

**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:	
<b>Si usted sabe quién va a estar ayudando con el receptor del cuidado, responde estas preguntas:</b> (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: Tina Yurik, IRC Director  
17314 S. Kedzie Ave.  
Hazel Crest, IL 60429

Número de teléfono: (630) 207-8479 Fax: (708) 335-0022

Email: [ilrespitcoalition@gmail.com](mailto:ilrespitcoalition@gmail.com)

**AUTHORIZATION FOR EMERGENCY RESPITE SERVICES**

<b>SÓLO PARA USO DE IRC</b>	
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: