

**BALTIMORE  
CITY HEALTH  
DEPARTMENT**



**Jose Jimenez, M.S.**

Program Administrator, Family Caregivers Program  
Division of Aging and Care Services  
Baltimore City Health Department  
417 E. Fayette Street 6 Fl  
Baltimore, MD 21202

Gracias por ponerse en contacto con el **Programa Nacional de Cuido y Apoyo de Familias** de el Departamento de Salud y Servicios a la Comunidad de la ciudad de Baltimore para ayuda con sus responsabilidades de cuido de su familia y amigos.

Por favor encuentre los formularios necesarios para poder procesar su petición para ayuda financiera. Complete las formas y regérelas a mi oficina cuanto antes posible. Esto toma aproximadamente de 4-6 semanas para procesar la petición y para que usted o un vendedor reciba un cheque. Por favor devuelva las formas con copias originales de recibos/cuentas.

Si usted tiene alguna pregunta en cuanto a esta petición o tiene una necesidad de otros servicios, por favor de llame al (410) 396-1337

Sinceramente,

José Jiménez, MHA  
Director del proyecto

*Ayudando a personas mayores vivir mejor en Baltimore un día a la vez*

## **Programa Nacional de Cuido y Apoyo de Familias** *Family Caregiver Grant Request*

El Programa Nacional de Cuido y Apoyo de Familias proporciona ayuda financiera para ayudar a personas que den cuidado pagar por servicios de respiro o servicios suplementales. Esta ayuda es para proveer mas apoyo y engrandecer existentes programas de soporte y debería ser para su ventaja. El pago puede ser directamente a usted, el cuidador, para alquilar a proveedores de cuidado para servicios de plazo o reembolsarle por los gastos de bolsillo relacionados con su papel como un cuidador. Actualmente la ayuda es limitada a 550 dólares por cuidador por un año. Esta limitación es sujeta a la disponibilidad de fondos.

### **Personas Elegible:**

- Personas que proveen cuidado a personas mayores de 60 anos.
- Abuelos de edad 60 años o más que proveen cuidado a niños no más de 18 años (incluyendo abuelos que sean la única persona que provee cuidado de nietos e individuos que son afectados por retraso mental o tienen incapacidades de desarrollo).
- Usted o la persona que cuida necesita ser residente de la ciudad de Baltimore.

### **Como Aplicar:**

Lame al Departamento de Comisión de Envejecimiento y Educación de Jubilación 410-396-1337 pregunte por el señor José Jiménez. Por favor llene el formulario de ayuda financiera para usted y la persona que usted cuida completamente. La verificación de gastos debe ser acompañada con recibos y la petición. Esto significa que usted debe atar un recibo, o una factura que muestra como el dinero era o será gastado. Usted o el vendedor deben completar el formulario W-9 (ver atado) antes de que la petición pueda ser procesada y el pago desembolsado. Una vez que todas las formas sean recibidas, esto tomará aproximadamente 4-6 semanas para recibir un cheque. Por favor mande todos los documentos, información y preguntas a:

#### **Jose Jimenez, M.S.**

Program Administrator, Family Caregivers Program  
Division of Aging and Care Services  
Baltimore City Health Department  
417 E. Fayette Street 6 Fl  
Baltimore, MD 21202  
[jose.jimenez@baltimorecity.gov](mailto:jose.jimenez@baltimorecity.gov)  
Phone: 410-396-1337  
Website: [health.baltimorecity.gov](http://health.baltimorecity.gov)  
Twitter: @Bmore\_Healthy

[Read our White Paper on the State of Health in Baltimore](#)

**Programa Nacional de Cuido y Apoyo de Familias**  
*Family Caregiver Grant Request*

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de La persona en cuidado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Zona Postal: \_\_\_\_\_ Numero de Social/Tin # \_\_\_\_\_

¿Cual es el ingreso de la persona en cuidado?: Menos \$749/M o \$8,980/Y SI NO

Razón por la que necesita ayuda: Sea especifico \_\_\_\_\_

Total de la Ayuda \$ \_\_\_\_\_ Día de Servicio (si es aplicable): \_\_\_\_\_

**Información para el Pago**

Nombre de la persona/ Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_

Program Approval Signature: \_\_\_\_\_

**Información del proveedor de cuidado:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: M o F \_\_\_\_\_ Numero Social: \_\_\_\_\_ ¿Es el cuidador un abuelo? Si \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Cual es la relación a la persona que cuida? \_\_\_\_\_

¿Cual es la raza del proveedor de cuidado?

\_\_\_\_\_ Africano Americano \_\_\_\_\_ Origen Hispano  
\_\_\_\_\_ American Indian/Native Alaskan  
\_\_\_\_\_ Asian American/ Pacific Islander  
\_\_\_\_\_ Caucasian \_\_\_\_\_ Other

Dirección del Proveedor de cuidado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona postal: \_\_\_\_\_

telephone #: \_\_\_\_\_

Completador Por:

FECHA:

**FORMA DE VERIFICACIÓN DE ESTADO MÉDICA**

Nombre del Doctor .....

Derecion.....

.....

Tel.....

**Nombre del cliente:**.....

**Estado Medico**

**Por favor provee el estado medico de la persona que usted cuidad**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Firma del Doctor**.....

**Titulo**.....**Fecha**.....

**Si usted tiene alguna pregunta por favor llame a José Jiménez al 410-396-1337**

Gracias,

**Jose Jimenez, M.S.**

Program Administrator, Family Caregivers Program  
Division of Aging and Care Services  
Baltimore City Health Department  
417 E. Fayette Street 6 Fl  
Baltimore, MD 21202

[jose.jimenez@baltimorecity.gov](mailto:jose.jimenez@baltimorecity.gov)

Phone: 410-396-1337

Website: [health.baltimorecity.gov](http://health.baltimorecity.gov)

Twitter: @Bmore\_Healthy

[Read our White Paper on the State of Health in Baltimore](#)