

APLICACIÓN DE CUIDADO DE RELEVO DE EMERGENCIA



INFORMACIÓN DE LA AGENCIA

Agencia:		Fecha:
Dirección:	Correo electrónico:	Razón de relevo de emergencia:
Ciudad:	Número de teléfono:	
Condado:	Fax:	
Nombre/ título del entrevistador		
Comentarios:		
Firma:		Fecha de la firma:

INFORMACIÓN SOBRE EL CUIDADOR PRINCIPAL

Nombre:	Edad:	SSN:
Cuidador alternativo:	☐ Hombre ☐ Mujer	Primera solicitud de servicios ☐ Sí ☐ No Si no, la fecha y la cantidad de la asistencia anterior Fecha: Cantidad:
Raza: ☐ Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Dos o más razas ☐ Otro ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino		Empleado: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Desempleado
Dirección:	Número de teléfono:	
Ciudad:	Correo electrónico:	
Condado:	¿Vive usted con el receptor de cuidado? ☐ Sí ☐ No	
Relación con el receptor de cuidado:		
Cuántas horas a cuidar por semana: ☐ >5 horas ☐ 5-10 ☐ 11-20 ☐ 20+ ☐ Todo el tiempo		
Cueldo del cuidador: ☐ > \$14,999 ☐ \$15,000 - \$24,999 ☐ \$25,000 - \$50,000 ☐ Más ☐ N/A		

APLICACIÓN DE CUIDADO DE RELEVO DE EMERGENCIA



INFORMACIÓN SOBRE EL RECEPTOR DE CUIDADO

Nombre:		Edad:	Fecha de nacimiento:
SSN:		Raza: ☐ Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Dos o más razas ☐ Otro ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino	
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer	Below poverty: ☐ Yes ☐ No		
¿Están recibiendo ayuda de fondo de Illinois? ☐ Yes ☐ No			
Qué programa: 			
(si diferente)		Arreglos de vivienda: ☐ Con el cuidador en la casa del receptor de cuidado ☐ Con el cuidador en la casa del cuidador ☐ Con otros familiares o amigos ☐ Vive solo	
Dirección:		Diagnóstico primario o enfermedad o discapacidad: 	
Ciudad:			
Condado:			
Alergias o intolerancias:			
Número de teléfono:		Comentarios:	
Correo electrónico:			

RECURSOS ADICIONALES

(Enumere los recursos o servicios adicionales que el receptor del cuidado está recibiendo)

--

APLICACIÓN DE CUIDADO DE RELEVO DE EMERGENCIA



SERVICIOS DE CUIDADO DE RELEVO DE EMERGENCIA

(usar páginas adicionales si es necesario)

¿Por qué el cuidador necesita servicios de relevo de emergencia?	
¿Cómo va a beneficiar al cuidador? ¿Qué van a hacer durante su tiempo de relevo?	
¿Típicamente reciben servicios de respiro? Si es así, qué programa?	
¿Es el relevo de emergencia la última opción de fondos disponibles? ☐ Yes ☐ No	
En su opinión, ¿está receptor del cuidado en riesgo sin estos servicios? Si es así, ¿cómo? (por ejemplo: dejen solo, en riesgo de ser institucionalizados...)	
Sin cuidado de relevo de emergencia, ¿qué opciones alternativa podría ser explorado por servicios? ☐ Nada ☐ Hospital ☐ Casa de retiro ☐ Utilizar cuidador alternativo (cuando sea posible) ☐ Otro:	
¿Donde va a pasar el cuidado de relevo? ☐ En la casa del cuidador ☐ En la casa del receptor de cuidado ☐ Guardería de adultos ☐ Guardería infantil ☐ Otro:	
Si usted sabe quién va a estar ayudando con el receptor del cuidado, responde estas preguntas: (Puede ser cambiado o respondido a la aprobación)	
Cantidad de horas de cuidado de relevo necesario	Precios solicitaron para relevo: ☐ Por hora: ☐ Por día:
Hora y fecha de servicio	
Nombre de la person que va a ayudar	SSN:
Nombre de la agencia que va ayudar	Tax ID:
Nombre de persona contacto de la agencia	Número de teléfono:

APLICACIÓN DE CUIDADO DE RELEVO DE EMERGENCIA



CRITERIOS PARA LOS FONDOS DE RESPIRO DE EMERGENCIA

(marque todas las aplicables en su situación)

EL RECEPTOR DEL CUIDADO	EL CUIDADOR
☐ Viven en un entorno no institucional	☐ Está enfermo (físico, mental, emocional)
☐ Salud y seguridad están en riesgo	☐ Necesidades hospitalización o ir a cita del doctor
☐ Requiere trabajador de respiro entrenado	☐ Enfermedad de un ser querido
☐ No pueden ser cuidados por persona sin entrenamiento	☐ Tiene que ir a un funeral
☐ No pueden ser dejados solos	☐ Consejería de abuso de drogas o alcohol
☐ Puede recibir cuidado de revelo de forma segura	☐ Preparándose para moverse casas con receptor del cuidado
☐ Niño con necesidades especiales	☐ Riesgo de desempleo
☐ Adulto con necesidades especiales	☐ Situación relacionada con su trabajo
☐ Otro razon:	☐ Otra emergencia familiar

Al firmar debajo, yo certifico que he leído y entendido las instrucciones y requisitos del programa de Emergencia Respiro. Por este medio yo afirmo que toda la información proporcionada en este solicitud es exacta y precise. Doy mi consentimiento para que el Coordinador IRC verifique si mi hogar está recibiendo ayudas de cualquier otra agencia o proveedor, con pago o sin pago. Reconozco que cualquier intento de presentar documentación falsa o inexacta me puede descalificar de recibir financiamiento del IRC ahora o en el futuro.

X

Firma del Cuidador

X

Fecha

PRESENTAR TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS A:

Illinois Respite Coalition
Attn: Christy Thielen, Statewide Respite Coordinator
4015 North Oak Park Avenue, Building B
Chicago, IL 60634

Número de teléfono: (773) 205-3627 Fax: (773) 205-3631 Email: thielenc@maryvilleacademy.org

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY RESPITE SERVICES

SÓLO PARA USO DE IRC	
Number of hours approved:	
Discussion notes to determine need:	Action taken:

APLICACIÓN DE CUIDADO DE RELEVO DE EMERGENCIA

	☐ Approved ☐ Denied ☐ Date of action:
Lifespan respite authorizing signature:	Date: