



_____ de _____ de 2023

Gracias por su interés en la Fundación de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico. A partir del _____ de _____ hasta el _____ de _____ 2023, se abrirá el periodo para que las personas interesadas puedan completar las solicitudes de ayuda para médicos de familia con condiciones de salud serias y escasos recursos económicos. En el mes de _____, las solicitudes recibidas serán evaluadas por el comité evaluador y en _____, se otorgarán las ayudas económicas correspondientes al año 2023.

Para ser elegible para recibir la ayuda, el candidato debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Tener un diagnóstico médico serio o terminal o que le impida generar ingresos (ej. Demencia)
- Cualificar como persona de escasos recursos económicos
- Ser residente de Puerto Rico
- Copia de recibos de gastos relacionados al cuidado del paciente.

Adjunto encontrará el formulario de solicitud. Una vez completado el mismo, deberá adjuntar la evidencia necesaria y hacerlas llegar por una de las siguientes vías:

- Escanear la solicitud con evidencias y enviarlas por email a: fundacionamfpr@gmail.com.
- Enviar la solicitud y la evidencia por correo regular a la siguiente dirección:

Fundación de la Academia de Médicos de Familia
PO Box 260272
San Juan, PR. 00926-2617

Cualquier pregunta o información adicional, puede comunicarse con nosotros al (787) 790-4735.

Atentamente,

Fundación Academia de Médicos de Familia de PR.

Marina Almenas

Marina Almenas, MD
Presidenta Junta de Directores

Rebecca Rodríguez

Dra. Rebecca Rodríguez
Vice Presidenta Junta Directores



Solicitud de Ayuda

- Nombre del Paciente: _____
- Edad: _____
- Diagnóstico: _____
- Edad en la que fue diagnosticado: _____
- Dirección Postal: _____
- Estado Civil: _____
- ¿Con quién vive el paciente y *parentesco*? _____
- Número de personas que componen el núcleo familiar, favor de incluir al paciente: _____

¿Quién es el Médico a cargo de la condición de salud del paciente?

- Nombre del Médico y especialidad: _____
- Dirección: _____
- Teléfono: _____
- Correo Electrónico: _____

Seleccione la respuesta, que mejor describa la situación actual del paciente:

- ¿Cuál es el Ingreso mensual del paciente?
 - \$1,500 mensuales o más
 - Entre \$500 - \$1,500 mensuales
 - \$500 mensuales o menos
 - Ninguno
- Fuente de ingresos del paciente: (Favor de proveer evidencia de ingresos)
 - Trabajo
 - Seguro Social
 - Pensión o Retiro
 - Asistencia Económica y/o Nutricional (PAN)
 - Otros _____
- Cuenta el paciente con algún tipo de seguro de salud: Medicaid (Reforma), Medicare / Advantage, otro?
 - Si No ¿Cuál? _____

Información del cuidador primario del paciente:

- Nombre: _____
- Parentesco del cuidador con el paciente: _____
- Dirección Postal: _____
- Correo electrónico: _____
- Teléfono: _____

Seleccione la respuesta que mejor describa su situación actual como cuidador.

- Soy el único cuidador
- Soy el cuidador primario y recibo ayuda de familiares y / o amigos
- Soy el cuidador primario, pero tengo asistencia de cuidado diurno, centro comunitario o religioso o programa gubernamental
- Soy el cuidador primario y actualmente costeo económicamente los servicios de cuidado diario, hogar de envejeciente y/o otros

¿El cuidador primario tuvo que renunciar a su trabajo para poder proveer asistencia y/o cuidado al paciente? Si No

¿El cuidador primario tuvo que reducir su jornada de trabajo, a una a tiempo parcial (30 horas o menos semanalmente), para poder atender al paciente? Si No

Seleccione la respuesta, que mejor describa la situación actual del cuidador.

- ¿Cuál es el Ingreso mensual del cuidador?
 - \$1,500 mensuales o más
 - Entre \$500 - \$1,500 mensuales
 - \$500 mensuales o menos
 - Ninguno
- Fuente de ingresos del cuidador: (Favor de proveer evidencia de ingresos)
 - Trabajo
 - Seguro Social
 - Pensión o Retiro
 - Asistencia Económica y/o Nutricional (PAN)
 - Otros _____

¿Recibe el cuidador primario algún tipo de alivio, tales como: tiempo libre, apoyo, etc.? Si No

- **Por favor, escoja la respuesta que mejor describa la situación: del cuidador:**
 - Cuidador pagado o centro de cuidado provee un respiro temporero, que no será permanente
 - Familiares y/o amigos asisten en el cuidado varias veces por semana (3-4 veces), lo que provee un respiro regularmente
 - Familiares y/o amigos asisten en el cuidado ocasionalmente (una vez por semana)
 - Soy el cuidador único y no tengo respiro alguno



Términos y Condiciones

- Todas las solicitudes serán revisadas, consideradas y están sujetas a denegación. Toda solicitud incompleta será rechazada.
- Como requisito de evaluación y elegibilidad, se utilizará el Índice Federal de Pobreza, un indicador del nivel de los ingresos publicados anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Toda ayuda económica provista por la Fundación de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico está sujeta a la disponibilidad de los fondos. La ayuda NO es transferible y será provista a través de reembolso.
- Para recibir la ayuda, cada recipiente seleccionado debe firma un acuerdo de ayuda

Firma del solicitante _____

Nombre del Solicitante _____

Fecha de Solicitud _____



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE CONFORME A LEY HIPAA

La Fundación de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico, protege la información en archivos con limitado acceso de personas que puedan entrar o leer la información que usted comparte. La misma es almacenada en un lugar accesible solo a personas autorizadas.

Por lo tanto: Con mi consentimiento, la Fundación de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico, puede utilizar la información de salud protegida de mi familiar y/o mía, la cual fue brindada voluntariamente, con el propósito de llevar a cabo la evaluación de mi solicitud para el programa de Ayuda Económica a médicos de familia con problemas de salud y problemas económicos que los mismos brindan.

Al firmar este documento, yo consiento al uso de esta, y toda información adicional sometida por mi persona, única y exclusivamente para propósito de evaluación y determinación sobre el programa de Ayuda Económica al paciente. Estoy consciente que puedo revocar mi consentimiento por escrito, basándome en mi consentimiento previo.

Si decido no firmar esta hoja de consentimiento, la Fundación de la Academia de Médicos de Familia de Puerto Rico, no podrá tomar decisión de adjudicación de beneficios luego de ser evaluada mi solicitud.

Entiendo, que cualquier persona que viole este acuerdo está expuesta a recibir las penalidades que contemplan las leyes aplicables.

Yo, _____ consiento a que se utilice la

(Nombre del Paciente o Tutor Legal)

información provista para la evaluación y determinación del programa de Ayuda Económica.

Nombre del Paciente o Tutor Legal _____

Firma _____

Fecha _____

Este consentimiento es válido por tiempo indefinido o hasta que el paciente o tutor legal lo revoque por escrito.

Tel. 787-790-4735

[Email: fundacionamfpr@gmail.com](mailto:fundacionamfpr@gmail.com)

Dirección Fundación

PO Box 260272

San Juan, PR. 00926-2617