|  |
| --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**Division of Public HealthF-21343AS (04/2020)  |
| **ALZHEIMER’S FAMILY CAREGIVER SUPPORT PROGRAM (AFCSP)****EVALUACIÓN PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD FINANCIERA—hoja de trabajo 1****Financial Eligibility Screen – Worksheet 1** |
| Para inscribirse en el AFCSP es necesario cumplir con los siguientes requisitos financieros. Instrucciones: 1. Verifique que al menos un miembro de la familia o la persona que vive en una instalación basada en la comunidad (CBRF por sus siglas en inglés), hogar familiar para adultos o arreglo de vivienda asistida haya recibido un diagnóstico final, provisional o preliminar por escrito de la enfermedad de Alzheimer o demencia irreversible relacionada de parte de un médico [consulte WI Administrative Rule DHS 68.02(6m)].Verificado y colocado en archivo: [ ]  Sí [ ]  No. 2. Use esta hoja de trabajo si el solicitante/participante es actualmente elegible para uno de los programas indicados a continuación, de lo contrario proceda a la Hoja de trabajo 2. |
| Nombre – Solicitante o cliente (Apellido) | (Inicial) | (Nombre) | Fecha de la solicitud |
|       |    |       |       |
| **ELEGIBILIDAD ACTUAL** |
| Verifique el programa para el cual la persona es actualmente elegible[ ]  Supplemental Security Income (SSI) [ ]  Supplemental Security Income-Exceptional Expense Supplement (SSI-E)[ ]  Food Stamps [ ]  Homestead Credit Claim [ ]  Medicaid sin Supplemental Security Income (SSI)Si el solicitante verifica cualquiera de los programas anteriores, la persona es financieramente elegible para AFCSP.  |
| **NOTA:** Sólo pueden acceder a la financiación de AFCSP las personas que no estén inscritas en el programa de Family Care de beneficios completos, o las personas que hayan solicitado y estén esperando por Family Care. Cuando las personas se inscriben en Family Care, la inscripción en AFCSP debe terminar. |
| **AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN** |
| Soy elegible para los programas verificados arriba. La agencia del Alzheimer’s Family and Caregiver Support Program tiene mi autorización para verificar elegibilidad. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma y puede ser revocada por mí por escrito en cualquier momento. |
|  |  |  |  |  |
|  | **FIRMA** – Solicitante / Participante o Representante |  | Fecha de la firma |  |
| Relación con el solicitante / participante |
|  |
| Name – Eligibility Verified by | Date Verified |
| **ALZHEIMER’S FAMILY CAREGIVER SUPPORT PROGRAM (AFCSP)****EVALUACIÓN PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD FINANCIERA—hoja de trabajo 2****Financial Eligibility Screen – Worksheet 2** |
| **PARTE 1-DECLARACIÓN DE INGRESOS** |
| Para esta sección, use el ingreso anual **bruto** combinado de la persona con demencia y su cónyuge utilizando las cifras del año actual. Si los ingresos del año actual son demasiado inciertos para estimar, se pueden usar los ingresos del año anterior.Indique cual se refleja: [ ]  Año actual [ ]  Año anterior |
| Fuente de ingresos |  | Solicitante |  | Cónyuge |
| Sueldos, salarios y propinas | 1. |       | 11. |       |
| Interés y dividendos | 2. |       | 12. |       |
| Otros ingresos: Ingresos comerciales (o pérdida – deducible) | 3.  |       | 13. |       |
|  Renta de alquiler (o pérdida - deducible) | 4. |       | 14. |       |
|  Ingresos agrícolas (o pérdida - deducible) | 5. |       | 15. |       |
|  Compensación por desempleo | 6. |       | 16. |       |
|  Seguro Social | 7. |       | 17. |       |
|  Pensiones, cuentas IRA, 401 (k), VA, etc. | 8. |       | 18. |       |
|  Anualidades | 9. |       | 19. |       |
|  Fuentes adicionales de ingresos[consulte WI Adm. Regla DHS 68.02 (11)] | 10. |       | 20. |       |
| **TOTAL de las líneas 1 al 20** | 21. |       |
| **PARTE 2—DEDUCCIÓN PARA LOS GASTOS RELACIONADOS CON ALZHEIMER** |
|  | Continúe con el ingreso familiar anual de la línea 21 aquí: | 22. |       |
| **A. Gastos relacionados con el Alzheimer comprados en el año anterior:**Gastos anuales de su bolsillo por los servicios de médicos, dentistas y otros profesionales médicos y por medicamentos recetados relacionados con la demencia. | 23. |       |  |  |
| Gastos anuales para las primas de seguro de salud y seguro de cuidado a largo plazo comprados para la persona con demencia. | 24. |       |  |  |
| Montos anuales no reembolsados pagados por alquilar o comprar equipo médico, hacer modificaciones a la casa de la persona o arrendar vehículos con el fin de acomodar a la persona con demencia. | 25 |       |  |  |
| Gastos anuales no reembolsados para el transporte a citas médicas o para participar en eventos comunitarios. | 26. |       |  |  |
| Otros gastos no reembolsados relacionados con el cuidado de la persona con demencia (por ejemplo, atención de relevo, guardería para adultos, atención de apoyo domiciliaria, arreglos de vivienda sustitutivos). | 27. |       |  |  |
| Agregue las líneas 23 a 27 | 28. |       |
| Reste la línea 28 de la línea 22 para determinar el **INGRESO ANUAL NETO** | 29. |       |
|  |  |  |
| **B.** | **¿Es el monto en la línea 29 de $48,000 o menos?** |
|  | [ ]  Sí – La familia es elegible (Complete la Parte 3 de esta hoja de trabajo para determinar los servicios y bienes necesarios). |
|  | [ ]  No, la familia no es elegible. |
| **PARTE 3—BIENES Y SERVICIOS QUE NECESITA EL HOGAR [WI Admin Rule DHS 68.06(2)]** |
| **Gastos anuales estimados** | **Descripción** | Costo |
| Servicios de cuidado personal |       |       |
| Guardería para adultos |       |       |
| Servicios de relevo (entrega de comidas o preparación de alimentos, mantenimiento menor de la casa, tareas al aire libre y limpieza de la casa) |       |       |
| Equipo de adaptación |       |       |
| Modificaciones menores en el hogar |       |       |
| Productos de higiene personal |       |       |
| Otro(s)—especifique:      |       |       |
| **TOTAL – Registrar en la línea 1 a continuación** |       |
| 1. Ingrese el costo total de bienes y servicios, determinado por el condado o la tribu, necesarios para que el cuidador pueda mantener a la persona con demencia como un miembro del hogar.
 |       |
| 1. Ingrese $4,000 O el pago máximo anual de servicio establecido por su agencia
 |       |
| 1. Ingrese la cantidad menor de las líneas 1 o 2Este es el pago de servicio anual que puede ser autorizado por el condado o la tribu.
 |       |
| **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN:** Afirmo que la información que he proporcionado es verdadera según mi leal saber y entender.Autorizo a la agencia del Alzheimer’s Family Caregiver Support Program a verificar toda y cualquier información que yo haya proporcionado. Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma.Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. |
| Nombre – Solicitante o cliente (Apellido) | (Inicial) | (Nombre) | **FIRMA** | Fecha de la firma |
|       |    |       |  |  |