



STATEMENT OF THE NEED FOR CARE (DECLARACIÓN DE NECESIDAD DE CUIDADO)

Nombre del Cuidador: _____

Número de Caso: _____

Parte A: Declaración del Cuidador (Para que complete el Cuidador)

Relación con la Persona Discapacitada: _____

La presente certifica que brindo cuidado a (*nombre*) _____.

Comencé a brindar cuidado personal a esta persona discapacitada el _____
(Fecha)

Por favor, conteste las siguientes preguntas relativas a la persona discapacitada.

- ¿ Vive la persona discapacitada en su casa? Sí No
- ¿ Es necesaria su presencia física en la casa para brindar cuidado personal, supervisar o coordinar los servicios que se deben dar a la persona discapacitada? Sí No
- ¿ Existe alguna alternativa para el cuidado de la persona discapacitada? Sí No

Nombre en imprenta

Fecha

Part B: Physician's Statement (Physician Completes)

This certifies that (*name*) _____, whose primary diagnosis is (*use ICD-10-CM code*) _____ is temporarily or permanently disabled to the extent that personal care is required.

The need for care began on or about _____ and may last through _____.
(Date) (Date)

State License #: _____ State License Issued: _____

Signature

Date

Phone Number

Print Name

Address, City, State, and Zip Code

Por favor, devuelva el formulario completo y firmado a la oficina local del Departamento de Niños y Familias en:

Especialista en Elegibilidad: _____ Fecha: _____