

PAQUETE DEL PROGRAMA DE REEMBOLSO AL CUIDADOR FAMILIAR**Contenido**

Solicitud del Programa de Reembolso al Cuidador Familiar de Arizona	2
Declaración Jurada de Presencia Legal	6
Verificación de Necesidad Médica	7
W-9 Sustituto del Estado de Arizona: Solicitud de Número de Identificación y Certificación del Contribuyente	8
Instrucciones sobre cómo Completar el Formulario W-9 Sustituto	9
Programa de Reembolso al Cuidador Familiar de Arizona Preguntas Frecuentes	10
Instrucciones del Cuestionario de la Entrevista de Carga de Zarit	17
Formulario A: Preguntas de la Entrevista de Carga de Zarit	18

**SOLICITUD DEL PROGRAMA DE REEMBOLSO
AL CUIDADOR FAMILIAR DE ARIZONA**

A partir del 1 de enero de 2020, los cuidadores familiares pueden recibir un reembolso del **50% de los costos por adaptaciones en el hogar y tecnología asistiva hasta \$1,000** por cada miembro de la familia que califique. Los miembros calificados de la familia deben tener 18 años o más y requiere ayuda con una (1) o más actividades de la vida diaria. Este programa se asigna por orden de llegada.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- Las solicitudes se revisarán por orden de llegada cuando sean presentadas debido a la financiación limitada.
- Los cuidadores familiares no son elegibles para solicitar la subvención nuevamente después de recibir \$1,000 por cada miembro de la familia que califique.
- En reembolso de más de \$600, se le emitirá un formulario de impuestos 1099 al solicitante y se considerará ingreso sujeto a impuestos.

Necesitará todos los documentos requeridos (detallados a continuación) al momento de enviar esta solicitud.

Devuelva esta solicitud a **Arizona Caregiver Coalition**

P O Box 21623 Phoenix, Arizona 85036 o por correo electrónico a info@azcaregiver.org o fax 888-288-6293

Fecha de la solicitud: _____

Cantidad total solicitada para reembolso (50% de los gastos calificados, hasta \$ 1,000): \$ _____

Fuente de referencia:

Familiar/Amigo Médico Hospital Agencia Centro para personas de la tercera edad

Otra _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR (persona que llena la solicitud)

Nombre legal: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (hogar, trabajo, celular): _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Residente de Arizona: Sí No

Genero: Masculino Femenino Prefiero no responder

Raza: Asiática Negra/Afroamericana Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico

Indio Americano o Nativo de Alaska Blanca Otra Prefiero no responder

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no responder

Método preferido de comunicación: Correo electrónico Correo

Relación con el miembro de la familia:

Cónyuge Hijo/a del cónyuge Nieto Hijastro Padre/Madre Padrastro/Madrastra Abuelo

Hermano Tío o tía, ya sea de sangre entera o media o por adopción Compañero doméstico Suegro

Tiempo que lleva cuidando al familiar:

Menos de 1 año 1-2 años 3-5 años 6-10 años 11 o más años

¿Cuánto ayudó esta adaptación en el hogar y/o la tecnología asistiva a mantener a su familiar viviendo en el hogar?

Nada Algo Bastante Desconocido Prefiero no responder

***Miembro de la familia calificado es la persona que recibe los cuidados.**

MIEMBRO DE LA FAMILIA CALIFICADO (1)

Nombre legal: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (hogar, trabajo, celular): _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Residente de Arizona: Sí No

Genero: Masculino Femenino Prefiero no responder

Veterano: Sí No Prefiero no responder

Raza: Asiática Negra/Afroamericana Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico

 Indio Americano o Nativo de Alaska Blanca Otra Prefiero no responder

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no responder

Cantidad solicitada para el reembolso del miembro de la familia (1)

(50% de los gastos calificados, hasta \$ 1,000):\$ _____

MIEMBRO DE LA FAMILIA CALIFICADO (2)

Nombre legal: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (hogar, trabajo, celular): _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Residente de Arizona: Sí No

Genero: Masculino Femenino Prefiero no responder

Veterano: Sí No Prefiero no responder

Raza: Asiática Negra/Afroamericana Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico

 Indio Americano o Nativo de Alaska Blanca Otra Prefiero no responder

Etnia: Hispano o Latino No Hispano o Latino Prefiero no responder

Cantidad solicitada para el reembolso del miembro de la familia (2)

(50% de los gastos calificados, hasta \$ 1,000): \$ _____

GASTOS CALIFICADOS

- Mejorar o alterar la residencia principal del cuidador de la familia o de los miembros de la familia calificados, ya sea su propiedad o esté alquilada
- Comprar/arrendar equipos o tecnología asistiva para el miembro calificado de la familia para permitir/ayudar/llevar a cabo una o más actividades de la vida diaria (ir al baño, bañarse, vestirse, asearse, comer, moverse o trasladarse)

Los ejemplos de gastos calificados **no se limitan a esta lista** e incluyen:

Costos de adaptación del hogar

- Ensanchamiento de puertas
- Rampas/pasarelas bajas inclinadas
- Interruptores adaptativos
- Ambiente de un baño
 - (accesible con ruedas/sin bordillos) ducha accesible
 - lavabo accesible con ruedas
 - inodoro alto con pasamanos
 - pasamanos y barras de apoyo en ducha accesible

Tecnología asistiva

- Aparato auditivo
- Comer: utensilios adaptativos, dentaduras postizas
- Traslado: elevador Hoyer, cinturón de andar
- Ir al baño; inodoro portátil
- Baño: silla/banco de ducha, ducha de mano
- Elevador de silla de ruedas para el vehículo
- Asistencia para vestirse; gancho de ayuda para abotonar, paño de confort de largo alcance
- Movilidad: manijas de cama, sillas de ruedas, scooter, andadores, bastones
- Dispositivos de comunicación; programas de reconocimiento de voz, lectores de pantalla, aplicaciones de ampliación de pantalla
- Sistemas de monitoreo: dispositivos de alerta médica
- Software y hardware de computadora: programas de reconocimiento de voz, lectores de pantalla y aplicaciones de ampliación de pantalla

GASTOS NO PERMITIDOS

- Gastos regulares de comida, ropa o transporte, obsequios proporcionados al familiar calificado
- Mantenimiento o reparación doméstica ordinaria que no está directamente relacionada y es necesaria para el cuidado del familiar calificado
- Cualquier cantidad pagada o reembolsada por el seguro o por el gobierno federal o el estado de Arizona
- Gastos cubiertos por la póliza de seguro del familiar calificado

Las siguientes declaraciones incluyen los documentos necesarios para solicitar servicios del programa. Lea las siguientes declaraciones y escriba sus iniciales sobre cada línea en blanco a continuación.

_____ Estoy de acuerdo en que el familiar calificado debe tener 18 años o más. Proporcionaré una copia de **uno (1)** de lo siguiente:

- Licencia de conducir de Arizona
- Identificación (con fecha de nacimiento)
- Acta de nacimiento

_____ Acepto que debo ser residente de Arizona. Proporcionaré una copia de **uno (1)** de lo siguiente:

- Licencia de conducir de Arizona
- Factura de servicios públicos
- Tarjeta de registro de votante de Arizona

_____ Estoy de acuerdo en que tendré que proporcionar prueba de que los miembros calificados de la familia necesitan ayuda con una o más actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés), proporcionaré:

- El formulario de Verificación de Necesidad Médica (proporcionado) firmado por un médico, enfermero practicante (NP) o asistente médico (PA), administrador de casos o coordinador de atención para cada miembro de la familia que califique.

_____ Estoy de acuerdo en proporcionar prueba de mis ingresos brutos **y** los ingresos brutos de los miembros de la familia calificados en el año contributivo. Proporcionaré copia de:

- Impuestos sobre la renta para un cuidador soltero o impuestos sobre la renta conjuntos para una pareja casada
- Impuestos sobre la renta para el miembro de la familia que califica y, si el cónyuge es el miembro de la familia que califica, impuestos sobre la renta conjuntos para una pareja casada

Los ingresos del cuidador familiar y de cada familiar calificado en el año contributivo no pueden exceder:

- \$75,000 para una persona soltera o casada que presenta una declaración por separado (*cuidador + familiar calificado = ingreso bruto ajustado total*)
- \$150,000 para una pareja casada que presenta una declaración conjunta (*cuidador + cónyuge + familiar calificado = ingreso bruto ajustado total*)
- \$150,000 para una pareja casada que presenta una declaración conjunta de impuestos federales sobre la renta si el cónyuge también es el miembro de la familia calificado

_____ Entiendo que debo completar un formulario W-9 emitido por DAAS (proporcionado). Rellene completamente de acuerdo con la hoja de instrucciones W-9. Si se aprueba y la cantidad solicitada para el reembolso es de \$600 o más, el reembolso está sujeto a impuestos. El Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES) debe proporcionar un formulario de impuestos 1099-Misc porque es un tipo de pago y tendré que declarar el monto del reembolso como ingreso cuando presente mis impuestos

_____ Entiendo que si se aprueba para el programa, no seré elegible para solicitar el Programa de Reembolso para Cuidadores Familiares de Arizona después de recibir \$1,000.00 por cada miembro de la familia que califique.

_____ Entiendo que proporcionaré una copia de los recibos de los gastos calificados. *Se acepta una declaración si una persona sin licencia completó la modificación de la casa y debe incluir el nombre de la persona, el tipo de trabajo realizado y completado, la información de contacto y la fecha en que se completó el proyecto.* **Todos** los recibos/estados de cuenta deben mostrar una parte pagada de la factura total y la fecha de pago

_____ Entiendo que completaré y devolveré el Formulario de preguntas de la entrevista de Zarit Burden con el paquete de solicitud. También se me contactará para una encuesta de seguimiento para determinar si las modificaciones en el hogar o la compra/arrendamiento de tecnología de asistencia retrasaron o impidieron que el miembro de la familia calificado ingresara a una instalación de atención a largo plazo o una instalación de vida asistida en el año calendario de la solicitud.

Mi firma en este formulario significa que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y precisa. Además, reconozco que al llenar esta solicitud no garantiza que seré elegible para el Programa de Reembolso al Cuidador Familiar de Arizona

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor, devuelva esta solicitud por correo electrónico a info@azcaregiver.org, fax 888-288-6293 o correo a

Arizona Caregiver Coalition
P O Box 21623
Phoenix, AZ 85036

Para preguntas comuníquese con un especialista en recursos para cuidadores al (888) 737-7494.

DECLARACIÓN JURADA DE PRESENCIA LEGAL

Yo, _____ (*cuidador familiar: nombre completo en letra de molde*), por la presente afirmo, bajo pena de perjurio, que he hecho una copia fiel y precisa del documento marcado a continuación, que he adjuntado esa copia a esta Declaración Jurada para fines de mi solicitud para el Programa de Reembolso para Cuidadores Familiares de Arizona, que estoy presente legalmente en los Estados Unidos y que soy la persona indicada en el documento

La documentación aceptable de Presencia Legal incluye una fotocopia clara de al menos uno de los siguientes artículos:

- Una licencia de conducir de Arizona emitida después de 1996 o una licencia de identificación no operativa de Arizona;
- Una acta de nacimiento o una acta de nacimiento retrasado emitido en cualquier estado, territorio o posesión de los Estados Unidos;
- Una acta de nacimiento en el extranjero de los Estados Unidos;
- Un pasaporte de los Estados Unidos;
- Un pasaporte extranjero con visa de los Estados Unidos;
- Un formulario I-94 con una fotografía;
- Un documento de autorización de empleo del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) o un documento de viaje para refugiados;
- Un certificado de naturalización de los Estados Unidos;
- Un certificado de ciudadanía de los Estados Unidos;
- Un certificado tribal de sangre indígena; o
- Una declaración jurada de nacimiento tribal o de la oficina de asuntos indígenas.

Firma del cuidador familiar: _____ Fecha : _____

VERIFICACIÓN DE NECESIDAD MÉDICA

Estimado profesional de la salud o el trabajo social,

El cuidador familiar de su paciente está solicitando el Programa de reembolso para cuidadores familiares de Arizona (FCRP, por sus siglas en ingles) a través de la División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad (DAAS, por sus siglas en ingles) del Departamento de Seguridad Económica de Arizona. El FCRP está diseñado para reembolsar a los cuidadores familiares el 50% de las compras con un límite de \$1,000 (por familiar calificado) durante un año calendario. Los gastos calificados incluyen costos por adaptaciones en el hogar o tecnología asistiva para mantener al paciente móvil, seguro o independiente.

DAAS requiere que se llene un formulario de Verificación de necesidad médica y que sea firmado por el proveedor de atención primaria (PCP), la enfermera practicante (NP), asociado médico (PA), administrador de casos o coordinador de cuidados para verificar que el paciente requiere asistencia con una o más actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en ingles).

