

Red de Recursos de Alabama Cuidado Auxiliar durante el largo de vida
Aplicación de cuidado auxilia emergencia

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR:

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Dirección: _____ Dirección postal (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Teléfono: () _____ Otro teléfono: () _____

Correo electrónico: _____

Cuidador fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: () Masculino () Femenino
MM DD AAAA

Cuidado receptora, a 60? Sí No

raza: etnia:
() Caucásico/Blanco asiático () No Hispano / Latino
() Afroamericana/Negro Nativo de Hawai () Hispano / Latino
() Alaska Islas del Pacífico Indio
() Indio Americano Otro

Rango de Ingresos: ¿Es el ingreso bruto mensual por encima de \$972.50? () Sí () No

Usted está:

- Esposo
- Esposa
- Hijo/hijo-en-ley
- Hija/hija-en-ley
- Otro pariente
- Abuelo
- Padre
- otro no pariente

Chequear si uno de los siguientes casos aplica al Beneficiario:

- Beneficiario de cuida cuenta con un diagnóstico relacionada con la demencia.
- Beneficiario de cuida es un hijo adulto con una discapacidad de entre 19 y 59 años de edad.
- Beneficiario de cuida es un niño con una discapacidad de edad 18 años o menos.

Descripción de emergencia:

De verificación por terceros:

Nombre de la Agencia _____ Fecha _____
Firma del representante _____ Nombre Impreso _____

Fechas de cuidado auxiliar necesitados: _____

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y entendido las instrucciones de relevo de emergencia.

Cuidador Firma _____ Fecha _____