|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**  Division of Public Health  F-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 2 Este 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 | | | |
|  | | |  | |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | |