**Anexo 1620-12**

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

Página 1 de 2

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 necesitáramos.

También sabemos que:

* Podemos cambiar de parecer en cualquier momento acerca de pagarle por las atenciones del diario vivir a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (cónyuge);
* Pudiéramos 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

\*El anexo 1620-12 también está disponible en español. Vea el Apéndice K, *Formas selectas de administración de caso ALTCS* en español.

Página 2 de 2