Si tiene preguntas, comuníquese con la Coalición de Cuidadores de Arizona al (888) 737-7494.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del cuidador familiar: _____ Núm. de teléfono: _____

Marque toda la asistencia con ADL que corresponda:

Ir al baño Baños Vestir Caminar Comer Trasladar

TO BE COMPLETED BY HEALTHCARE OR SOCIAL WORK PROFESSIONAL
A LLENARSE POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD O EL TRABAJO SOCIAL

Your timely response is requested, the patient will be denied approval per the requirements for the Arizona Family Caregiver Reimbursement Program. Your signature certifies that your patient requires assistance with the selected ADLs.

Physician: _____

Provider Address: _____

Signature: _____ Date: _____

Nurse Practitioner (NP) or Physician's Assistant (PA): _____

Provider Address: _____

Signature: _____ Date: _____

Case Manager or Care Coordinator: _____

Provider Address: _____

Signature: _____ Date: _____

Please sign and return this document to the family caregiver contact noted below OR fax directly to the Arizona Caregiver Coalition at 888-288-6293.

Patient Name: _____ Email: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ ZIP Code: _____ Phone: _____

REGRESAR EL FORMULARIO COMPLETADO A

Los cuidadores familiares pueden devolver el formulario con el paquete de solicitud por correo electrónico a info@AZcaregiver.org, fax 888-288-6293 o por correo a Arizona Caregiver Coalition P. O. Box 21623 Phoenix, AZ 85036. Para preguntas comuníquese con Arizona Caregiver Coalition al (888) 737-7494.

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad al 602-542-4446; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office

State of Arizona Substitute W-9: Request for Taxpayer Identification Number and Certification
Submit completed form to the State of Arizona Agency with whom you are doing business with for review and authorization.

Form with sections: Type of Request, Taxpayer Identification Number (TIN), Entity Name, Entity Type, Minority Business Indicator, Veteran Owned Business, Entity Address, Vendor Contact Information, Exemption from Backup Withholding and FATCA Reporting, Certification, and Signature/Print Name/Date fields.

W-9 Sustituto del Estado de Arizona: Solicitud de Número de Identificación y Certificación del Contribuyente**INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO W-9 SUSTITUTO**

El cuidador familiar debe completar el formulario W-9 Sustituto de Arizona

Sección 1	Seleccione "New Request" (nueva solicitud).
Sección 2	Ingrese el número de seguro social (SSN) del <u>cuidador familiar</u> . Escriba de forma legible.
Sección 3	Ingrese el nombre del <u>cuidador familiar</u> en la línea "Legal Name" (nombre legal). Esto debe ser exactamente como aparece en sus formularios de impuestos, así es como lo conoce el IRS
Sección 4	Tipo de entidad: debe ser "Individual/Sole Proprietor or Single-Member LLC" (Individual/Propietario único o LLC de un solo miembro).
Sección 5	Indicador de empresas minoritarias: debe ser "Individual, Non-Business" (individual, no empresarial).
Sección 6	Empresa propiedad de veteranos Si el cuidador es un veterano, marque SÍ , de lo contrario NO
Sección 7	Dirección de la entidad: <ul style="list-style-type: none">• "Main Address" (dirección principal) es la dirección a la que se envía por correo la información fiscal del IRS del cuidador familiar• "Remittance Address" (dirección de remesa) solo complete esto si es diferente a la "Dirección principal"
Sección 8	Información de Contacto del Proveedor: el cuidador familiar completará esto con el Nombre (<i>debe coincidir con el nombre legal en la Sección 3</i>), teléfono y dirección de correo electrónico del cuidador familiar
Sección 9	Déjelo en blanco Esta área no debe completarse
Sección 10	El cuidador familiar firmará el formulario, imprimirá el nombre del cuidador y completará la fecha.

El formulario W-9 debe escanearse/enviarse por correo electrónico a info@azcaregiver.org o enviarse por fax al 888-288-6293

Por favor, no tome una foto y envíe este formulario, no será procesado

Programa de Reembolso para Cuidadores Familiares de Arizona PREGUNTAS FRECUENTES

INFORMACIÓN GENERAL

¿Este programa brinda asistencia financiera para brindar atención a mi familiar?

No, el programa reembolsa a los cuidadores familiares que pagan por adelantado el costo de las modificaciones en el hogar o la compra/arrendamiento de tecnología de asistencia para su familiar calificado.

¿Quién se considera un cuidador familiar?

Cualquier miembro de la familia inmediata que esté cuidando actualmente a un adulto mayor, una persona que vive con una enfermedad o afección crónica y una persona que vive con una discapacidad. La definición legal de un “cuidador familiar” puede ser cónyuge, hijo/a, padre/madre, padrastro/madrastra, hijastro/a, nieto/a, abuelo/a, hermanos/as u otros parientes cuidadores, incluidos tíos y tías.

