



DIÓCESIS DE PROVIDENCE
CATHOLIC SOCIAL SERVICES OF RI
ONE CATHEDRAL SQUARE
PROVIDENCE, RHODE ISLAND 02903-3695

(401) 421-7833
(401) 453-6135 FAX

Estimado solicitante de *CareBreaks*:

Catholic Social Services of RI recibió su solicitud de participación en *CareBreaks*, un programa de relevo que da un respiro a los cuidadores que se ocupan de sus seres queridos de cualquier edad.

Nos gustaría ayudarlo a continuar realizando esta tarea tan importante.

Este es un programa de costo compartido en el que nosotros pagamos parte del costo del servicio de relevo y el costo que usted debe pagar se basa en una escala variable.

Tenga en cuenta que si bien no es obligatorio proporcionar un comprobante de ingresos, no hacerlo lo ubicara en la categoría de costo compartido más alta (Nivel 4).

Este paquete incluye una solicitud con instrucciones y una lista de las preguntas más frecuentes. Lea la hoja de instrucciones detenidamente para completar la solicitud de forma correcta.

Para garantizar que su solicitud se procese en un plazo de 14 días hábiles, asegúrese de completar toda la solicitud y enviarla junto con la documentación requerida (ver instrucciones para completar la solicitud) a la dirección que se indica más arriba. Toda información faltante demorará el procesamiento de su solicitud. Una vez que procesemos su solicitud, le notificaremos nuestra decisión por correo.

Si tiene preguntas durante este proceso, llame a nuestra oficina al (401) 421-7833 x 212 o envíe un correo electrónico a hmunoz@dioceseofprovidence.org.

Gracias por el trabajo importante que realiza.

Atentamente,

Héctor M. Muñoz
Coordinador

Si tiene problemas con esta solicitud, llame a *CareBreaks*
al (401)421-7833, extensión 212.

Se nao comprende este formulario, chame para *CareBreaks*,
(401)421-7833 Extensión 223

Adjuntos

Rev. 6/17/2019 hm

Instrucciones para completar la solicitud

Para evitar demoras en el procesamiento de la solicitud, complete toda la solicitud e incluya la documentación correspondiente. La solicitud debe estar firmada por el cuidador o por la persona que presenta esta solicitud, si no es el cuidador.

SECCIÓN 1 - COMPLETAR INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO DE CUIDADOS:

Fecha de nacimiento: Las pruebas aceptables incluyen copia del certificado de nacimiento del beneficiario de cuidados, licencia de conducir o tarjeta de identificación del estado.

Diagnóstico médico: Proporcionar una descripción breve del diagnóstico médico en el espacio proporcionado en la solicitud.

Información sobre ingresos: El monto del subsidio para relevo se basa en los ingresos del beneficiario de los servicios de cuidado y de su cónyuge, si corresponde. Para adultos discapacitados mayores de 18 años, el monto del subsidio para relevo se basa en los ingresos del beneficiario adulto de los servicios de cuidado y de su cónyuge, si corresponde. Para niños menores de 18 años, el subsidio se basa en los ingresos del grupo familiar.

SECCIÓN 2 - COMPLETAR INFORMACIÓN DEL CUIDADOR:

Se debe incluir una constancia de domicilio del cuidador principal con esta solicitud. Las pruebas aceptables incluyen copia de la licencia de conducir actual, tarjeta de identificación del estado o factura de servicios a nombre del cuidador.

Requisitos para la verificación de ingresos: Todos los ingresos deben informarse y verificarse. Las parejas casadas que convivan deben informar y verificar los ingresos de ambos cónyuges. Las pruebas aceptables incluyen copia de la última declaración de ingresos, declaraciones del formulario 1099, carta de otorgamiento del Seguro social, cheques de pensión y resúmenes de cuenta bancaria. Se deben incluir también comprobantes de intereses, dividendos, ingresos por alquileres, acciones y bonos. Si su declaración de ingresos no indica sus ingresos del Seguro social (Formulario 1040A, línea 13a o Formulario 1040, línea 20a), debe enviarnos una carta de otorgamiento de beneficios o un resumen de cuenta bancaria donde se indique el monto que recibió del Seguro social además de los ingresos informados en su declaración de ingresos. Incluya también los gastos médicos pagados.

Gastos médicos: Los gastos médicos pagados que superen el 3% de sus ingresos podrían ser elegibles para una Deducción por gastos médicos (MED por sus siglas en inglés). Una MED puede reducir sus ingresos computables y su participación en el costo. Las personas que presenten la solicitud en función de los ingresos del último año calendario podrán informar los gastos médicos pagados durante los 12 meses previos al mes de la solicitud, o los 90 días previos si han ocurrido cambios importantes en sus ingresos.

