nombre del solicitante

Fecha de la solicitud