¿Cómo sé si califico para el programa?

El FCRP es un programa financiado por el estado y se deben cumplir los requisitos de presencia legal para el cuidador familiar. La declaración jurada y cualquiera de estos artículos se pueden presentar como prueba de elegibilidad:

1. Declaración Jurada de Presencia Legal firmada que se proporciona en el paquete de solicitud.
2. Documentación que demuestre la presencia legal dentro de los Estados Unidos para el cuidador familiar. La documentación aceptable de presencia legal incluye una fotocopia clara de al menos uno de los siguientes artículos:
 - Una licencia de conducir de Arizona emitida después de 1996 o una licencia de identificación no operativa de Arizona;
 - Una acta de nacimiento o una acta de nacimiento retrasado emitido en cualquier estado, territorio o posesión de los Estados Unidos;
 - Una acta de nacimiento en el extranjero de los Estados Unidos;
 - Un pasaporte de los Estados Unidos;
 - Un pasaporte extranjero con visa de los Estados Unidos;
 - Un formulario I-94 con una fotografía;
 - Un documento de autorización de empleo del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) o un documento de viaje para refugiados;
 - Un certificado de naturalización de los Estados Unidos;
 - Un certificado de ciudadanía de los Estados Unidos;
 - Un certificado tribal de sangre indígena; o
 - Una declaración jurada de nacimiento tribal o de la oficina de asuntos indígenas.

Vea la página 6 para leer la declaración de EOE/ADA

El cuidador familiar debe proporcionar una copia de:

- **Recibo(s):**
Los recibos de los gastos incurridos pueden guardarse en el mismo año calendario que la solicitud y presentarse con una sola solicitud.
- Se acepta una declaración de una persona sin licencia que completó la modificación de la vivienda. La declaración debe incluir el nombre de la persona, los costos, el tipo de trabajo realizado y completado, la información de contacto y la fecha en que se completó el proyecto.
- **Ingresos:** El ingreso bruto ajustado del cuidador familiar y de cada miembro de la familia calificado en el año fiscal no puede exceder:
 - \$75,000 para una persona soltera o una persona casada que presenta una declaración por separado (*cuidador + familiar calificado = ingreso bruto ajustado total*)
 - \$150,000 para una pareja casada que presenta una declaración conjunta (*cuidador + cónyuge + familiar calificado = ingreso bruto ajustado total*)
 - \$150,000 para una pareja casada que presenta una declaración de impuestos conjunta si el cónyuge es el familiar calificado
- **Comprobante de ingresos:** Proporcionaré prueba de mi ingreso bruto ajustado y del miembro de la familia que califica a través de:
 - ▶ Impuestos sobre la renta para un cuidador soltero o impuestos sobre la renta conjuntos para una pareja casada
 - ▶ Impuestos sobre la renta para el miembro de la familia que califica y, si el cónyuge es el miembro de la familia que califica, impuestos sobre la renta conjuntos para una pareja casada
- **El familiar calificado debe** tener 18 años o más. Proporcione cualquiera de los siguientes para el familiar calificado:
 - a. Licencia de conducir de Arizona
 - b. Una tarjeta de identificación emitida por el gobierno (con fecha de nacimiento)
 - c. Acta de nacimiento
 - d. Otros documentos que demuestren la edad
- **Residencia en Arizona: Proporcione prueba de residencia** para el cuidador familiar:
 - a. Licencia de conducir o tarjeta de identificación de Arizona
 - b. Tarjeta de registro de votante de Arizona
 - c. Un contrato de arrendamiento o una declaración de hipoteca
 - d. Factura actual de servicios públicos
 - e. Otros documentos que demuestren la residencia en Arizona
- **Formulario W-9 completo emitido por DAAS:**
Incluido con la solicitud y requerido para que se emita un cheque al cuidador familiar. Consulte la página de instrucciones del formulario W-9. Los formularios que se completen incorrectamente no serán aceptados y podrían retrasar el procesamiento de la solicitud.

- **Formulario de Verificación de Necesidad Médica firmado**

El formulario debe estar firmado por un profesional de la salud/trabajo social para certificar que el miembro de la familia calificado requiere validar la asistencia con una (1) o más actividades de la vida diaria.

- a. Si un cuidador vuelve a presentar una solicitud para el mismo familiar calificado, no se requiere un nuevo Formulario de Necesidad Médica. El cuidador puede presentar el documento previamente firmado.

- **El Miembro de la Familia Calificado debe requerir asistencia con una o más actividades de la vida diaria:**

- a. Ir al baño
- b. Bañarse
- c. Vestirse
- d. Aseo
- e. Comer
- f. Movilidad

¿Este programa es solo para adultos mayores?

No, los cuidadores familiares que cuidan a un adulto mayor de 18 años pueden solicitar el programa.

Estoy cuidando a mi hijo/a que requiere que se modifique mi hogar y/o necesita tecnología de asistencia, ¿califico?

Sí, siempre y cuando se cumplan todos los criterios de elegibilidad.

Si modifiqué mi hogar o compré/arrendé tecnología de asistencia para mi familiar en 2019 o antes, ¿califico?

No, las modificaciones y compras deben ser en el mismo año calendario de la solicitud.

¿Cuándo comenzó el programa?

El Programa de Reembolso para Cuidadores Familiares de Arizona se lanzó el 1 de enero de 2020.

¿Cuándo terminó el programa?

El Programa de Reembolso para Cuidadores Familiares de Arizona finaliza el 30 de junio de 2024.

CALIFICACIONES DEL PROGRAMA

¿El familiar calificado tiene que vivir en el hogar de los cuidadores para calificar?

No. El FCRP excluye a las personas que residen en entornos institucionalizados.

Existe un requisito de ingresos brutos combinados para el cuidador familiar y el miembro de la familia calificado. El miembro de la familia calificado y yo juntos ganamos más de \$75,000 por año en ingresos brutos, ¿califico?

Lamentablemente no.

Existe un requisito de ingresos brutos combinados para el cuidador familiar y el miembro de la familia calificado. Mi cónyuge y yo declaramos nuestros impuestos juntos y, en combinación con el miembro de la familia calificado, ganamos más de \$150,000 por año en ingresos brutos, ¿calificamos?

Lamentablemente no.

Si hay más de una persona que recibe atención en mi hogar, ¿deben presentar la solicitud por separado?

No, la opción de incluir a más de un miembro de la familia calificado en la solicitud se proporciona en la solicitud. Todos los documentos requeridos, incluida la residencia y los ingresos, deben incluirse para cada miembro de la familia que califique. NOTA: Cada familia calificada debe tener un Formulario de Verificación de Necesidad Médica.

¿Qué se considera una modificación del hogar?

Mejorar o modificar la residencia principal del cuidador familiar implica realizar cambios en los espacios habitables accesibles a su familiar para que sea seguro e independiente.

Los ejemplos incluyen, pero **no se limitan** a:

- Ampliación de puertas
- Rampas/pasillos inclinados
- Elevador de escaleras
- Nivelación de pisos
- Instalación de una puerta de seguridad o sensores
- Interruptores adaptativos
- Entorno de un baño
 - ducha accesible (con acceso para silla de ruedas/sin bordillos)
 - lavabo con acceso para silla de ruedas
 - inodoro de gran altura con pasamanos
 - pasamanos y barras de apoyo en la ducha accesible

¿Qué se considera tecnología de asistencia?

Los ejemplos incluyen, pero **no se limitan** a:

- Audífonos (pueden ser para el cuidador familiar para aliviar los problemas de comunicación)
- Comer: utensilios adaptables, dentaduras postizas
- Transferencia: elevador Hoyer, cinturón de marcha
- Ir al baño; inodoro junto a la cama
- Baño: silla de ducha/banco, cabezal de ducha de mano
- Elevador de silla de ruedas para vehículos
- Ayuda para vestirse; gancho de ayuda para abrochar, toallita cómoda de largo alcance

- Movilidad: asas de cama, sillas de ruedas, scooters (baterías), andadores, bastones
- Dispositivos de comunicación; programas de reconocimiento de voz, lectores de pantalla, aplicaciones de ampliación de pantalla
- Sistemas de monitoreo: dispositivos de alerta médica, cámaras en el hogar, dispositivos de detección automática de caídas conectados a teléfonos celulares/teléfonos móviles, botones de movimiento/llamada, alarmas personales - alarmas de presión para w/c o camas
- Software y hardware de computadora: programas de reconocimiento de voz, lectores de pantalla y aplicaciones de ampliación de pantalla
- Puede incluir cremas protectoras para la piel, forros de colchón, protectores debajo, calzoncillos para adultos, toallitas, guantes, trituradoras/cortadores de medicamentos, termómetros, manguitos de presión arterial, etc.

Cuando solicito el programa, ¿puedo enviar recibos de modificaciones en el hogar Y tecnología de asistencia para reembolso?

Sí.

PROCESO DE SOLICITUD

Si un cuidador familiar está recibiendo servicios, ¿aún puede solicitar el programa?

Sí, el programa es para reembolsar modificaciones en el hogar y la compra/arrendamiento de tecnología de asistencia.

¿Cómo obtengo una solicitud para aplicar?

Comuníquese con la Línea de Recursos para Cuidadores de la Coalición de Cuidadores de Arizona al (888) 737-7494, por correo electrónico a info@azcaregiver.org o visite www.azcaregiver.org para más información. Un Especialista en Recursos para Cuidadores le enviará por correo electrónico o por correo el paquete de solicitud.

¿Cuándo es la fecha límite para solicitar cada año del programa?

Año del programa 2022: El último día para pedir una solicitud es el 23/12/2022. TODOS los documentos requeridos deben estar matasellados, enviados por correo electrónico, escaneados o enviados por fax a más tardar el 30 de diciembre de 2022. Sin excepciones.

Año del programa 2023: El último día para pedir una solicitud es el 22/12/2023. TODOS los documentos requeridos deben estar matasellados, enviados por correo electrónico, escaneados o enviados por fax a más tardar el 29 de diciembre de 2023. Sin excepciones.

Año del programa 2024: El último día para pedir una solicitud es el 21/06/2024. TODOS los documentos requeridos deben estar matasellados, enviados por correo electrónico, escaneados o enviados por fax a más tardar el 30 de junio de 2024. Sin excepciones.

¿Cómo presento mis documentos a la Coalición de Cuidadores de Arizona?

Hay tres opciones para enviar la información de su solicitud.

- 1) Escanee los documentos solicitados y envíelos por correo electrónico a info@azcaregiver.org
- 2) Envíe un fax al 888-288-6293

- 3) Envíe por correo la solicitud completa y copias de los documentos a
Arizona Caregiver Coalition P. O. Box 21623 Phoenix, AZ 85036

¿Me devolverán mis documentos?

No, envíe copias de sus documentos. La solicitud y/o los documentos no serán devueltos.

¿Cuándo recibiré noticias sobre mi solicitud?

Una vez que se haya recibido su solicitud, recibirá una respuesta dentro de los 90 días.

Después de recibir mi reembolso, ¿hay algo más que deba hacer?

Nos comunicaremos con usted dentro de las seis (6) semanas posteriores a la presentación de su solicitud como seguimiento sobre la capacidad de mantener al familiar calificado en casa.

¿Puedo presentar una nueva solicitud si me han negado?

Sí, aunque los cuidadores familiares no son elegibles para solicitar la subvención nuevamente después de recibir \$1000 por miembro de la familia que califique.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión?

Recibirá un aviso por correo de la determinación oficial. Tiene derecho a una Solicitud de Reconsideración dentro de los 30 días posteriores a haber recibido el aviso de denegación. El formulario se adjuntará a la carta de denegación.

¿Puedo solicitar nuevamente si recibí un reembolso en 2020 o 2021??

Si recibió \$1000, no. Si recibió menos de \$1000, puede ser elegible para recibir la diferencia entre el reembolso y los \$1000. Los gastos deben estar en el mismo año calendario que la solicitud.

¿Debo enviar un nuevo paquete de solicitud si recibí un reembolso de menos de \$1000 en 2020?

Sí, se requiere una nueva solicitud por cada año que solicite el programa. Si la condición del miembro de la familia calificado no cambió, no se requiere que se complete nuevamente un Formulario de Verificación de Necesidad Médica.

¿Qué es un formulario 1099?

Un formulario del Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés).

¿Por qué recibiré un formulario 1099?

Si el monto del reembolso es de \$600 o más, se considera una forma de pago. Se requiere que el Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES por sus siglas en inglés) envíe un formulario 1099 al cuidador familiar ya que el reembolso es un ingreso sujeto a impuestos.

¿Qué tengo que hacer con el formulario 1099?

Incluya el 1099 cuando presente sus impuestos anuales. Si tiene más preguntas, comuníquese con su profesional de impuestos.

MÁS PREGUNTAS

¿Y si tengo más preguntas?

Comuníquese con un Especialista en Recursos para Cuidadores al (888) 737-7494 o envíe un correo electrónico a info@azcaregiver.org.