Los gastos médicos incluyen facturas pagadas de médicos, dentistas, especialistas en la vista y el oído, y otros profesionales de atención médica; seguro médico, incluidas primas y deducibles de Medicare; centros de atención médica ambulatoria; medicamentos recetados; atención institucional; dispositivos dentales, para la vista y la audición; aparatos protésicos y auxiliares. Debe incluir comprobantes de los ***gastos médicos reclamados*** con su solicitud. Las pruebas aceptables incluyen copias de recibos de pago de su plan de seguro de salud, recibos o impresiones de facturas de farmacia pagadas o de cualquier otra factura médica pagada.

CareBreaks

"Proporcionando relevo para los cuidadores que se ocupan de sus seres queridos".

Solicitud

Sección 1 - Información del beneficiario de cuidados

Esta información es sobre la persona que requiere cuidado.

A.

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Se requiere constancia de la fecha de nacimiento.

Consulte las instrucciones (página 2).

Género: Masculino Femenino

¿Es un veterano el beneficiario de los cuidados? Sí No Recibe beneficios para veteranos NC

¿Está o estuvo casado/a con un veterano el beneficiario de cuidados? Sí No

Idioma principal hablado por el beneficiario de cuidados:

Inglés

Portugués

Español

Otro _____

Diagnóstico médico/discapacidad (*Consultar Instrucciones en la página 2*)

B. Completar la siguiente información sobre el **beneficiario de cuidados no** afecta la elegibilidad para recibir servicios. Esta información es solo para fines estadísticos.

Datos demográficos del beneficiario de cuidados

Estado civil

- Casado
- Viudo
- Soltero/nunca se casó
- Divorciado
- Separado

Estado de convivencia

- Solo
- Con cónyuge únicamente
- Con cónyuge y otros familiares
- Con otros familiares
- Con otros no familiares
- Con uno de los padres

Relación con el cuidador

- Esposa
- Marido
- Hija/(nuera)
- Hijo/(yerno)
- Madre
- Padre
- Otro familiar
- No familiar
- Otro _____

Empleo

- Jubilado
- Jubilado, pero trabaja medio tiempo
- Medio tiempo
- Tiempo completo
- Otro _____

Ingresos anuales del grupo familiar

- Menos de \$8,000
- \$8,000 - \$11,999
- \$12,000 - \$14,999
- \$15,000 - \$19,999
- \$20,000 - \$29,999
- \$30,000 - \$39,999
- Más de \$40,000

Educación

- 8° grado o menos
- Escuela secundaria completa
- Nivel universitario incompleto
- Capacitación especializada
- Diplomatura
- Licenciatura
- Posgrado
- Asistiendo a la escuela _____
- Otro _____

Raza/etnia (marcar todas las opciones que correspondan)

- Blanco, no hispano
- Hispano
- Asiático
- Negro/afroamericano
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Aborigen estadounidense/nativo de Alaska
- Otro _____

Sección 2 - Información sobre el cuidador

A. Estas preguntas son sobre el *cuidador* - La persona que proporciona los cuidados.
Instrucciones adicionales en la página 2

Apellido(s): _____ Nombre: _____

Dirección: _____ Apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Género: Masculino Femenino ¿Es usted veterano? Sí No

Cantidad de horas promedio semanales durante las que el cuidador proporciona cuidados: _____

¿Qué le permitirá realizar el relevo?: _____

¿Cómo supo sobre CareBreaks? _____

Tipos de servicios que me interesan para el beneficiario de cuidados:

- Cuidado por hora en el hogar
- Cuidado temporal
- Combinación de servicios
- Centro diurno para adultos
- Cuidado/relevo especial de niños
- Visitas de compañía
- Estudiante de enfermería capacitado y supervisado
- Programa de actividad infantil
- Necesito más información sobre las siguientes opciones: _
- Otro

¿Recibe servicios en este momento?

Sí - NO Si respondió Sí, indique qué servicios _____ Agencia/Programa _____

Cuidado habitual proporcionado por el cuidador

B. Como cuidador de esta persona, habitualmente (diariamente/semanalmente) lo/la asisto con lo siguiente: (marcar todas las opciones que correspondan)

Actividades básicas de la vida diaria

- Higiene personal: baño/aseo personal
- Vestirse y desvestirse
- Control de esfínteres, incluida la atención de la incontinencia
- Asistencia para trasladarse/caminar (ir de la cama a la silla de ruedas; sentarse y levantarse del inodoro)
- Alimentación
- Uso del baño

Inabilidades del beneficiario de cuidados

- Tareas del hogar
- Administración de medicamentos
- Administración de dinero
- Uso del teléfono y otros dispositivos de comunicación
- Preparación de comidas
- Compras
- Transporte

Atención médica especial

- Equipos médicos (tubo de oxígeno, equipos respiratorios, etc.)
- Medicamentos (recetados, actuales)
- Asistencia de enfermería (visitas frecuentes)
- Diabetes (insulinodependiente/dieta especial)
- Uso de silla de ruedas, bastón, muletas, aparato ortopédico o caminador
- Incontinencia - ¿Con qué frecuencia? _____
- Otras necesidades de atención especializada _____

