

New England Healthcare Solutions LLC

1985 Main Street, Suite 207, Springfield, MA 01103 · (413) 784-5099 · referrals@nehcsolutions.com

Fax seguro: **(888) 801-3216**

Respuesta en un día hábil

Referencia a Adult Foster Care / Group Adult Foster Care

1 · PROGRAMA AL QUE SE REFIERE

- ☐ Adult Foster Care — 16 años o más ☐ Group Adult Foster Care — 22 años o más ☐ No estoy seguro — por favor asesórenme

AFC exige que el miembro y el cuidador remunerado vivan juntos en una vivienda particular; un cónyuge o tutor legal no puede ser el cuidador remunerado. GAFC exige MassHealth Standard o CommonHealth y una vivienda aprobada. La elegibilidad está sujeta a la verificación de MassHealth y del plan de salud; la aprobación no está garantizada.

2 · INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

NOMBRE DEL MIEMBRO

FECHA DE NACIMIENTO

TELÉFONO

MEJOR HORA PARA LLAMAR

DIRECCIÓN

CIUDAD O PUEBLO

CÓDIGO POSTAL



Cookies en este sitio

Usamos cookies esenciales para que el sitio funcione. Con su permiso, también nos gustaría medir qué páginas ayudan más a las familias. Nunca enviamos el contenido de nuestro formulario de contacto, ningún detalle de salud ni su información personal a servicios de análisis o publicidad. Consulte nuestra [Política de privacidad](#).

Aceptar cookies de análisis

Solo cookies esenciales

TELÉFONO DEL CONTACTO

CORREO ELECTRÓNICO DEL CONTACTO

CUIDADOR DE AFC PROPUESTO (SI LO HAY) Y SU RELACIÓN

No el cónyuge ni el tutor legal del miembro

☐ El cuidador propuesto ya vive con el miembro

☐ El miembro vive en una vivienda para personas mayores o con apoyo

4 • NECESIDADES DE CUIDADO

Marque cada actividad de la vida diaria en la que el miembro necesita asistencia física, orientación verbal o supervisión.

☐ Bañarse

☐ Vestirse

☐ Usar el baño

☐ Movilidad y traslados

☐ Comer

☐ Recordatorios de medicamentos

☐ Arreglo personal

☐ Supervisión por seguridad

☐ Preparación de comidas

DIAGNÓSTICOS RELEVANTES

Solo por fax

HOSPITALIZACIÓN RECIENTE / FECHA DE ALTA

MÉDICO DE CABECERA Y TELÉFONO

5 • PROFESIONAL QUE REFIERE

SU NOMBRE

CARGO O PUESTO

ORGANIZACIÓN

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

FECHA DE LA REFERENCIA



Cookies en este sitio

Usamos cookies esenciales para que el sitio funcione. Con su permiso, también nos gustaría medir qué páginas ayudan más a las familias. Nunca enviamos el contenido de nuestro formulario de contacto, ningún detalle de salud ni su información personal a servicios de análisis o publicidad. Consulte nuestra [Política de privacidad](#).