Equal Opportunity Employer / Program • Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities • To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact the Division of Aging and Adult Services at 602-542-4446; TTY/TDD Services 7-1-1 • Disponible en español en línea o en la oficina local

Programa de Reembolso al Cuidador Familiar de Arizona

INSTRUCCIONES DEL CUESTIONARIO DE LA ENTREVISTA DE CARGA DE ZARIT

Los datos de cuidadores familiares recopilados del Programa de Reembolso al Cuidador Familiar de Arizona permitirán al Departamento de Seguridad Económica - División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad (DES/DAAS por sus siglas en inglés) informar con precisión el resultado del programa, la necesidad y la carga del cuidador familiar a la Legislatura del Estado de Arizona

Por favor, tómese un momento para completar este formulario y devuélvalo junto con el paquete de solicitud.

Seguimiento: La Línea de Recursos para Cuidadores se comunicará con usted por teléfono, correo o correo electrónico para completar este formulario 6 meses después de la fecha de determinación

Instrucciones: El Cuestionario de la Entrevista de Carga de Zarit (ZBI por sus siglas en inglés) es una herramienta eficaz para muchas organizaciones de asistencia médica y trabajo social para medir con precisión la carga del cuidador *Las preguntas y respuestas pueden ayudarlo a conocer mejor su salud física y mental en general. Está bien sentirse enojado, frustrado, culpable, estresado, triste o cualquier combinación de emociones complicadas; existen programas de apoyo para cuidadores a los que puede acceder.*

Definición: La carga de cuidado familiar se define como la experiencia de problemas físicos, psicológicos, emocionales, sociales o financieros debido a la responsabilidad de cuidar a un miembro de la familia enfermo. Se ha demostrado que la carga de cuidados está asociada con la depresión de los cuidadores y la mala calidad de vida (QoL por sus siglas en inglés), así como con los malos resultados de los pacientes, incluida la reducción de la QoL, la hospitalización y la muerte

- 1 Tómese unos minutos para reflexionar sobre las 12 preguntas del Formulario A: Cuestionario de la Entrevista de Zarit (proporcionado).
- 2 Complete el cuestionario utilizando la escala de 0 a 5:
0 - Nunca, 1 - Rara vez, 2 - A veces, 3 - Muy frecuente, 4 - Casi siempre
- 3 Cuente cada columna y registre el total de cada columna
- 4 Índice de puntuación:
0 – 12 poca o ninguna carga
13 – 24 carga leve a moderada
25 – 36 carga moderada a severa
37 – 48 carga severa
Nota: Si obtiene una puntuación de carga moderada a severa, busque ayuda. Hay programas de apoyo para cuidadores familiares que pueden ayudar con el cuidado de relevo o grupos de apoyo
- 5 Puede incluir su nombre o puede optar por permanecer en el anonimato. *El cuestionario no utilizará su nombre u otra información de identificación durante la recopilación y el informe de datos.*
- 6 Devuelva el formulario completo con el paquete de solicitud
- 7 Recibirá una llamada de seguimiento en 6 meses para completar este formulario nuevamente
- 8 Los resultados se proporcionarán a la Legislatura del Estado de Arizona

FORMULARIO A: PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA DE CARGA DE ZARIT*(A completar por el cuidador)*

Indique la frecuencia con la que experimenta los sentimientos enumerados marcando la casilla que mejor corresponda a la frecuencia de estos sentimientos

	Nunca	Rara vez	A veces	Muy frecuente	Casi siempre
1) ¿Siente que debido al tiempo que pasa con su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	0	1	2	3	4
2) ¿Se siente estresado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir con otras responsabilidades (trabajo/familia)?	0	1	2	3	4
3) ¿Se siente enojado cuando está cerca del familiar?	0	1	2	3	4
4) ¿Siente que su pariente afecta actualmente su relación con familiares o amigos de manera negativa?	0	1	2	3	4
5) ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
6) ¿Considera que su salud se ha visto afectada por su relación con su familiar?	0	1	2	3	4
7) ¿Siente que no tiene tanta privacidad como le gustaría debido a su familiar?	0	1	2	3	4
8) ¿Siente que su vida social se ha visto afectada por cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
9) ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
10) ¿Se siente inseguro de qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
11) ¿Siente que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
12) ¿Cree que podría hacer un mejor trabajo al cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4

Índice de puntuación:

0 – 12 poca o ninguna carga

13 – 24 carga leve a moderada

25 – 36 carga moderada a severa

37 – 48 carga severa

Total de cada columna: _____

Puntuación total: _____