Observação. Este documento foi formatado para uso com leitores de tela.

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.

Send to**:** MassHealth Enrollment Center

P.O. 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 M 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.

1.

2.

3.

# 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.

Mobilidade (mover-se da cama para a cadeira, andar ou usar equipamento médico aprovado)  
Você precisa de ajuda? SIm Não  
Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?   
Quantos **dias por semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária. Tomar medicamentos. Você precisa de ajuda? SIm Não  
Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?   
Quantos **dias por semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária. Banho (banheira, banho na cama, chuveiro ou cadeira de banho) ou higiene geral (como escovar os dentes ou pentear o cabelo).  
Você precisa de ajuda? SIm Não  
Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?   
Quantos **dias por semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária. Vestir-se/tirar a roupa. Você precisa de ajuda? SIm Não  
Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?   
Quantos **dias por semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária. Exercícios de amplitude de movimento (exercitar as articulações ao movê-las). Você precisa de ajuda? SIm Não  
Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?   
Quantos **dias por semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária. Alimentação. Você precisa de ajuda? SIm Não  
Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?   
Quantos **dias por semana** você precisa de ajuda?

Atividade diária. Ir ao banheiro (como entrar ou sair do banheiro, limpar-se, tirar e vestir a roupa ou trocar fraldas).   
Você precisa de ajuda? SIm Não  
Quantas vezes por **dia** você precisa de ajuda?   
Quantos **dias por semana** você precisa de ajuda?

# 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 conhecimentoa.

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.

Assinatura do solicitante/membro ou representante autorizado

Nome em letra de forma

Data

PCA-SUPP-PT-BR-1118

Fim do documento.