

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

APLICACIÓN DE CUIDADO DE RELEVO DE EMERGENCIA



INFORMACIÓN SOBRE EL RECEPTOR DE CUIDADO

Nombre:		Edad:	Fecha de nacimiento:
SSN:		Raza:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Below poverty: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
¿Están recibiendo ayuda de fondo de Illinois? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Qué programa:			
(si diferente)	Arreglos de vivienda:		
Dirección:	<input type="checkbox"/> Con el cuidador en la casa del receptor de cuidado <input type="checkbox"/> Con el cuidador en la casa del cuidador <input type="checkbox"/> Con otros familiares o amigos <input type="checkbox"/> Vive solo		
Ciudad:	Diagnóstico primario o enfermedad o discapacidad:		
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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Casa de retiro <input type="checkbox"/> Utilizar cuidador alternativo (cuando sea posible) <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Donde va a pasar el cuidado de relevo? <input type="checkbox"/> En la casa del cuidador <input type="checkbox"/> En la casa del receptor de cuidado <input type="checkbox"/> Guardería de adultos <input type="checkbox"/> Guardería infantil <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Por hora: <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Viven en un entorno no institucional <input type="checkbox"/> Salud y seguridad están en riesgo <input type="checkbox"/> Requiere trabajador de respiro entrenado <input type="checkbox"/> No pueden ser cuidados por persona sin entrenamiento <input type="checkbox"/> No pueden ser dejados solos <input type="checkbox"/> Puede recibir cuidado de relevo de forma segura <input type="checkbox"/> Niño con necesidades especiales <input type="checkbox"/> Adulto con necesidades especiales <input type="checkbox"/> Otro razon:	<input type="checkbox"/> Está enfermo (físico, mental, emocional) <input type="checkbox"/> Necesidades hospitalización o ir a cita del doctor <input type="checkbox"/> Enfermedad de un ser querido <input type="checkbox"/> Tiene que ir a un funeral <input type="checkbox"/> Consejería de abuso de drogas o alcohol <input type="checkbox"/> Preparándose para moverse casas con receptor del cuidado <input type="checkbox"/> Riesgo de desempleo <input type="checkbox"/> Situación relacionada con su trabajo <input type="checkbox"/> 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

X

Firma del Cuidador

Fecha

PRESENTAR TODOS LOS DOCUMENTOS NECESARIOS A:

Illinois Respite Coalition
 Attn: Anita Mazique, Statewide Respite Coordinator
 6650 W. Irving Park Rd.
 Chicago, IL 60634

Número de teléfono: (773) 205-3627 Fax: (773) 205-3631 Email: maziquea@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

	<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/> Date of action:
Lifespan respite authorizing signature:	Date: