

Elegibilidad

Para ser un(a) receptor(a) elegible al Vale de Relevo, tanto el(la) proveedor(a) de cuidados familiares principal como el(la) beneficiario(a) de los cuidados deben cumplir con los criterios específicos indicados a continuación.

Proveedor(a) de Cuidados Familiares:

- El(la) proveedor(a) de cuidados familiares principal no debe estar recibiendo pago.
 - *Los proveedores de cuidados familiares que reciban una compensación económica por cuidar a su ser querido no son elegibles. Los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, los pagos por parte del Departamento de Servicios Sociales (acogimiento familiar, subsidios de adopción, cuidado de parientes) y los proveedores de cuidados que estén empleados como Auxiliar de Cuidados Personales de su ser querido a través de una Exención de Medicaid.*

Beneficiario(a) de Cuidados:

- Que no reciba actualmente servicios de cuidado/apoyo
 - *Para proporcionar un alivio a las familias sin asistencia estructurada, los proveedores de cuidados de las personas ya inscritas en programas financiados por el gobierno no son elegibles. Ejemplos de estos programas incluyen, pero no se limitan a, el Departamento de Discapacidades y Necesidades Especiales de SC (Cuidado Personal y/o Relevo), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de SC (Cuidado Personal y/o Servicios de Relevo) y Cuidado Comunitario a Largo Plazo (CLTC, por sus siglas en inglés).*
- No puede quedarse solo(a) debido a una discapacidad, necesidades especiales significativas o enfermedad terminal.
- No tener más de 59 años, no tener un diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o alguna relacionada con la demencia.

Priorización

Una vez que se apruebe la elegibilidad, las solicitudes aceptadas se colocarán en orden de prioridad para el financiamiento en base a:

- Personas que no hayan recibido un vale SCRC en los últimos 24 meses
- Personas que residan en zonas desatendidas
- Personas con la mayor necesidad económica
- Personas con capacidad limitada para hablar inglés

Distribución

Los vales de SCRC se distribuyen según “el orden de llegada” a medida que el financiamiento se encuentre disponible.

- Los proveedores de cuidados familiares pueden recibir un vale de \$500 dentro de un año fiscal federal de 12 meses, dependiendo de los fondos disponibles. Sujeto a cambios en base al financiamiento disponible.
- El reembolso por relevo recibido a través del vale puede tardar hasta 45 días, pero por lo regular tarda de 2 a 3 semanas.
- Toda la documentación/hojas de registro de tiempo deben ser completadas con exactitud antes de que se procese el reembolso.

Uso y vencimiento

Los vales se utilizan para ayudar a pagar descansos breves y temporales en el cuidado directo de personas y no pueden utilizarse para:

- Pagar directamente al(la) proveedor(a) de cuidados familiares por los cuidados que proporciona
- Pagar a un familiar o amigo que resida en el mismo domicilio/propiedad para que proporcione los cuidados
- Pagar por el cuidado del ser querido mientras el(la) proveedor(a) de cuidados va a trabajar
- Reembolsar al(la) proveedor(a) de cuidados familiares los servicios de relevo que hayan ocurrido antes de que se emitiera el vale
- Pagar a los familiares y amigos que estén dispuestos a proporcionar un relevo, o que ya estén ayudando, de forma gratuita.

Todos los vales vencen a los 60 días a partir de la fecha de notificación de la aprobación.

- Se puede otorgar una prórroga adicional de 15 días previa solicitud y a discreción de SCRC.
- Los fondos de los vales no utilizados y/o vencidos se perderán y se volverán a incluir en el programa.



Información sobre el(la) Proveedor(a) de Cuidados (CG):

Se trata de USTED, persona proveedora de cuidados no remunerados que es responsable de la persona que recibe los cuidados.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Condado _____ Dirección postal la misma o _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono principal _____ Correo electrónico _____

Medio de comunicación preferido: Teléfono Correo electrónico Correo postal

Raza: Blanca Negra/AA Asiática Asiática India Isleña del Pacífico India Americana /Alasqueña Otra

Etnicidad: Hispana / Latina No Hispana / Latina Ninguna

¿Cuál es su relación con la persona a la que cuida? Padre o madre Cónyuge Abuelo(a)
 Tutor Legal Otra: _____

¿Recibe alguna compensación económica por parte de alguna de las siguientes entidades por los cuidados que proporciona?

Proveedor de CLTC Auxiliar de cuidados personales DDSN Adopción del DSS / Subsidio de acogimiento familiar
 Cuidado de parientes Otro _____

¿Está o ha estado en el ejército?: No Militar retirado(a) Veterano(a) Actualmente en servicio

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) Pareja doméstica / Unión civil

Número de personas en su hogar: _____

Ingresos mensuales del hogar:

Menos de \$1.074 \$1.074-\$1.452 \$1.453-\$1.830 \$1.831-\$2.208 \$2.209-\$2.589 Más de \$2.590

¿Se habla en su hogar un idioma distinto del inglés de forma principal? Sí No Por favor, especifique: _____

¿Cuántas horas al día proporciona usted cuidados de forma directa? _____

¿Cuánto tiempo lleva proporcionando cuidados a la persona beneficiaria de los mismos? (meses / años) _____

¿Tiene un empleo fuera de casa? Tiempo completo Tiempo parcial No aplica

¿Ha solicitado o recibido un vale de relevó por parte de SC Respite Coalition en los últimos 2 años? Sí No

¿Cómo se enteró del Vale LifeSpan de SC Respite Coalition? _____

Información sobre el(la) Beneficiario(a) de Cuidados (CR)

Se trata de la persona a la que usted cuida.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Género _____

Diagnóstico principal de la persona beneficiaria de cuidados: _____

¿Vive usted con esta persona? Sí No Si no, ¿a qué distancia vive de la casa de CR?: ____ (millas) ____ (minutos)

¿Esta persona vive sola? Sí No

Dirección de CR (Si es diferente a la suya): _____ Ciudad: _____

Raza: Blanca Negra/AA Asiática Asiática India Isleña del Pacífico India Americana /Alasqueña Otra

Etnicidad: Hispana / Latina No Hispana / Latina Ninguna

¿Recibe el(la) CR algún servicio de apoyo? Medicaid Medicare DDSN CLTC Baby Net

Intervención temprana Terapia ABA Otros servicios: _____

Si es menor de 21 años, ¿el(la) CR asiste a la escuela? Sí No Si es adulto(a), ¿ha estado el(la) CR en el ejército? Sí No

Además de usted, ¿hay alguien más que proporcione cuidados a la persona beneficiaria? Sí No

¿Hay algún otro programa que haya proporcionado servicios de relevo en los últimos 12 meses? Sí No

Si le otorgan un vale, ¿quién le gustaría que proporcione los cuidados mientras usted se toma un descanso?

una Agencia a Domicilio que facture directamente a SCRC por los servicios. Agencia preferida _____

un Centro de Cuidados Diurnos para Adultos que facture directamente a SCRC por los servicios. Centro preferido _____

en casa con un proveedor privado que yo encuentre, emplee y pague de mi bolsillo para darme un descanso. SCRC me reembolsará directamente en un plazo de 30 a 60 días después de que se haya proporcionado el servicio de cuidados.

¿Qué espera conseguir al tener un vale de relevo? Marque todo lo que aplique

sólo un poco de tiempo para mí vacaciones una noche de sueño reparador

pasar algún tiempo con otros familiares o amigos sin mi ser querido con necesidades especiales

ponerme al día con mis citas médicas y de otra índole Otro: _____

¿Cómo se enteró del programa de vales de SC Respite Coalition?:

Facebook Agencia de área sobre envejecimiento Junta de DDSN Un amigo

Otro: _____

EVALUACIÓN SOBRE EL(LA) PROVEEDOR(A) DE CUIDADOS

Escala Bakas de Resultados sobre el(la) Proveedor(a) de Cuidados							
Como resultado de Proporcionar Cuidados al(la) Paciente:	Cambió para mal			No hubo cambio	Cambió para bien		
1. Mi autoestima	-3	-2	-1	0	1	2	3
2. Mi salud física	-3	-2	-1	0	1	2	3
3. Mi tiempo para actividades familiares	-3	-2	-1	0	1	2	3
4. Mi capacidad para lidiar con el estrés	-3	-2	-1	0	1	2	3
5. Mi relación con amigos	-3	-2	-1	0	1	2	3
6. Mis perspectivas a futuro	-3	-2	-1	0	1	2	3
7. Mi capacidad para pagar las facturas	-3	-2	-1	0	1	2	3
8. Mi bienestar emocional	-3	-2	-1	0	1	2	3
9. Mi tiempo para actividades sociales con amigos	-3	-2	-1	0	1	2	3
10. Mi relación con mi familia	-3	-2	-1	0	1	2	3
11. Mi capacidad para compras de primera necesidad	-3	-2	-1	0	1	2	3
12. Mi relación con el(la) paciente	-3	-2	-1	0	1	2	3
13. En general, ¿cómo ha cambiado su vida como resultado de cuidar al(la) paciente?	-3	-2	-1	0	1	2	3

Escala de tres elementos de la UCLA			
	Casi nunca	Algunas veces	Seguido
¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?			
¿Con qué frecuencia se siente excluido(a)?			
¿Con qué frecuencia se siente aislado(a) de los demás?			

* ¿A cuántos otros adultos que estén a su cargo cuida usted? # _____

¿Alguno de estos adultos tiene una discapacidad o necesidad especial diagnosticada? # _____

* ¿A cuántos otros hijos (menores de 18 años) que estén a su cargo cuida usted? # _____

¿Alguno de estos hijos tiene una discapacidad o necesidad especial diagnosticada? # _____

* ¿Cuántas horas por semana...

tiene usted un descanso de ser proveedor(a) de cuidados? _____ horas por semana

le darían un tiempo adecuado para sí mismo(a) mientras es proveedor(a) de cuidados? _____ horas por semana

ENVÍE POR CORREO POSTAL, CORREO ELECTRÓNICO O FAX LAS 4 PÁGINAS COMPLETAMENTE RELLENADAS* A: P.O. Box 493, Columbia, SC 29202

respite@screspite.org FAX 803.935.5229

* NOTA: No podemos determinar la elegibilidad con una solicitud incompleta



**Vale de Relevo Proveedor(a) de Cuidados de Salud
 Certificación de Necesidades Especiales/Médicas**

Relevo = descansos regulares y de corta duración para el(la) proveedor(a) de cuidados principal de una persona con necesidades especiales de cualquier edad.

South Carolina Respite Coalition es la única organización estatal sin fines de lucro que trabaja en el relevo para todos los proveedores de cuidados familiares sin importar su edad. Con fondos de subvención podemos proporcionar vales de relevo limitados. La familia de su paciente/cliente ha solicitado fondos para el relevo. Las firmas que vienen a continuación indican su consentimiento para que usted libere esta información.

Nombre _____ Fecha: _____

Seleccione uno: Padre/Madre Tutor Cónyuge Proveedor de cuidados familiares

Firma: _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento: _____

(beneficiario(a) de los cuidados)

Firma (si es posible) _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA SOLAMENTE POR UN PROFESIONAL MÉDICO

(Doctor, Enfermera Practicante, Enfermera Registrada, Asociado Médico, Trabajador Social Licenciado, Gestores de Casos DDSN capacitados. No podemos aceptar la certificación de Asistentes de Enfermería Certificados).

1) Por favor, indique el nivel de habilidad (0 – 5) para cada actividad: 0 = independiente -----> 5 = totalmente dependiente
 Alimentarse ____ Movilizarse ____ Trasladarse ____ Bañarse ____ Vestirse ____ Confinado a la cama [] No [] Sí

2) Este(a) beneficiario(a) /paciente es [] incontinente [] vejiga [] intestinos [] va al baño solo(a) [] demasiado joven para entrenar aún

4) Debido a problemas cognitivos o mentales, emocionales o de comportamiento, la persona beneficiaria requiere una supervisión entre moderada y considerable porque su comportamiento representa un riesgo para la salud o la seguridad de sí mismo(a) o de los demás. Sí [] No [] Diagnóstico cognitivo: _____

5) En su opinión profesional, ¿es este(a) beneficiario(a) de los cuidados capaz de quedarse solo(a) sin supervisión o asistencia durante cierto periodo de tiempo (por ejemplo, varias horas)? Sí [] No [] ¿Durante la noche? Sí [] No []

6) DIAGNÓSTICO Principal _____

7) Condiciones SECUNDARIAS y/o CONCURRENTES _____

Si este(a) paciente es un(a) bebé, niño(a) o adolescente, ¿necesita cuidados más allá de lo que puede ofrecer una niñera común? Sí [] No [] En caso afirmativo, describa brevemente el conjunto de habilidades necesarias para cuidar con seguridad a este(a) paciente

Completado por el(la) Profesional (nombre en letra): _____

Título: _____ Especialidad: _____

Nombre del lugar de consulta: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____ Fax: _____

Firma del(la) Profesional: _____ Fecha: _____