

RECONOCIMIENTO DE COMPRENSIÓN DEL CUIDADO DIRECTO POR PARTE DEL CÓNYUGE

NOMBRE DEL CLIENTE		NÚM. DE ID DEL AHCCCS
NOMBRE DEL CÓNYUGE	NOMBRE DEL COORDINADOR DE APOYO	

Nosotros, las personas quienes han firmado la siguiente página, elegimos que el Sistema de Cuidado a Largo Plazo de Arizona (ALTCS por sus siglas en inglés) le pague a _____

(de aquí en adelante conocido como el Cónyuge) por el cuidado directo de _____
(de aquí en adelante conocido como el Cliente).

Sabemos y aceptamos que:

- El Coordinador de Apoyo de ALTCS decidirá el número de horas que se le pagarán por el cuidado del Cliente;
- Todos los servicios serán necesarios médicamente y rentables; y
- No podemos tener más de 40 horas de Cuidado Directo (o servicios similares) dentro de un plazo de siete días.

Sabemos y estamos de acuerdo que si se le paga al Cónyuge por prestar el cuidado:

- Habrá un aumento en los ingresos ganados por el Cónyuge;
- Los ingresos adicionales pueden causarnos a perder beneficios de otros programas financiados públicamente; y
- Este cambio de beneficios puede afectarnos a nosotros y/o a otros en nuestro hogar.

Los programas financiados públicamente pueden incluir pero no se limitan a lo siguiente:

TIPO DE BENEFICIO	AGENCIA RESPONSABLE	NÚMERO DE TELÉFONO
AHCCCS, ALTCS y/o Elegibilidad de KidsCare	AHCCCS	
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés)	Administración del Seguro Social	
Subsidio para beneficiarios de bajos ingresos que están inscritos en la Parte D de Medicare	Administración del Seguro Social	
Asistencia Alimentaria	Arizona Department of Economic Security	
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF por sus siglas en inglés)	Arizona Department of Economic Security	
Asistencia general	Arizona Department of Economic Security	
Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD por sus siglas en inglés)	Autoridad de Vivienda Local	
Seguro Social por Discapacidad	Administración del Seguro Social	
Beneficiario Médico Calificado (QMB por sus siglas en inglés)	AHCCCS	
Beneficiario especificado de bajos ingresos de Medicare (SLMB por sus siglas en inglés)	AHCCCS	
Individuo Calificado -1 (QI-1 por sus siglas en inglés)	AHCCCS	
Otro:		

Sabemos que tenemos la responsabilidad de comunicarnos con cualquier agencia que le proporcione beneficios a cualquier persona en nuestro hogar. Nosotros:

- Hablaremos de cómo un cambio de ingresos para el Cónyuge puede afectar aquellos beneficios;
- Hablaremos de esto antes de tomar una decisión para pagarle al Cónyuge por el cuidado; y
- Le informaremos a cualquier agencia de quien recibimos beneficios actualmente sobre este cambio de ingresos si o cuando decidamos a pagarle al Cónyuge por el cuidado.

Entendemos que algunos o todos de nuestros beneficios financiados públicamente pueden terminarse o reducirse. Esto depende de la cantidad de ingresos que recibe el Cónyuge cómo un encargado pagado por el ALTCS. Vamos a pedirle ayuda al Coordinador de Apoyo del ALTCS para el cliente si la necesitamos.

También sabemos que:

- Podemos cambiar de opinión sobre el pago del Cónyuge por cuidado en cualquier momento;
- Podemos decidir que el Cliente debe recibir otros servicios del ALTCS; y
- Aquellos servicios tienen que ser necesarios médicamente y rentables.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA
FIRMA DEL CÓNYUGE	FECHA
FIRMA DEL COORDINADOR DE APOYO	FECHA

REVISIÓN ANUAL DE LA ELECCIÓN DE CÓNYUGE COMO ENCARGADO

Mi Cónyuge ha sido mi encargado pagado por el ALTCS. Deseo continuar con ese plan. Yo sé que hay otras agencias y encargados que puedan proporcionarme el cuidado. Yo sé que al elegir a mi Cónyuge, solo puedo recibir **hasta 40 horas** de Cuidado Directo (*o servicios similares*) por semana.

FIRMA DEL CLIENTE	FECHA

Distribución: Original – Archivo de caso; Copia - Cliente