



¡PARAR! Lea la siguiente información completamente antes de completar su solicitud.

¿Es usted un cuidador familiar (padre, guardián o familiar) sin compensación monetaria por los cuidados de tiempo completo a un ser querido de cualquier edad con una enfermedad crónica o discapacidad que requiere atención las 24 horas? ¿Necesita un descanso (también conocido como respiro)? Si es así, lo invitamos a * solicitar el programa de Reembolso de Respiro de Vida útil de Alabama.

* Si solicitó y recibió un reembolso por cuidado de relevo de Alabama Lifespan Respite después del **1 de septiembre de 2025, no es necesario que vuelva a presentar la solicitud.** La información de reinscripción se enviará anualmente a los destinatarios antes del 31 de agosto

AVISO: *El completar esta solicitud no garantiza la concesión de asistencia financiera de Alabama Lifespan Respite. Tenga en cuenta que si bien Alabama Lifespan Respite desea que podamos ayudar a todas las personas calificadas que buscan asistencia, lamentablemente solo tenemos fondos limitados para satisfacer las necesidades de los cuidadores calificados. Por lo tanto, solo podemos responder a las solicitudes en función de nuestros recursos disponibles.*

LISTA DE VERIFICACIÓN: Marque que ha leído y comprendido cada una de las siguientes pautas antes de solicitar el programa de reembolso de Alabama Lifespan Respite

___ Entiendo que actualmente no puedo recibir servicios de relevo a través de ningún otro programa para calificar para el programa de reembolso de Alabama Lifespan Respite.

___ Entiendo que solo un cuidador por hogar es elegible para presentar una solicitud

___ Entiendo que solo una persona por hogar puede figurar como beneficiario de la atención. (Si está cuidando a varias personas con necesidades especiales, enumere solo la persona que requiere la mayor atención).

___ Entiendo que no puedo figurar como cuidador principal y proveedor de relevo, y que la intención de este programa es reembolsarme después de haber pagado a un tercero por el relevo.

___ Entiendo que debo presentar un comprobante de diagnóstico para el beneficiario de mi cuidado, que es necesario para procesar mi solicitud.

___ Entiendo que soy responsable de seleccionar y capacitar a un proveedor de servicios de relevo de confianza que tenga al menos 18 años de edad y que viva fuera del hogar del beneficiario de la atención. Ni Alabama Lifespan Respite ni UCP Huntsville serán responsables de las acciones tomadas por mi proveedor de relevo seleccionado

___ Entiendo que hay un período de procesamiento de **30 días antes de recibir el reembolso en forma de cheque.** Si no puedo esperar entre 30 días para recibir el reembolso, entiendo que este programa no se ajusta a mis necesidades y no presentaré una solicitud para el programa.

Questions? Email al.respite@ucphuntsville.org or call 256-859-8300



___ Estoy de acuerdo en usar los fondos de reembolso de relevo **solo** para el cuidado de relevo.

Acerca del Programa de Reembolso de Respiro de Alabama

¿Qué es el relevo? Un breve descanso temporal para aliviar a los cuidadores familiares de las extraordinarias demandas intensivas de brindar atención continua en el hogar a un ser querido con necesidades especiales.

¿Quién es un cuidador principal? Una persona que proporciona atención no remunerada a tiempo completo (40 horas o más por semana) para ayudar con las actividades de la vida diaria (bañarse, vestirse, alimentarse, administrar medicamentos, recados, tareas domésticas, etc.) para un padre, cónyuge / pareja, niño, hermano, abuelo u otro miembro de la familia que requiera atención de tiempo completo debido a una discapacidad o enfermedad crónica.

¿Quién es un beneficiario de la atención? Un miembro de la familia que requiere atención de tiempo completo debido a una discapacidad o enfermedad crónica (se requiere prueba de diagnóstico).

¿Quién es un proveedor de servicios de relevo? Una persona contratada por el cuidador principal para darles un breve descanso (respiro) de las tareas diarias de cuidado. La prestación de servicios de relevo en el lugar, los programas de relevo diurno / nocturno y los campamentos de pago también son elegibles para reembolso.

¿Qué es el reembolso por servicios de relevo? Alabama Lifespan Respite no emplea proveedores de servicios de relevo. Por lo tanto, los cuidadores son responsables de identificar, contratar y capacitar a los proveedores de relevo (o inscribir a su beneficiario de cuidado en un programa o campamento diurno / nocturno) para recibir relevo y serán reembolsados por los servicios prestados según las pautas de la hoja de tiempo. El reembolso no es un ingreso y no debería afectar los beneficios de SSI

¿Qué son las hojas de tiempo trabajadas? Las hojas de tiempo son simplemente un formulario en papel que documenta cuándo y durante cuánto tiempo se llevó a cabo el relevo y quién proporcionó el relevo (Proveedor de relevo)

Cómo funciona el programa: una vez que un cuidador solicita el programa de reembolso de relevo y califica para el programa de respiro, el cuidador recibirá un paquete de bienvenida con instrucciones y una hoja de tiempo que indica el monto del reembolso que recibirá durante un período de tiempo específico.

Los cuidadores pueden elegir a cualquier persona que deseen que les brinde un respiro y pueden requerir capacitación (como resucitación cardiopulmonar o primeros auxilios básicos), si así lo desean, pero el nivel de capacitación queda a discreción del cuidador. El proveedor de servicios de relevo debe tener al menos 18 años de edad y no puede vivir en el mismo hogar que el beneficiario de la atención. Más de un proveedor de servicios de relevo puede brindar relevo durante las fechas indicadas en la hoja de asistencia y ser registrado como tal. Los cuidadores / proveedores de servicios de relevo determinan mutuamente una tarifa de pago.

