



División de Servicios de proveedor y Aseguramiento de la calidad

Solicitud de vales para cuidado de relevo de Arkansas Lifespan Respite

¡Bienvenidos al **Programa de vales para cuidado de relevo de Arkansas Lifespan Respite!** Este programa es un recurso para los familiares cuidadores que tengan acceso limitado a cuidado de relevo (respite) y/u otros apoyos a través de los sistemas actuales. El propósito del programa es satisfacer las necesidades de relevo planificadas para cuidadores no atendidos o subatendidos mediante la entrega de asistencia financiera para acceder al relevo. (ATENCIÓN: Este programa no se puede usar para brindar supervisión/cuidado constante, continuo o a tiempo completo para una persona con necesidades especiales durante las horas de trabajo del cuidador).

Instrucciones para la solicitud:

Los cuidadores de individuos de todas las edades y necesidades de salud especiales pueden hacer la solicitud. Ejemplos de necesidades especiales son las discapacidades del desarrollo; lesiones cerebrales por traumatismo, discapacidades físicas; enfermedades crónicas; afecciones físicas, mentales o emocionales que requieren supervisión; impedimentos cognitivos como la enfermedad de Alzheimer o demencia; o personas en riesgo de abuso y abandono.

Rellene la solicitud y hágala llegar por correo electrónico, fax o correo postal junto con un formulario W-9. Deben completarse todas las secciones de la solicitud para que su solicitud sea revisada y considerada. Se aceptan solicitudes en un ciclo constante. Si usted brinda cuidados a más de un receptor, complete una solicitud por cada individuo; sin embargo solo se dará una subvención por hogar.

Los vales de subvención se distribuirán por orden de solicitud. Los fondos del vale solo se pueden usar para servicios de cuidado de relevo dentro del período de la subvención. No se garantizan fondos. Los fondos no usados al final del período de la subvención deberán devolverse al DHS.

Puede enviar su solicitud completa y su formulario W-9 a:

Correo postal: Division of Provider Services & Quality Assurance

ATTN: Arkansas Lifespan Respite Voucher Program
P.O. Box 1437, Slot S428
Little Rock, AR 72203-1437

Correo electrónico/escáner: ARLifespan.Respite@dhs.arkansas.gov

Fax: (501)682-8155

Preguntas: (866) 801-3435

Requisitos:

Los cuidadores de personas que necesitan apoyo con cuidado personal, supervisión y monitoreo, pueden necesitar un relevo (o descanso cortos) de vez en cuando. Las solicitudes deben cumplir los siguientes criterios para calificar para un vale para cuidado de relevo.

Lista de verificación de elegibilidad: *Debe cumplir todos los requisitos indicados para ser considerado para los fondos para vales*

- El familiar cuidador provee cuidado no pagado a un miembro de la familia, amigo o vecino (ampliando la definición de “familia”); ambas personas viven en Arkansas.
- El familiar cuidador provee cuidado a tiempo completo (40 horas por semana o más) semanalmente.
- El receptor del cuidado tiene una **“necesidad especial”** (véase el recuadro de explicación en la página siguiente).
- El cuidador puede usar el vale para cuidado de relevo (respite voucher) en un período de aproximadamente 90 días, o hasta la fecha de expiración en la carta de otorgamiento. *Tenga en cuenta que los fondos sin usar deben devolverse.*
- La familia no debe estar recibiendo ningún cuidado de relevo a través de otras fuentes de financiamiento o programas (es decir, exención de Medicaid, Agencia del área o vale de Envejecimiento). *Este vale está diseñado como Pagador de último recurso. El cuidador familiar puede recibir un vale para cuidado de relevo si no hay una lista de espera de financiamiento o cuidado de relevo no está disponible en su programa de servicio actual, o se les han denegado los servicios de cuidado de relevo en su programa de servicio actual.*

Información importante del programa:

Los vales son asistencia financiera para permitir que los **familiares cuidadores no remunerados** accedan el cuidado de relevo (respite). Deben

cumplirse todos los criterios de elegibilidad, y todas las solicitudes deben estar completas. Las cartas de otorgamiento se distribuirán cuando se apruebe el financiamiento del vale. Siga las instrucciones en la carta de otorgamiento para usar el vale para cuidado de relevo.

Los beneficiarios del vale puede elegir su propio proveedor de cuidado de relevo y programar los servicios dentro del periodo de la subvención que figura en la carta. Este puede ser un proveedor de servicio registrado dentro del Estado de Arkansas, un familiar, un amigo, etc. USTED es responsable de seleccionar, contratar y capacitar al proveedor de cuidado de relevo de su elección, en el momento que sea conveniente para usted y para el receptor del cuidado. También puede usar un programa de cuidado de relevo comunitario (es decir, programa de cuidado de relevo de fin de semana, campamento de verano terapéutico, programa de día para adultos). El proveedor de cuidado de relevo que usted elija **DEBE tener al menos 18 años de edad y no puede ser alguien que vive actualmente en el mismo hogar que el receptor del cuidado**. El proveedor de cuidado de relevo no puede ser un tutor legal o tener un Poder legal sobre el receptor del cuidado. El Departamento de Servicios Humanos de Arkansas, División de Servicios de proveedor y Aseguramiento de la calidad, o cualquiera de sus filiales no serán responsables por las acciones del proveedor de cuidado de relevo. **Los fondos solo se podrán usar para servicios que ocurran entre la fecha de otorgamiento y la fecha de expiración**, aproximadamente 90 días. Los fondos no se pueden usar para pagar saldos de servicios prestados fuera del período de la subvención. Los fondos solo se pueden usar para el receptor del cuidado en la solicitud. Los fondos no podrán usarse para reembolsar gastos del hogar o cuidado de día; los fondos deben usarse para pagar al proveedor individual de cuidado de relevo o a una organización que proporcione cuidado de relevo.

Los vales se otorgarán **por orden de solicitud** a los que califiquen y se dará prioridad a los solicitantes con dificultades financieras. El monto de los vales se ha fijado en **\$300.00 por período de subvención**. Puede solicitar vales un máximo de 4 veces en un año calendario. Se dará prioridad a las familias elegibles que no hayan recibido un vale antes. Las familias podrán recibir un **máximo de \$1,200.00 de este programa en un año calendario**.

El financiamiento del vale será pagadero a usted, el cuidador principal, y no al proveedor de cuidado de relevo. USTED será responsable de pagarle al proveedor de cuidado de relevo. El DHS no proporciona ni organiza el cuidado de relevo. Usted será responsable de negociar la tarifa de pago con el proveedor de cuidado de relevo que seleccione. Podrá pagar más que el monto del vale recibido de DHS, pero usted será responsable de pagar la diferencia entre el monto aprobado por el Programa de vales para cuidado de relevo de Arkansas Lifespan Respite y lo que haya aceptado pagarle al proveedor. (Por ejemplo, si su costo total de cuidado de relevo es de \$400, usted tendrá que pagar los \$100 adicionales, ya que el máximo monto del vale de financiamiento es \$300 a través del Programa de vales para cuidado de relevo).

Los criterios para el otorgamiento y uso de los vales pueden cambiar. **Los fondos son limitados, y no se puede garantizar que se le otorgará la subvención**. Consulte las *Preguntas frecuentes* disponibles en línea o solicite más información.

Necesidad especial:

Según se describe en la Ley de cuidado de relevo durante la vida (Lifespan Respite Act) de 2006, "necesidad especial" significa:

Adulto: Una persona de 18 años o más que requiere cuidado y supervisión para:

1. Satisfacer las necesidades básicas de la persona;
2. Prevenir la auto-lesión física o las lesiones a otros; o
3. Evitar la colocación en un centro residencial a largo plazo fuera del hogar

Niño: Una persona menor de 18 años de edad que requiera cuidado o supervisión más allá de la que habitualmente requieren los niños para:

1. Satisfacer las necesidades básicas del niño; o
2. Prevenir las lesiones físicas, auto-lesión o las lesiones a otros.

Próximos pasos:

Es posible que se comuniquen con usted después de recibir su solicitud para aclarar la información. Por favor escriba de forma legible y proporcione detalles de contacto correctos. El programa de cuidado de relevo de Arkansas Lifespan Respite, nos comunicaremos con usted para anunciarle su situación de otorgamiento. Siga las instrucciones en la carta de otorgamiento para usar el vale para cuidado de relevo. Después de completar los servicios o al terminar el período de subvención, el familiar cuidador completará un Informe de servicio del vale y un Cuestionario de satisfacción que proporcionará a la División de Servicios de proveedor y Aseguramiento de la calidad. Estos formularios y otra documentación requerida deben recibirse para ser considerado para recibir fondos adicionales.

Para obtener información adicional y/o actualizada sobre el programa de vales para cuidado de relevo y otros recursos de cuidado de relevo, puede comunicarse con el Centro de recursos Alternativas de vida (Choices in Living Resource Center) al (866) 801-3435 o visitar el sitio web de recursos para cuidadores en <https://ar.gov/arlifespanspite>.

Los fondos del vale se harán disponibles a través de la iniciativa del Programa de cuidado de relevo durante la vida otorgado al Departamento de Servicios Humanos de Arkansas - De Servicios de proveedor y Aseguramiento de la calidad por la subvención Administración para la vida en comunidad (Administration for Community Living, ACL) n.º 90LRLI0045.

Por favor incluya el formulario W-9 con la solicitud.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL RECEPTOR DE CUIDADOS (La persona con necesidades especiales que requiere cuidado o supervisión a tiempo completo continuo las 24 horas/7 días de la semana)

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Vive <input type="checkbox"/> Solo/a <input type="checkbox"/> Solo con el cónyuge <input type="checkbox"/> Con el cónyuge y otros familiares <input type="checkbox"/> Con otros familiares <input type="checkbox"/> Con abuelo/s <input type="checkbox"/> Con personas no emparentadas <input type="checkbox"/> Con los padres <input type="checkbox"/> Con hijo o hija <input type="checkbox"/> Con nietos <input type="checkbox"/> Con hermanos	Arreglos de vivienda: ¿N.º de personas que viven en el hogar?	Número de la seguridad social: Número de Medicaid: (si corresponde)
Receptor del cuidado Raza/origen étnico	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Marshalesa	<input type="checkbox"/> Asiático o asiática-estadounidense <input type="checkbox"/> Blanca/caucásica <input type="checkbox"/> Otra/desconocida: <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Hispana o latina

Dirección postal: **Número de PO (si corresponde)**

Ciudad:	AR	Código Zip:	Condado:
---------	----	--------------------	----------

El receptor del cuidado necesita ayuda con alguna de las actividades de auto-cuidado: (marque todas las que correspondan)

Bañarse Usar el inodoro Arreglarse Tareas de la casa Vestirse Transferirse Movilidad
 Preparación de comidas Alimentación Medicamentos Gestionar las finanzas Comestibles/compra Transporte Hacer recados
 Proporcionar compañía Habilidades de comunicación Cuidado médico especializado (succionar, tubo de alimentación, terapia física)
 Manejar conductas problemáticas Otro: _____

Diagnóstico del receptor del cuidado: _____
 Ⓢ Adjuntar documentación para respaldar el diagnóstico. (Por ejemplo, carta del terapeuta o proveedor de atención médica, informes médicos vigentes o Plan 504) Ⓢ

Marque todas las necesidades que experimenta el Receptor del cuidado que necesitan supervisión:

Impedimento cognitivo o demencia Limitaciones funcionales debidas al envejecimiento Discapacidad física
 Desafíos conductuales Discapacidades de aprendizaje Otro: (Por favor especifique)
 Discapacidad intelectual y/o del desarrollo Problemas de Salud mental _____

¿Está recibiendo el receptor del cuidado algún cuidado a través de Medicaid o cualquier otro programa que provea cuidado de relevo?
 (cualquier cosa que pudieran considerarse una pausa del cuidado)

Sí - Si contestó que sí, ¿qué servicio(s)? _____ ¿Agencia? _____ ¿Fuente de financiamiento? _____
 No, ¿él/ella no está recibiendo ningún otro servicio que pueda considerarse cuidado de relevo.

¿Correría un alto riesgo el Receptor del cuidado en alto riesgo si se lo coloca fuera del hogar/centro de cuidados? (Como un asilo de ancianos, cuidado de crianza, institución de salud mental, hogar grupal?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es el receptor del cuidado un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Sección 2: INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL (padre/madre, cónyuge, otro familiar/amigo que provee cuidado continuo)

Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad: <input type="checkbox"/> 18 o menos <input type="checkbox"/> 19-59 <input type="checkbox"/> 60-75 <input type="checkbox"/> + de 76	¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuidadore Raza/origen étnico	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Marshalesa	<input type="checkbox"/> Asiático o asiática-estadounidense <input type="checkbox"/> Blanca/caucásica <input type="checkbox"/> Otra/desconocida:	<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Hispana o latina
Relación del cuidador con el receptor del cuidado:			
<input type="checkbox"/> Padre/madre adoptiva <input type="checkbox"/> Padre/madre de crianza <input type="checkbox"/> Nieto/a	<input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Hermano/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a	<input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Poder legal <input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Padre/madre biológico <input type="checkbox"/> Nuera/yerno <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique):

Dirección postal (si es diferente del receptor del cuidado)		
Calle: _____	Número de PO (si corresponde) _____	Apt #: _____
Ciudad: _____	Estado _____	Código Zip: _____ Condado: _____
Número de teléfono fijo:	Número de teléfono móvil:	Consentimiento para mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compañía de celular: _____
Consentimiento para contacto por correo electrónico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico del cuidador principal:
Usted prefiere que la comunicación sea por: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo electrónico y mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo postal y mensaje de texto <input type="checkbox"/> Teléfono		
Tiempo dedicado al cuidado cada semana: <input type="checkbox"/> Menos de 5 horas <input type="checkbox"/> 5 – 10 horas <input type="checkbox"/> 11 – 20 horas <input type="checkbox"/> 20 – 40 horas <input type="checkbox"/> + de 40 horas <input type="checkbox"/> Jornada completa 24/7		Cuán “estresado/a” está como resultado de cuidar al receptor del cuidado:
Salud del cuidado principal al momento de la solicitud (marque una): <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Discapacitado/a <input type="checkbox"/> Crítica		<input type="checkbox"/> Nada estresado/a <input type="checkbox"/> Ligeramente estresado/a
Cuidador principal empleado: <input type="checkbox"/> Jornada completa (32+) <input type="checkbox"/> jornada parcial (<32) <input type="checkbox"/> No empleado / jubilado <input type="checkbox"/> Estudio a jornada parcial <input type="checkbox"/> Estudio a jornada completa		<input type="checkbox"/> Moderadamente estresado/a <input type="checkbox"/> Muy estresado/a
En los últimos seis meses, ¿uno o más familiares cuidadores han tenido que faltar al trabajado debido a responsabilidades de cuidado familiar no pagado?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuidador principal no empleado/a Si contestó que sí, cuántos días ha faltado: _____		
Otro tipo de servicios que me interesan para el Receptor del cuidado: <input type="checkbox"/> Servicios de Medicaid o del plan estatal proporcionados a través del DHS <input type="checkbox"/> Cuidado por hora en el hogar <input type="checkbox"/> Cuidado en la noche temporal <input type="checkbox"/> Centro de cuidado diurno para adultos <input type="checkbox"/> Salidas sociales/actividades comunitarias <input type="checkbox"/> Cuidado de crisis <input type="checkbox"/> Otro (<i>por favor especifique</i>): _____ <input type="checkbox"/> Necesito más información sobre las opciones		
¿He recibido un vale para cuidado de relevo durante la vida en el pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> He recibido un vale(s) de otras fuentes	¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que tuvo un descanso de las labores de cuidado? <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 año <input type="checkbox"/> 1-5 años <input type="checkbox"/> + de 5 años	¿Cuánto tiempo ha sido un cuidador principal no remunerado? <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses a 1 año <input type="checkbox"/> 1-5 años <input type="checkbox"/> + de 5 años
¿Qué le ha impedido hacer descansos en el pasado? (Por favor ordene por orden de importancia) _____ Dinero _____ Transporte _____ Tiempo _____ Proveedor disponible _____ Otro: _____		

Sección 3: SITUACIÓN DE VIVIENDA (indique todos los que viven en el hogar del Receptor del cuidado)

¿Tiene el Receptor del cuidado, si tiene 18 años o menos, un padre/madre que vive fuera del hogar?: Sí No N/A (el receptor tiene más de 18 años)

Nombre:	Edad:	Relación con el receptor del cuidado:

Sección 4: INGRESOS (Complete la Columna A si cuida a alguien de 18 años o más. Complete la Columna B si cuida a alguien menor de 18 años.

En el recuadro apropiado, indique **todos** los ingresos imponibles y no imponibles
(Las parejas casadas deben informar su ingreso combinado)
El ingreso a continuación es del pasado: AÑO 90 DÍAS

COLUMNA A		COLUMNA B	
Información del ingreso del receptor del cuidado (y cónyuge) si el receptor del cuidado tiene 18 años o más		Información del ingreso del receptor del cuidado si tiene menos de 18 años	
Indique el número de dependientes que viven en el hogar (incluido usted/cónyuge): _____		Indique el número de dependientes que viven en el hogar (incluido usted/cónyuge): _____	
Todos los ingresos reportados en la declaración de impuestos (según la declaración anual al IRS)	\$	Todos los ingresos reportados en la declaración de impuestos (según la declaración anual al IRS)	\$
Seguro Social/SII/SSDI (si no se informan en la declaración de impuestos)	\$	Seguro Social/SII/SSDI (si no se informan en la declaración de impuestos)	\$
Otros ingresos (si no se informan en la declaración de impuestos)	\$	Otros ingresos (si no se informan en la declaración de impuestos)	\$
Ingreso del receptor del cuidado (es decir, SSI)	\$	Ingreso del receptor del cuidado (es decir, SSI)	\$

