



2026–2027 Vale de Respiro para Personas Cuidadoras a lo Largo de la Vida

El respiro es un descanso breve para las personas cuidadoras de sus responsabilidades de cuidado. Este programa brinda apoyo para personas que no califican para otros servicios de respiro o cuidado de ningún tipo. Este programa le proporciona un vale de respiro, como persona cuidadora, para que pueda tomar un descanso.

Este programa es autodirigido. Eso significa que usted y su persona receptora de cuidados (cuando sea posible) eligen el tipo de respiro que desean. Puede elegir amistades/familiares, un programa diurno o recibir cuidado de una agencia de salud en el hogar.

Elegibilidad – La Persona Receptora de Cuidados Debe Cumplir con Todos los Siguietes Criterios:

- Tener un diagnóstico de demencia, Parkinson, lesión cerebral traumática, enfermedad neurodegenerativa o mostrar deterioro cognitivo moderado (en espera de diagnóstico) y;
- Necesitar asistencia con dos o más actividades de la vida diaria, tales como: uso del baño, comer, bañarse, vestirse/aseo personal, movilidad, transferencias, y;
- Tener 60 años o más, A MENOS QUE tenga:
 - diagnóstico de demencia de inicio temprano, Parkinson, lesión cerebral traumática o enfermedad neurodegenerativa (por ejemplo, Huntington, Esclerosis Múltiple). Debe tener más de 18 años.
- No estar recibiendo otros servicios pagados de respiro/cuidado provenientes de fondos gubernamentales o de seguros, y;
- Proveer identificación con foto, vivir en Nuevo México y vivir en su hogar o en el hogar de la persona cuidadora.

La Persona Cuidadora Debe Cumplir con Todos los Siguietes Criterios:

- Ser la persona cuidadora principal y proporcionar más de 16 horas de cuidado por semana.
- Proveer un formulario de verificación de necesidades médicas para su persona receptora de cuidados o prueba de diagnóstico (como notas de una visita médica, notas de cuidado).
- Completar la encuesta de carga del cuidador Zarit al momento de la solicitud y 90 días después de recibir el vale.
- Entregar una hoja de tiempo completa y firmada, proporcionada por la Coalición de Personas Cuidadoras de Nuevo México / Oficina de la Enfermedad de Alzheimer y Cuidado de la Demencia.
- Completar y entregar la encuesta para personas cuidadoras proporcionada por la Coalición de Personas Cuidadoras de Nuevo México / Oficina de la Enfermedad de Alzheimer y Cuidado de la Demencia.
- Proveer identificación con foto y vivir en Nuevo México.
- El vale debe utilizarse dentro de 90 días.
- Solo se emitirá un vale por hogar.

Preguntas? Escriba a Respite@nmdcc.org o llame a Andrea al 505-867-6046

Vigente 10/2026



2026–2027 Solicitud de Respiro para Personas Cuidadoras a lo Largo de la Vida

Información de la Persona Receptora de Cuidados

Nombre _____
Dirección _____
Ciudad _____ Condado _____ Código Postal _____
Fecha de nacimiento _____ SSN _____
Teléfono del hogar _____ Raza/Etnicidad _____ Género _____

Información de la Persona Cuidadora Principal (Participante)

Nombre _____ Número y tipo de identificación _____
Dirección _____
Ciudad _____ Condado _____ Código Postal _____
Teléfono del hogar _____ Teléfono celular _____ Correo electrónico _____
Raza/Etnicidad _____ Género _____

Relación con la persona receptora de cuidados: Casado/a ☐ Pareja doméstica: Viven juntos ☐ Viven separados ☐ Padre/Madre ☐ Hijo/a ☐ Hermano/a ☐ Otro, especifique: _____

Trabajo: Empleo de tiempo completo ☐ Empleo de medio tiempo ☐ Discapacidad ☐ Jubilado/a ☐ Sin empleo ☐

¿Disminuyó sus horas de trabajo para proporcionar cuidado? Sí ☐ No ☐ ¿Renunció a su empleo para proporcionar cuidado? Sí ☐ No ☐

¿Está criando niños menores de 18 años? Sí ☐ No ☐

Razón para solicitar respiro (marque todas las que correspondan): Para prevenir agotamiento ☐
Estoy empezando a agotarme ☐ Estoy agotado/a ☐ Mi salud física y/o mental se está viendo afectada ☐
Normalmente no puedo pagar respiro ☐

Necesito tiempo para mí para (marque todas las que correspondan): Descansar/dormir ☐ Hacer ejercicio ☐
☐ Hacer mandados/tareas/citas ☐ Hacer algo divertido/significativo/especial que disfruto ☐

Preguntas? Escriba a Respite@nmdcc.org o llame a Andrea al 505-867-6046

Vigente 10/2026



Evaluación Previa de Carga del Cuidador – Zarit

Nombre de la persona cuidadora: _____

Fecha: _____

La siguiente es una lista de afirmaciones que reflejan cómo se sienten las personas a veces cuando cuidan de otra persona. Debe completar esta evaluación previa como condición para recibir el vale.

