

FORMA DE RECONOCIMIENTO DE ENTENDIMIENTO DE ATENCIONES DE CÓNYUGE

NOMBRE DE MIEMBRO _____ CLAVE ID DE AHCCCS: _____

Nosotros, los que hemos firmado en la página siguiente, elegimos que *Arizona Long Term Care System (ALTCS)* le pague a _____ (cónyuge) por prestar atenciones del diario vivir a _____ (miembro). Sabemos y estamos de acuerdo con que:

- La persona administradora del caso por *ALTCS* decidirá la cantidad de horas que se pagará por las atenciones del diario vivir para _____ (miembro);
- Todos los servicios serán necesarios médicamente y efectivos en sus costos; y
- No podemos tener más de 40 horas de servicios de atenciones (o servicios semejantes) en un plazo de siete días.

Sabemos y reconocemos que si se le pagara a _____ (cónyuge) por prestar atenciones del diario vivir:

- Habrá un aumento en los ingresos devengados por _____ (cónyuge);
- El ingreso añadido pudiera causar que perdiera beneficios de otros programas con fondos públicos; y
- Este cambio en beneficios pudiera afectarnos y/o a otros en nuestro hogar.

Los programas con fondos públicos pudieran incluir, entre otros, a los siguientes:

BENEFIT TYPE	AGENCY RESPONSIBLE	PHONE NUMBER
Elegibilidad para <i>AHCCCS, ALTCS</i> y/o <i>KidsCare</i>	<i>AHCCCS</i>	
Ingreso suplementario de seguridad (<i>Supplemental Security Income / SSI</i>)	Administración del Seguro Social	
Subvención por bajos ingresos para la Parte D del <i>Medicare</i>	Administración del Seguro Social	
Estampillas de alimentos	Departamento de Seguridad Económica de Arizona	
Ayuda Provisional para Familias con Necesidades (<i>Temporary Assistance to Needy Families / TANF</i>)	Departamento de Seguridad Económica de Arizona	
Ayuda General	Departamento de Seguridad Económica de Arizona	
Vivienda de la Secretaría Federal de Vivienda y Desarrollo Urbano (<i>Housing and Urban Development / HUD</i>)	Autoridad local de Vivienda	
Discapacidad del Seguro Social	Administración del Seguro Social	
Beneficiario Calificado para Medicare (<i>Qualified Medicare Beneficiary / QMB</i>)	<i>AHCCCS</i>	
Beneficiario de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (<i>Specified Low-Income Medicare Beneficiary / SLMB</i>)	<i>AHCCCS</i>	
Persona Calificada - 1 (<i>Qualified Individual - 1 / QI-1</i>)	<i>AHCCCS</i>	
Otro:		
Otro:		

FORMA DE RECONOCIMIENTO DE ENTENDIMIENTO DE ATENCIONES DE CÓNYUGE

Sabemos que queda de parte nuestra comunicarnos con toda agencia de la cual nuestro hogar reciba beneficios. Habremos de:

- Hablar sobre cómo un cambio en los ingresos de _____ (cónyuge) afectará estos beneficios;
- Hablar sobre esto antes de tomar una decisión de pagarle a _____ (cónyuge) por las atenciones del diario vivir; e
- Informarle a toda agencia de la cual recibamos beneficios en la actualidad el cambio en ingresos si se decidiera y cuando se decidiera pagarle a _____ (cónyuge) por las atenciones del diario vivir.

Entendemos que algunos o todos nuestros beneficios con fondos públicos pudieran suspenderse o reducirse. Esto depende de la cantidad de ingresos que _____ (cónyuge) reciba como proveedor(a) de atenciones pago/a por *ALTCS*. Le pediremos ayuda a la persona administradora del caso por *ALTCS* para _____ (miembro) si la necesitaríamos.

También sabemos que:

- Podemos cambiar de parecer en cualquier momento acerca de pagarle por las atenciones del diario vivir a _____ (cónyuge);
- Podríamos decidir que _____ (miembro) debiera recibir otros servicios de *ALTCS*; y
- Estos servicios deberán ser necesarios médicamente y efectivos en sus costos.

Firma de miembro:		Fecha:
Firma de cónyuge:		Fecha:
Firma de administrador(a) del caso:		Fecha:

REVISIÓN ANUAL DE ELECCIÓN DE ATENCIONES DE CÓNYUGE

Mi cónyuge ha sido a quien se le ha pagado por cuidarme de parte de *ALTCS*. Quisiera continuar con eses plan. Sé que hay otras agencias y cuidadores que pudieran prestarme atenciones del diario vivir. Sé que, al escoger a mi cónyuge, sólo recibiré **hasta** 40 horas de atenciones del diario vivir (*Attendant Care*) (o servicios semejantes) a la semana.

Firma de miembro:		Fecha:	
Firma de miembro:		Fecha:	
Firma de miembro:		Fecha:	
Firma de miembro:		Fecha:	
Firma de miembro:		Fecha:	

ccc: miembro
archivo del caso