



Tel. 787.598.9844
email: ayuda@defrentepr.com

1 de junio de 2023

Gracias por su interés en nuestra organización sin fines de lucro De Frente al Alzheimer, Inc. A partir del 1ero de junio hasta el 31 de octubre 2023, 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 2023.

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
- Copia de recibos de gastos relacionados al cuidado del paciente.

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

- Escanear la solicitud con evidencias y enviarlas 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 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 2023

1. 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: _____
- **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 donde el paciente recibe/deposita los ingresos antes mencionados:

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

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

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

- ¿Cuál es el Ingreso Mensual del cuidador?

<input type="checkbox"/> \$1,500 mensuales o más	<input type="checkbox"/> \$500 mensuales o menos
<input type="checkbox"/> Entre \$500-\$1,500 mensuales	<input type="checkbox"/> Ninguno
- Fuente de ingresos del cuidador: (Favor de proveer evidencia de ingresos)

<input type="checkbox"/> Seguro Social o Asistencia economía	<input type="checkbox"/> Pensión o Retiro
<input type="checkbox"/> Asistencia Nutricional (PAN)	<input type="checkbox"/> Trabajo
<input type="checkbox"/> Otros _____	

5. Por favor, cuéntenos sobre su Medico Primario:

- Nombre: _____
- Dirección: _____
- 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

9. Recibe el paciente algún tipo de ayuda económica, social y/o de salud tales como: Reforma, Medicaid, Medicare, ayudas de gobiernos/municipio/religioso u otra? Si No

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 5 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 e 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 a la ayuda económica, el candidato debe de 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 al paciente:

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

Tel. 787.598.9844

Email: ayuda@defrentopr.com

130 Ave. Winston Churchill, PMB 154, San Juan, PR 00926-6018