|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES** **STATE OF WISCONSIN**  Division of Public Health  F-21343ES (04/2020) | | | | | | | |
| **ALZHEIMER’S FAMILY CAREGIVER SUPPORT PROGRAM (AFCSP)**  **Información General**  **GENERAL INFORMATION** | | | | | | | |
| La información en este formulario se utilizará para coordinar los servicios del Alzheimer’s Family Caregiver Support Program de Wisconsin. La información no se utilizará para ningún otro propósito ni se compartirá con ninguna otra agencia sin el consentimiento por escrito del solicitante. La información no se venderá a terceros. Los participantes en el AFCSP tienen el derecho de revisar este formulario y solicitar cambios en su información personal en cualquier momento para garantizar su precisión.  **Instrucciones**: Para evitar la repetición en el caso de los solicitantes del AFCSP con pérdida de memoria y sus familiares, los coordinadores del programa deben completar este formulario utilizando la información recopilada en los formularios de admisión/referencia suministrados por el personal del ADRC siempre que sea posible.  Verificado 1. Verifique que al menos un miembro de la familia, o la persona que vive en un CBRF, hogar de adultos u otra instalación residencial calificada, haya recibido de un médico un diagnóstico final, tentativo o preliminar por escrito de la enfermedad de Alzheimer o demencia irreversible relacionada. (incluya documentación)  2. Revise esta información anualmente y haga los cambios necesarios. | | | | | | | |
| Nombre –Solicitante o Cliente (Apellido) | | (Inicial) | (Nombre) | | | Fecha de la solicitud | |
|  | |  |  | | |  | |
| Fecha de nacimiento | Sexo  Masculino  Femenino | | | ¿Tiene el solicitante un cuidador principal?  Sí  No | | | |
| Dirección | | | | Ciudad | | Estado | Código postal |
| Nombre – Cónyuge o cuidador principal | | | | Fecha de nacimiento | | Número de teléfono | |
| Dirección (Si es diferente a la del solicitante) | | | | Ciudad | | Estado | Código postal |
| Nombre – Persona responsable de entregar los recibos mensuales | | | | | Número de teléfono | | |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL VOLUNTARIA**  **¿Se ha nombrado un tutor legal?** Sí—Fecha de nombramiento        No | | | | | | | |
| Nombre – Tutor legal | | | | | | Número de teléfono | |
| Dirección | | | | Ciudad | | Estado | Código postal |
| **¿Se ha nombrado un poder financiero?** Sí— Fecha de activación        No | | | | | | | |
| Nombre – Poder notarial | | | | | | Número de teléfono | |
| Dirección | | | | Ciudad | | Estado | Código postal |
| **¿Se ha designado poder notarial para cuidado médico?**  Sí— Fecha de activación        No | | | | | | | |
| Nombre – Cuidado de la salud | | | | | | Número de teléfono | |
| Dirección | | | | Ciudad | | Estado | Código postal |