

**A. Persona que recibe la atención domiciliaria**

Nombre del beneficiario:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Condado donde vive:

Nombre del trabajador de cuidado personal:

Número de teléfono del trabajador de cuidado personal:

PARA: El lugar de vacunación

Soy la persona mencionada anteriormente y recibo servicios de cuidado personal debido a una discapacidad. No puedo realizar algunas actividades de la vida diaria sin ayuda, por lo cual, sin servicios de cuidado personal mi salud y seguridad estarían en peligro. Los trabajadores de cuidado personal dentro del programa de Servicios de apoyo en el hogar, así como las agencias de atención domiciliaria y de salud domiciliaria, se encuentran en la Fase 1.a del lanzamiento de la vacunación. Contraté al trabajador de cuidado personal mencionado anteriormente que cumple con las mismas calificaciones para la Fase 1.a.

Los trabajadores de cuidado personal permiten que las personas con discapacidades permanezcan seguras en su propio hogar al brindarles servicios para satisfacer necesidades domésticas y de cuidado personal que incluyen: limpieza, preparación de comidas, limpieza después de comidas, lavandería de rutina, compras de alimentos u otros artículos, asistencia con el cuidado de la respiración, el intestino y la vejiga, alimentación, baños en la cama, vestirse, cuidado menstrual, asistencia con la deambulación, traslados, baño y aseo, frotamiento y reposicionamiento de la piel, cuidado / asistencia de prótesis, acompañamiento a citas médicas / recursos alternativos, reducción de peligros en el jardín, limpieza profunda, supervisión para proteger (observar el comportamiento de una persona que no se auto dirige, está confundida, o tiene impedimentos mentales o cognitivos para intervenir según corresponda y protegerla de lesiones, peligros o accidentes) y servicios paramédicos (actividades que requieren de capacitación por un profesional de la salud con licencia, como administrar medicamentos, perforar la piel, etc., las cuales, una persona desempeñaría normalmente por sí misma si no tuviese limitaciones funcionales y que por su condición física o mental, son necesarias para su salud). Los trabajadores de cuidado personal brindan asistencia ya sea realizando los servicios enumerados anteriormente o de manera verbal (haciendo recordatorios o indicaciones sobre los mismos).

B. Certificación de la persona que recibe los servicios

La firma en este formulario es una declaración de que el beneficiario mencionado anteriormente requiere servicios de cuidado personal y que el trabajador de cuidado personal mencionado en esta página está contratado para proporcionar los servicios enumerados. Si el beneficiario no puede firmar, un representante puede firmar en su nombre.

Nombre:

Dirección:

Teléfono:

Fax #:

Firma del beneficiario:

Fecha:

Nombre del representante que firma en nombre del beneficiario:

Fecha:

Firma del representante:

Fecha: