



ESTADO DE CONNECTICUT
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

W-982S
(Rev 7/16)

SOLICITUD PARA REFERIDO DE ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL (ACP)

El programa de Asistente de Cuidado Personal (ACP) proporciona cuidado de asistencia personal para **adultos de 18 a 64 años de edad** que tengan discapacidades crónicas, severas y permanentes. Este programa permite que el adulto permanezca en el hogar en lugar de institucionalización (colocación en una facilidad de cuidado a largo plazo, hogar de convalecencia, etc.). Se contrata un ACP para ayudarle en la realización de actividades del diario vivir (las ADL) y permanecer en casa. **Hay una lista de espera para admisión a este programa.**

Le elegibilidad para ACP es un proceso de dos partes:

Parte 1: Funcionalmente, tiene que necesitar estos servicios. Específicamente, tiene que demostrar físicamente que usted tiene una **necesidad significativa** en la realización de **3 de las 7 Actividades del Diario Vivir (ADL) principales**: Estas ADL se resumen a continuación:

- Bañarse - ¿necesita ayuda para bañarse apropiadamente?
- Vestirse - ¿necesita ayuda para vestirse apropiadamente?
- Comer/Alimentarse - ¿necesita ayuda para alimentarse apropiadamente? (Esto no significa hacer o preparar comidas)
- Usar el baño - ¿necesita ayuda para ir/salir del baño y/o limpiarse adecuadamente después?
- Transferirse - ¿necesita ayuda para transferirse con seguridad dentro y fuera de sillas / la cama?
- Medicación - ¿necesita ayuda con la preparación y/o para tomar sus medicamentos diarios?
- Salud mental - ¿necesita supervisión diaria para evitar lesionar a sí mismo(a) o a otras personas?

Parte 2: Económicamente, tiene que haber calificado para Medicaid para cuando empiece a recibir servicios. No tiene que estar dentro de los límites económicos de Medicaid mientras esté en la lista de espera un PCA (vea abajo) pero **tiene que haber solicitado y calificado para Medicaid para cuando se escoja a usted de la lista de espera.**

INFORMACIÓN DE INGRESO Y ACTIVOS PARA MEDICAID

Límites de Ingreso Mensual de Medicaid

Límite (Federal) de exención de Medicaid: \$2,199.00 ó menos (bruto) por mes

Límites de Activos para Medicaid

Individuo: \$1600.00 ó menos

Aviso a Parejas Casadas – Bajo las leyes estatales y federales, una pareja casada puede proteger activos para el(la) cónyuge viviendo en la casa mientras el(la) otro(a) cónyuge esté en un hogar de convalecencia o esté recibiendo cuidado en la casa al nivel de cuidado en un hogar de convalecencia. Este proceso se llama una Valoración Conyugal. Se realizará una Valoración Conyugal cuando usted solicita Medicaid.

Ingreso - Cómo DSS cuenta su ingreso mensual:

- Contamos el total de su ingreso (bruto) mensual, antes de cualesquier deducciones, incluyendo deducciones de primas de Medicare. Esto incluye todos los ingresos que reciba regularmente, tales como sueldos, pensión, Seguro Social, beneficios de Veterano e Ingreso de Seguridad Suplementario.
- Contamos solamente el ingreso de usted, no el de su cónyuge ni de ninguna otra persona. Por favor indique el ingreso solamente de usted y no de otra persona.

Activos - Cómo DSS cuenta todos sus activos:

- Contamos todos los activos poseídos por usted y su cónyuge. Esto incluye, pero no se limita a, propiedad inmobiliaria no usada como su hogar, vehículos de motor no esenciales, caravanas, botes, cuentas de banco/unión de crédito (de ahorro, de cheques, CD, IRA, cuentas de "club de vacaciones" o "club de Navidad"), acciones, fondos fiduciarios revocables, bonos, Bonos de Ahorro de EE.UU., valor de rescate total de seguro de vida con un valor nominal que exceda \$1,500.00.

NO contamos lo siguiente:

- La casa que usa como su hogar (principal) y sus muebles, sus pertenencias personales (ropa, joyas) o el vehículo que usa para transportación.
- Ciertos fondos para servicios fúnebres - irrevocables hasta \$5,400.00 para cada persona O revocable hasta \$1,800.00. Parcelas de entierro: para individuos solos, una parcela. Para individuos casados, una parcela para cada cónyuge y ciertos otros miembros de la familia bajo ciertas condiciones. Una parcela puede incluir un ataúd, contenedor externo y la abertura y clausura de la sepultura. Pólizas de seguro de vida si el valor nominal de todas las pólizas no exceda \$1,500.00.

LEA CUIDADOSAMENTE LA SIGUIENTE PÁGINA Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

ASISTENTE DE CUIDADO PERSONAL (A) – SOLICITUD DE REFERIDO

Sección A

INFORMACIÓN PERSONAL DE SOLICITANTE

Apellido de Solicitante _____ Nombre _____
 Fecha Nacim. _____ Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)
 N° de Seguro Social _____ Género: Masculino Femenino
 Dirección (de solicitante) _____
 Teléfono _____ N° de Medicaid (si es que tiene) _____
 Yo resido: (marque uno) Solo(a) Con familiares Hogar grupal Vida asistida

Sección B

EVALUACIÓN FINANCIERA

1. Mi ingreso mensual es: \$ _____ 2. Mis activos (totales) son: \$ _____

Aviso a parejas casadas – Bajo las leyes estatales y federales, una pareja casada puede proteger activos para el(la) cónyuge viviendo en la casa mientras el(la) otro(a) cónyuge esté en un hogar de convalecencia o esté recibiendo cuidado en la casa al nivel de cuidado en un hogar de convalecencia. Este proceso se llama una Valoración Conyugal. Usted puede pedir una Evaluación Conyugal antes de solicitar servicios estatales o federales.

Sí No Yo deseo una **Evaluación Conyugal** para averiguar lo que puedo proteger para mi cónyuge.

Sección C

EVALUACIÓN FUNCIONAL

1. **Necesidades personales:** Díganos si necesita ayuda con estas tareas. (Escriba el número de la ayuda que necesita):

0 = Ninguna ayuda 1 = Necesito supervisión/Recordatorios 2 = Ayuda práctica 3 = Dependencia total

Bañarme ___ Vestir ___ Comer ___ Usar el baño ___ Transferencia (dentro y fuera, cama/silla) ___

Caminar ___ Medicamentos ___ (¿Necesita ayudar para tomar medicinas diarias? En tal caso, ¿cuánta ayuda?)

Control de esfínteres (Control intestinal/ de la vejiga)

2. **Situación de vivienda:** (Marque uno con círculo)

Sin Hogar En hogar de familia Viviendo solo(a) Hogar grupal Refugio Otro _____

En su hogar, ¿alguien de su familia o comunidad (vecinos) le ayuda cada vez que necesite? Sí No

3. **Problemas de salud mental:** (Marque con círculo todos los que apliquen) Vagando Abusivo / Violento
 Auto-daño Agresivo verbalmente Hábitos peligrosos/insalubres Amenazas para la seguridad

4. **Diagnóstico médico o condición:** (Escriba abajo)

Sección D

PUNTO DE CONTACTO

Por favor comuníqueme en lugar del solicitante: Nombre _____
 (Yo soy Punto de Contacto para el/la solicitante)

Teléfono _____ Relación (familia, amigo(a), etc.) _____

Yo soy el (la):
 Apoderado(a)
 Conservador(a)
 Tutor(a) legal
 (Marque con círculo si aplica)

X

Firma de solicitante o marca (X) _____ Fecha _____ Firma de testigo si se firmó con una X _____

Persona que llena el formulario para el/la solicitante _____ Relación _____ Número de teléfono _____

PERSONAL DE LA FACILIDAD SOLAMENTE: Please complete if the person is in a hospital or a nursing home. (Not needed if a health screen is attached.)

Name of facility: _____

Staff Member / Date _____ Phone # _____

**Envíese por correo a: Department of Social Services, Community Options Unit, 9th floor,
 55 Farmington Ave, Hartford, CT 06105-3725 o por Fax al 860 424-4963**

¡RECUERDE! Un formulario relleno completamente evitará atrasos en su procesamiento.

Personas sordas o con impedimento auditivo que tengan un dispositivo TDD/TTY pueden contactar al DSS al 1-800-842-4524.
 Personas ciegas o con impedimento visual pueden contactar al DSS al 1-860-424-5040.