Sección 5: Gastos relacionados con la discapacidad

Indique los gastos relacionados con la discapacidad no cubiertos por ninguna otra fuente que el receptor del cuidado tiene que pagar en un año. Ejemplos de gastos: visitas al médico, recetas, productos para incontinencia de adultos, transporte médico, sillas de ruedas, elevadores, préstamos para modificación estructural. No incluya gastos de otros miembros de la familia:

Gasto:	Costo	Con qué

Sección 6: ACUERDO Y FIRMA

Por favor lea atentamente lo siguiente y coloque sus iniciales junto a cada oración para confirmar que la entiende:

_____ Declaro que son el Cuidador principal del Receptor del cuidado indicado en este formulario de solicitud, y deseo inscribirme en el Programa de vales para cuidado de relevo de Arkansas Lifespan Respite. Entiendo que el financiamiento es por orden de solicitud hasta que se agoten los fondos, y que los fondos solo deben usarse para servicios de cuidado de relevo.

_____ Entiendo que debo proporcionar documentación aceptable sobre la afección/discapacidad del Receptor del cuidado con este formulario de solicitud y completar todos los formularios requeridos adicionales para que se procese la solicitud.

_____ Entiendo y reconozco que soy responsable de contratar un proveedor individual de cuidado de relevo o una organización proveedora de cuidado de relevo de mi elección y gestionar el pago de los servicios de cuidado de relevo recibidos. Entiendo que soy responsable de negociar la tasa de pago con el proveedor de servicio de cuidado de relevo identificado, y que soy responsable de pagar cualquier diferencia en el monto aprobado y el monto pagada por mí, si hubiera alguna.

_____ Entiendo que debo completar y enviar un Informe de servicio de vale, firmado por mí, el cuidador principal y el trabajador de cuidado de relevo, a la oficina del Programa de vale de cuidado de relevo de Arkansas Lifespan Respite a más tardar 10 días hábiles después del final de mi período de subvención. El no presentar el Informe de servicio del vale podría resultar en la devolución del 100% de los fondos.

_____ También soy responsable de brindar capacitación o instrucción que el proveedor de cuidado de relevo de mi elección pueda necesitar para brindar los servicios al receptor del cuidado de relevo.

_____ Entiendo que la información proporcionada en este formulario, el formulario W-9, y en el Informe de servicio del vale puede ser verificada, y si doy declaraciones o información falsa, puedo ser declarado culpable de fraude. La actividad fraudulenta resultará en la devolución del 100% de los fondos y la incapacidad de usar el Programa de vales para cuidado de relevo de Arkansas Lifespan Respite en el futuro.

_____ Entiendo que si hay cambios en la información que he dado, debe informarlos de inmediato al Coordinador del Programa de vale para cuidado de relevo Lifespan del Departamento de Servicios Humanos de Arkansas.

_____ Acepto completar y enviar un formulario W-9 con mi solicitud para que el programa me inscriba como proveedor estatal, a fin de que pueda recibir el fondo del vale.

_____ Entiendo que el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas puede necesitar ponerse en contacto con otras agencias y personas para determinar mi elegibilidad financiera y para verificar mi necesidad del apoyo que estoy solicitando, o para hacer referencias para ayudarme a obtener servicios. Autorizo la revelación de esta información confidencial.

_____ He leído los DERECHOS DEL CIENTE y entiendo esos derechos tal como me fueron explicados. (Se incluirá una copia para sus registros en el paquete y estará disponible en <https://ar.gov/arlifespansrespite> bajo la pestaña Respite de cuidado de relevo).

Acepto las condiciones anteriores y que los fondos SOLO se usarán para el cuidado de relevo.

Firma del cuidador

que completa la solicitud: _____ Fecha: ____/____/____

Enviar la solicitud completada y la documentación de apoyo a:

Correo electrónico (recomendado): ARLifespan.Respite@dhs.arkansas.gov	Correo postal: DHS- Arkansas Lifespan Respite Program P.O. Box 1437, Slot S428 Little Rock, AR 72203-1437	Fax: (501) 682-8155 Attn: AR Lifespan Respite
SOLO PARA USO INTERNO	Proveedor aprobado n.º _____	Fecha de aprobación: ____/____/____
		Fecha de expiración: ____/____/____