

# Suplemento para assistentes de cuidados pessoais



Preencha em letra de forma legível. Preencha todas as seções. Se você precisar de mais espaço para terminar qualquer seção deste formulário, use uma folha separada (inclua nome e número de seguro social) e anexe-a a este formulário.

**Enviar para:** MassHealth Enrollment Center  
PO Box 4405  
Taunton, MA 02780

**Ou enviar por fax para:** (857) 323-8300

## Informações do solicitante/membro

Sobrenome	Nome	Nome do meio	Telefone ( )
Número de seguro social	Data de nascimento (mm/dd/aaaa)		Gênero <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço principal	Cidade	Estado	CEP

## Informações sobre seus problemas de saúde

Liste e descreva abaixo todos os seus problemas médicos e de saúde mental. Inclua qualquer coisa que dificulte as atividades diárias, como tomar banho, comer, ir ao banheiro, vestir-se, etc., mesmo que não esteja recebendo tratamento para o problema.

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Informações sobre as atividades diárias para as quais você precisa de ajuda física (prática)

Informe no quadro abaixo se precisar de ajuda de outra pessoa para realizar as seguintes atividades diárias. Se você marcar **Sim** em algum dos itens abaixo, informe com que frequência você precisa de ajuda.

Atividade diária	Você precisa de ajuda?	Quantas vezes por dia você precisa de ajuda?	Quantos dias por semana você precisa de ajuda?
Mobilidade (mover-se da cama para a cadeira, andar ou usar equipamento médico aprovado)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Tomar medicamentos	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Banho (banheira, banho na cama, chuveiro ou cadeira de banho) ou higiene geral (como escovar os dentes ou pentear o cabelo)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Vestir-se/tirar a roupa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Exercícios de amplitude de movimento (exercitar as articulações ao movê-las)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Alimentação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Ir ao banheiro (como entrar ou sair do banheiro, limpar-se, tirar e vestir a roupa ou trocar fraldas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

## Informações do cuidador

Informe o(s) nome(s) e o parentesco com você da(s) pessoa(s) que o ajuda(m) no momento.

Nome do cuidador	Parentesco ou relação (parente, vizinho, assistente de cuidados pessoais)
Nome do cuidador	Parentesco ou relação (parente, vizinho, assistente de cuidados pessoais)

Certifico, sob pena de perjúrio, que as informações contidas neste formulário estão corretas e completas tanto quanto é do meu conhecimento. **Se você estiver agindo em nome de alguém ao preencher este formulário, um Formulário de designação de representante autorizado também deverá ser preenchido e enviado com este formulário. Sua assinatura neste formulário como representante autorizado verifica que as informações neste formulário estão corretas e completas tanto quanto é do seu conhecimento.**

X \_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante/membro ou representante autorizado

\_\_\_\_\_ Nome em letra de forma

\_\_\_\_\_ Data