Dificultades del beneficiario de cuidados

- Vista
- Audición
- Comunicación
- Comprensión

El beneficiario de cuidados presenta las siguientes afecciones específicas

- Agresividad
- Comportamiento descontrolado/impulsivo
- Convulsiones - Tipo _____ Fecha de la última convulsión _____
- Abstinencia
- Alzheimer o demencia

Confinado al hogar (no puede abandonar el hogar sin recibir mucha asistencia) Sí No

Datos demográficos del cuidador

C. Completar la siguiente información sobre el cuidador no afecta la elegibilidad para recibir servicios. Esta información es solo para fines estadísticos.

Estado civil

- Casado
- Viudo
- Soltero/nunca se casó
- Divorciado
- Separado

Ingresos anuales del grupo familiar

- \$8,000 - \$11,999
- \$12,000 - \$14,999
- \$15,000 - \$19,999
- \$20,000 - \$29,999
- \$30,000 - \$39,999
- Más de \$40,000

Relación con el beneficiario de cuidados

- Esposa
- Marido
- Hija (nuera)
- Hijo (yerno)
- Madre
- Padre
- No familiar
- Otro familiar
- Otro

Educación

- 8° grado o menos
- Escuela secundaria completa
- Nivel universitario incompleto
- Capacitación especializada
- Diplomatura
- Licenciatura
- Posgrado
- Otro _____

Empleo

- Jubilado
- Jubilado, pero trabaja medio tiempo
- Medio tiempo
- Tiempo completo
- Desempleado
- Otro _____

Raza/etnia (marcar todas las opciones que correspondan)

- Blanco, no hispano
- Hispano
- Asiático
- Negro/afroamericano
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Aborígen estadounidense/nativo de Alaska
- Otro _____

Sección 3 - Información sobre ingresos

Si **SOLO** solicita el programa de compañía o estudiante de enfermería, vaya a la página 10.

Para que podamos determinar nuestro nivel de costo compartido, por favor... Complete la **Sección A**. Si está cuidando de un adulto discapacitado mayor de 18 años, un adulto mayor de 60 años o una persona con Alzheimer de cualquier edad.

En la casilla correspondiente, indique todos los ingresos imponibles y no imponibles
(Las parejas casadas deben informar sus ingresos combinados)

Seleccione una opción: El ingreso que se indica a continuación es del último año ____ o de los últimos 90 días ____

Sección A. Información sobre ingresos de beneficiarios de cuidados para adultos mayores de 18 años

Seguro social	\$
Otra pensión	\$
Empleo (salarios)	\$
Ingresos por alquiler	\$
Intereses/dividendos	\$
Otros ingresos	\$

Total \$ _____

Declare todos los ingresos para una sola persona o para ambos cónyuges, si es una pareja casada. Los ingresos incluyen seguro social, pensiones y salarios del empleo, intereses y dividendos, ingresos por alquiler de propiedades, ganancias de acciones.

Para que podamos determinar nuestro nivel de costo compartido, por favor...
Complete la Sección B. Si cuida de un menor de 18 años

Seleccione una opción: El ingreso que se indica a continuación es del último año ____
o de los últimos 90 días ____

Sección B: Información sobre ingresos del beneficiario de cuidados para menores de 18 años

Ingresos brutos ajustados (tal como se informan anualmente al IRS)	\$
Seguro social, SSI, SSDI (si no se informaron en la declaración de impuestos)	\$
Otros ingresos (si no se informaron en la declaración de impuestos)	\$

Total \$ _____

Sección C - Gastos médicos

Consulte la parte de ***Gastos médicos*** de las ***Instrucciones para la solicitud*** para obtener información sobre los gastos médicos elegibles.

Independientemente de las secciones de Información sobre ingresos anteriores que haya completado, incluya información sobre sus gastos médicos, si corresponde. Al presentar sus Gastos médicos, podremos reducir su participación en los costos.

Gastos médicos - Ingrese el monto de los gastos médicos pagados durante el/los último/s (seleccione una opción)

Año \$ _____ O 90 días _____

Su solicitud está completa si ha incluido lo siguiente

- ✓ **Verificación de ingresos**
(Excepto el programa de compañía o estudiante de enfermería)
- ✓ **Constancia de domicilio del cuidador principal**
- ✓ **Constancia de edad del beneficiario de cuidados**
- ✓ **Verificación de gastos médicos (si los hubiera)**
(Excepto el programa de compañía o estudiante de enfermería)

Envíe los formularios de solicitud completos a:

CareBreaks Program
Catholic Social Services of RI
One Cathedral Square
Providence, RI 02903-3695

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que se proporciona en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del cuidador: _____ Fecha: _____

Firma de la persona que completa este formulario si no es el cuidador Fecha: _____