

Cupón para el Programa de Relevo para Familias



¡Bienvenidos al **Programa de Relevo para Familias de Colorado!** Esta solicitud le ofrece un recurso para cuidadores de familia carentes de servicios cuyo acceso a programas de relevo u otros tipos de apoyo están limitados bajo los sistemas actuales. Este programa está diseñado a actuar como un Pagador de Último Recurso. Por favor, lea los requisitos de elegibilidad abajo, y luego envíe su solicitud.

Instrucciones:

Por favor, complete la solicitud y devuélvala tan pronto como sea posible. Si usted le proporciona cuidado a más de una persona, imprima la segunda página de la solicitud para cada persona/miembro de la familia; sin embargo, como norma general, se otorgará solamente una concesión financiera por hogar. Usted puede enviar su solicitud por **correo electrónico o correo postal**, a la dirección que corresponda abajo:

Correo electrónico/escan:	mkluth@eastersealscolorado.org
Correo postal:	Colorado Respite Program ATTN: Meghan Kluth 5755 W Alameda Avenue Lakewood, CO 80226
Preguntas:	303.233.1666 x 257

¿Soy yo elegible?

- Yo soy un/a cuidador/a de familia y proporciono 40 horas o más de cuidado semanalmente.
- Yo entiendo que este programa estatal no está basado en ingresos y está disponible para personas de cualquier edad o estado de discapacidad.
- Yo entiendo que este programa está diseñado como Pagador de Último Recurso para familias que necesitan servicios de cuidado de relevo.
- Yo no estoy programado a recibir servicios de cuidado de relevo dentro de 30 días de esta solicitud.

Requisitos para Cuidadores de Familias para Recibir un Cupón del Programa de Relevo:

Cuidadores e individuos que necesitan apoyo con el cuidado personal, supervisión, y monitorización, pueden encontrar necesitar relevo (o descansos breves) de tiempo a tiempo. El propósito de este programa de cupón es cumplir con las necesidades de relevo de cuidadores de familias carentes de servicios. Los solicitantes deberán cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles a recibir un cupón del programa de relevo:

1. El/la cuidador/a de familia le proporciona cuidado a un miembro de la familia, amigo/a, o vecino/a (ampliando la definición de "familia"); ambos individuos viven en Colorado.
2. El/la receptor/a de cuidado tiene una **"necesidad especial"** (por favor, vea la sección abajo a la derecha).
3. El/la cuidador/a no deberá inscribirse a recibir servicios de relevo con una agencia pre-aprobada sin **haber primeramente sido notificado/a por escrito** por el Colorado Respite Care Program.



COLORADO
Office of Community
Access & Independence
Division of Aging & Adult Services



Colorado Respite Care Program
5755 W Alameda Avenue
Lakewood, CO 80226

PHONE: 303.233.1666 x 257
mbaskett@eastersealscolorado.org
coloradorespitecoalition.org

4. El/la cuidador/a de familia podrá utilizar el cupón de relevo dentro de 90 días de haber recibido el mismo. *Por favor, note que fondos no utilizados deberán ser devueltos.*
5. La familia no está actualmente recibiendo cualquier otro fondo que puede ser utilizado para cuidado de relevo (o sea, Medicaid, cupón de “Area Agency on Aging”). Este cupón está diseñado como Pagador de Último Recurso.

El/la cuidador/a de familia puede recibir un cupón de relevo si el/la cuidador/a no está en una lista de espera y no está programado/a a recibir servicios de un programa formal de relevo dentro de 30 días de la solicitud.

Los cuidadores **no tienen garantía** de recibir la cantidad máxima de fondos disponibles; algunos pueden recibir cupones más pequeños basados en el tipo de cuidado de relevo solicitado.

Los cuidadores deberán acordar a trabajar con Agencias de Cuidado de Relevo (“Respite Provider Agencies”, o RPA), pre-aprobadas por el Colorado Respite Care Program. Proveedores individuales (independientes) – incluyendo otros miembros de la familia, amigos, o proveedores registrados – no podrán ser utilizados con este programa de cupones para el cuidado de relevo. Sin embargo, puede que algunas áreas en el estado no tengan proveedores contratados. Se podrán hacer arreglos para contratar con esta agencia, si los proveedores cumplen con requisitos de elegibilidad y limitaciones de tiempo.

Los cupones serán otorgados por orden de llegada a personas que sean elegibles. Los requisitos para recibir fondos y el uso de cupones están sujetos a cambios para mejor cumplir con las necesidades de un grupo variado de cuidadores. Los fondos están limitados y recibir los mismos no estará garantizado.

Para adquirir información adicional y/o actualizada sobre este sistema de cupones para el programa de cuidado de relevo (definiciones, agencias proveedoras seleccionadas/contratadas, otra información y enlaces útiles), por favor visite nuestro sitio web, www.coloradospitecoalition.org. Si usted no tiene acceso al internet, por favor contacte a Meghan Kluth al 303.233.1666 x 257, para más información.

NECESIDAD ESPECIAL: Como lo mismo se describe en la Ley de Cuidado de Relevo de Por Vida (“Lifespan Respite Act”) del 2006, una “necesidad especial” significa:

Adulto: Un individuo de 18 años o más que requiere cuidado o supervisión para:

1. Cumplir con las necesidades básicas del individuo;
2. Prevenir lesión física auto-infligida o lesiones a otras personas; o
3. Prevenir colocación en una instalación de cuidado a largo plazo fuera del hogar.

Niño/a: Un individuo de menos de 18 años que requiere cuidado o supervisión más de la requerida generalmente por niño/as para:

1. Cumplir con las necesidades básicas del/de la niño/a;
2. Prevenir lesión física auto-infligida o lesiones a otras personas; o

Solicitud para la Familia para el Cupón del Programa Colorado Respite Care

Por favor, escriba en letra de molde

Cuidador/a de Familia (familiar, amigo/a, o vecino/a)	Persona que Necesita Cuidado
Nombre: _____	_____
Prefiere llamarse: _____	_____
Edad: _____	Edad: _____
Género: Masculino / Femenino <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Género: Masculino / Femenino <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dirección Postal: _____	_____
Ciudad/Pueblo: _____	_____
Código Postal: _____	_____
Condado: _____	_____
Teléfono: _____	<input type="checkbox"/> Preferido
Teléfono Alternativo: _____	<input type="checkbox"/> Preferido
Correo Electrónico: _____	<input type="checkbox"/> Preferido

Relación del/de la Cuidador/a con la persona que necesita cuidado: _____

Yo proporciono cuidado, supervisión, y/o monitorización **40 horas o más** por semana. Sí No

¿Cómo supo usted sobre este programa? (sitio web, organización, etc.) _____

Nombre de la persona que lo **refirió** a usted: _____

Información de contacto de **referencia:** _____

¿Podemos contactar a la persona mencionada arriba para obtener más información por 365 días? Sí No

Nombre(s) de otros que autorizo a facilitar un cupón de cuidado de relevo para mí (coordinadores de caso, fuente de referencia, miembros de la familia que pueden hablar en mi nombre): _____

Por favor, díganos por qué necesita usted este cupón de cuidado de relevo: _____

Esta solicitud es veraz y precisa. Yo he tenido la oportunidad de revisar la página de instrucciones que la acompaña. Los servicios de Cuidado de Relevo (“Respite”) no serán pagados sin autorización previa por el Programa Colorado Respite Care a través de un Acuerdo de Cuidador/a de Familia (“Family Caregiver Agreement”).

Firma: _____

Nombre en

Fecha

Letra de Molde: _____



Colorado Respite Care Program
 5755 W Alameda Avenue
 Lakewood, CO 80226

PHONE: 303.233.1666 x 257
 mbaskett@eastersealscolorado.org
 coloradorespitecoalition.org

Por favor, díganos un poco más sobre usted y sobre su ser amado/a. La información no afectará las decisiones de elegibilidad, pero puede ayudar al programa con requisitos de informes para fuentes de financiamiento.

El/la persona a quien yo le proporcione cuidado/supervisión tiene (marque todo lo que aplique):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Una discapacidad física
(cirugía de cadera, derrame cerebral, lesión del cerebro, etc.) | <input type="checkbox"/> Una discapacidad intelectual/del desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Un asunto del comportamiento | <input type="checkbox"/> Una condición de la memoria (Alzheimer's, demencia, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Una condición de salud mental | <input type="checkbox"/> Otro diagnóstico (por favor, enumere abajo) |
| <input type="checkbox"/> Necesidades de apoyo médico
(recordatorios de medicamentos, etc.) | <input type="checkbox"/> Necesidades de apoyo con una o más actividades de la vida diaria (comer, vestirse, bañarse, etc.) |

¿Qué diagnósticos, si alguno, existen? _____

La persona cuidada está actualmente recibiendo servicios de relevo en o fuera del hogar (dentro de los pasados 60 días) Sí No

Si sí, nombre del programa: _____

La persona cuidada está actualmente recibiendo fondos para cuidado de relevo (o sea, Medicaid, "Area Agency on Aging", etc.) (dentro de los pasados 60 días)

Si sí, nombre del programa: _____

Estado Civil del/de la CUIDADOR/A

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Casado/a o en relación comprometida con su pareja | <input type="checkbox"/> Soltero/a |
| <input type="checkbox"/> Divorciado/a o Separado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a |

Ingreso del/de la CUIDADOR/A – marque la gama de ingreso apropiada para la persona que proporciona el cuidado*

- | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$0 – 30,000 | <input type="checkbox"/> \$30,001 – 59,999 | <input type="checkbox"/> \$60,000 + |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|

***Los ingresos no son un factor de elegibilidad**

CUIDADOR/A

Lugar del Hogar:

Ciudad:
Condado:

Identidad Étnica: (Marque todo lo que aplique)

- Hispano/a
- Afro-Americano/a
- Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska
- Asiático/a
- Nativo/a Hawaiano/a o Isleño/a del Pacífico
- Blanco/a o Caucásico/a
- Raza Mixta

Servicio Militar:

- Servicio Activo con _____
- Veterano/a

RECEPTOR/A DE CUIDADO

Lugar del Hogar:

Ciudad:
Condado:

Identidad Étnica: (Marque todo lo que aplique)

- Hispano/a
- Afro-Americano/a
- Indio/a Americano/a o Nativo/a de Alaska
- Asiático/a
- Nativo/a Hawaiano/a o Isleño/a del Pacífico
- Blanco/a o Caucásico/a
- Raza Mixta

Servicio Militar:

- Servicio Activo con _____
- Veterano/a