Questions? Email al.respite@ucphuntsville.org or call 256-859-8300



Cuando se completa el servicio de relevo, el proveedor de relevo firma la hoja de tiempo para confirmar la fecha y hora en que se recibió el relevo. El cuidador pagará al proveedor de relevo de su bolsillo y enviará la hoja de tiempo completada / firmada a Alabama Lifespan Respite, quien emitirá un cheque para reembolsar al cuidador (según el monto de la recompensa que debe utilizarse durante el período de tiempo especificado). Una vez que Alabama Lifespan Respite reciba la hoja de tiempo completada / firmada y verifique la información, se emitirá **el reembolso al cuidador en un plazo de 30 días.**

Solicitud de Relevó de Alabama

Nombre del Cuidador: (Padres/ Guardianes/ Familiar a cargo. Este nombre debe ser utilizado constantemente en toda la documentación de este programa en el futuro):	Apellido:	Primer nombre, inicial del segundo nombre:
Dirección del Cuidador (# Calle, Apto. #, PO):	Ciudad, Estado, Código Postal:	Condado:
Fecha de nacimiento del cuidador:	Género del cuidador: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otra	Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal
Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono con código de área:	<input type="checkbox"/> ¿Su ingreso bruto mensual es superior a \$1,500? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

1. ¿Cómo se relaciona usted (cuidador principal) con el destinatario de la atención? Marque uno a continuación.

- ☐ Padre
- ☐ Cónyuge o pareja
- ☐ Niño
- ☐ Tutor legal designado por el tribunal
- ☐ Hermano
- ☐ Abuelo
- ☐ Otro (describa): _____

2. Especifique el estado militar:

- ☐ Servido
 - ☐ Activo
 - ☐ Retirado
- ☐ Nunca servido

3. Seleccione su raza:

- ☐ Asiático o asiático americano
- ☐ Birracial o multirracial
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico

¿Preguntas? Envíe un correo electrónico a al.respite@ucphuntsville.org o llame al 256-859-8300



- ☐ Blanco
- ☐ Otro (describa): _____

Continuación de la información del cuidador principal:

4. Por favor identifique su origen étnico.

- ☐ Hispano o Latino
- ☐ No Hispano o Latino

5. ¿La persona que cuida a vivir con usted o vive usted con ellos?

- ☐ Sí
- ☐ No

6. ¿Cuántas horas de atención brinda en una semana (estimación favor)?

- ☐ Menos que 40
- ☐ Entre 40-60
- ☐ Entre 60-80
- ☐ 80+

7. ¿Está interesado en recibir información sobre un estipendio por servicios de asesoramiento sobre salud mental?

- ☐ Sí
- ☐ No

8. En una escala del 1 al 10 (1 es poco o nada de estrés y 10 muy estresado), determine su nivel de estrés en este momento.

--

9. Por favor marque cualquier servicio de relevo que esté recibiendo actualmente de la lista a continuación. Si actualmente se encuentra en una lista de espera para alguno de los servicios a continuación, registre la fecha que puso en la lista.

<input type="checkbox"/> Medicaid Waiver Home Based Service (solo relevo, no seguro médico) Fecha:	<input type="checkbox"/> Alabama Cares Fecha:	<input type="checkbox"/> HEARTS Fecha:	<input type="checkbox"/> Alabama Head Injury Foundation Fecha:
<input type="checkbox"/> Veteran's Administration (Aid and Attendance) Fecha:	<input type="checkbox"/> Autism Society of AL Fecha:	<input type="checkbox"/> ALS Fecha:	<input type="checkbox"/> Otro (nombre del programa): Fecha:

10. ¿Cuál es tu idioma principal?

Inglés Española Otra: _____

Lea atentamente y coloque sus iniciales en cada caso:

Entiendo que, para recibir el reembolso, mi hoja de horas debe completarse y devolverse antes de la fecha de vencimiento proporcionada.	Entiendo que soy responsable de seleccionar y capacitar a un proveedor de relevo confiable que tenga 18 años y viva fuera del hogar del beneficiario de la atención. Ni AL Respite ni UCP serán responsables de las acciones que tome mi proveedor de relevo seleccionado.
Los cheques de reembolso se enviarán por correo a la dirección registrada en la hoja de horas enviada y puede haber un período de espera de 90 días antes de recibir el reembolso.	Estoy de acuerdo en usar estos fondos SOLAMENTE para el cuidado de relevo.
Entiendo que esta solicitud no será procesada a menos que haya proporcionado prueba del diagnóstico de un médico, enfermera o trabajador social en papel con membrete.	Se adjunta prueba de diagnóstico:

Información del destinatario de la atención:

Apellido:	Primer nombre, inicial del segundo nombre:
<u>Diagnóstico</u> (debe proporcionar prueba de diagnóstico e indicar si existe o no discapacidad intelectual):	Fecha de nacimiento:
Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otra	Raza:
Firma del cuidador principal: Su nombre escrito sirve como su firma y confirmación de que toda la información anterior es correcta:	Fecha:

Envíe por correo electrónico el formulario completo a: al.respite@ucphuntsville.org

O (No ambos)

Envíe por correo el formulario completo a: Alabama Respite, 1856 Keats Dr. NW,
Huntsville, AL 35810

¿Preguntas? Envíe un correo electrónico a al.respite@ucphuntsville.org o llame al 256-859-8300