

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 inglés) a través de la División de Servicios para Adultos y Personas de la Tercera Edad (DAAS, por sus siglas en inglés) 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 inglés).

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