Si prefiere completarla electrónicamente, vaya a: <https://forms.gle/cKxMQ2wY3DT4G3me7>

Después de leer cada afirmación, indique con qué frecuencia experimenta esos sentimientos, marcando el número que mejor corresponda.

	Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1) ¿Siente que, debido a su familiar, no tiene suficiente tiempo para usted?	0	1	2	3	4
2) ¿Se siente estresado/a entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades (trabajo, hogar)?	0	1	2	3	4
3) ¿Se siente tenso/a cuando está cerca de su familiar?	0	1	2	3	4
4) ¿Se siente inseguro/a sobre qué hacer respecto a su familiar?	0	1	2	3	4

Nota: La evaluación previa puede completarse en línea en: <https://forms.gle/cKxMQ2wY3DT4G3me7>

Se requerirá una evaluación posterior 90 días después de recibir su vale. Debe completarla para seguir siendo elegible para futuros programas.

Envíe su solicitud, evaluación previa (a menos que la complete en línea), notas de cuidado de una visita reciente (o el Formulario de Verificación de Necesidades Médicas para el Vale de Respiro) a:

New Mexico Caregivers Coalition, P.O. Box 297, Bernalillo, NM 87004 o por correo electrónico a

respite@nmdcc.org

Preguntas? Escriba a Respite@nmdcc.org o llame a Andrea al 505-867-6046

Vigente 10/2026



**Verificación de Necesidades Médicas para el Vale de Respiro
(para usarse si no hay notas de visita médica disponibles)**

Estimado/a proveedor/a:

La persona cuidadora principal de su cliente/paciente está solicitando un vale de respiro. Este programa puente proporciona un vale para personas cuidadoras que no reciben ningún tipo de financiamiento para pagar servicios de respiro.

Requerimos que este formulario sea completado por los profesionales indicados para verificar demencia, Parkinson, lesión cerebral traumática O deterioro cognitivo severo que aún no ha sido diagnosticado o está en proceso de diagnóstico. La persona receptora de cuidados debe necesitar asistencia con dos o más actividades de la vida diaria (ADLs) también.

Nombre del paciente/cliente: _____

Nombre de la persona cuidadora: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Correo electrónico _____

Marque el diagnóstico: Alzheimer ☐ Vascular ☐ Cuerpos de Lewy ☐ Mixto ☐ Parkinson ☐ Lesión cerebral traumática ☐ Otro _____

Degeneración frontotemporal: Conductual ☐ Afasia progresiva primaria ☐ Trastorno del movimiento ☐

Marque toda asistencia con ADLs que corresponda: Uso del baño ☐ Baño ☐ Vestirse/Aseo ☐ Caminar ☐ Comer ☐ Transferencias/Movilidad ☐

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA SOLO POR UNO DE LOS SIGUIENTES: MÉDICO, ENFERMERO PRACTICANTE, TRABAJADOR SOCIAL, NAVEGADOR DE CUIDADOS o ADMINISTRADOR DE CASOS

Nombre y profesión del proveedor: _____

Agencia: _____

Dirección y teléfono del proveedor: _____

Firma y fecha: _____

Preguntas? Escriba a Respite@nmdcc.org o llame a Andrea al 505-867-6046

Vigente 10/2026



Hojas de Tiempo

(requeridas después de recibir el vale para comprobar que los fondos se usaron para cuidado de respiro)

Complete y envíe a Respite@nmdcc.org. Las hojas de tiempo son necesarias para seguir siendo elegible para futuros programas.

Hoja de Tiempo 1

Fecha _____ Número de horas de respiro proporcionadas _____ Monto pagado _____

Marque el tipo de respiro recibido: En el hogar: Familia/Amigo ☐ Profesional ☐

Fuera del hogar: Casa de familia/amigo ☐ Centro diurno ☐

Proveedor de respiro: Imprimir y firmar nombre _____

Nombre de la agencia (si aplica) _____ Nombre del centro diurno (si aplica) _____

Firma de la persona cuidadora _____

Hoja de Tiempo 2

Fecha _____ Número de horas de respiro proporcionadas _____ Monto pagado _____

Marque el tipo de respiro recibido: En el hogar: Familia/Amigo ☐ Profesional ☐

Fuera del hogar: Casa de familia/amigo ☐ Centro diurno ☐

Proveedor de respiro: Imprimir y firmar nombre _____

Nombre de la agencia (si aplica) _____ Nombre del centro diurno (si aplica) _____

Firma de la persona cuidadora _____

Hoja de Tiempo 3

Fecha _____ Número de horas de respiro proporcionadas _____ Monto pagado _____

Marque el tipo de respiro recibido: En el hogar: Familia/Amigo ☐ Profesional ☐

Fuera del hogar: Casa de familia/amigo ☐ Centro diurno ☐

Proveedor de respiro: Imprimir y firmar nombre _____

Nombre de la agencia (si aplica) _____ Nombre del centro diurno (si aplica) _____

Firma de la persona cuidadora _____

Preguntas? Escriba a Respite@nmdcc.org o llame a Andrea al 505-867-6046

Vigente 10/2026