


SOLICITUD DEL PROGRAMA DE SUBSIDIO LIFESPAN RESPITE

(Ver instrucciones. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud: llame al 1-866-737-7483 a un Coordinador de Respite Network local). ¿Necesita un intérprete? Sí No
 En caso afirmativo, ¿qué idioma habla? _____

Sección 1: INFORMACIÓN DEL RECEPTOR DE CUIDADOS (Persona con necesidades especiales que requiere cuidados continuos.)

 Adjunte la documentación que respalde la solicitud de relevo (por ejemplo, una carta del terapeuta o del proveedor de atención médica, informes médicos actuales o el PEI).

Nombre del receptor de cuidados:	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
----------------------------------	----------------------	---

Condiciones de vida: <input type="checkbox"/> Con el cuidador en casa del receptor de cuidados <input type="checkbox"/> Con el cuidador en casa del cuidador <input type="checkbox"/> Con otros familiares o amigos <input type="checkbox"/> Vive solo(a)	Número de Seguro Social:
---	--------------------------

Estado de ciudadanía del receptor de cuidados:
 Ciudadano de los Estados Unidos Soy un extranjero calificado bajo la Ley de Inmigración y Nacionalidad.

Dirección postal:

Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
---------	---------	----------------	----------

¿Necesita el beneficiario de los cuidados ayuda para alguna actividad de autocuidado?

Bañarse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ir al baño	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Aseo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vestirse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trasladarse	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Movilidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caminar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Marque todas las necesidades experimentadas por el Receptor de Cuidados que requieran supervisión:

<input type="checkbox"/> Deterioro cognitivo o demencia	<input type="checkbox"/> Limitaciones funcionales debidas al envejecimiento	<input type="checkbox"/> Discapacidad física
<input type="checkbox"/> Dificultades de comportamiento	<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del desarrollo	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental	

Describe las necesidades especiales del receptor de cuidados, como las rutinas de cuidado diario que requieren apoyo adicional:
 (Respuesta obligatoria)

Alto riesgo de colocación fuera de casa/centro de atención (como una residencia de ancianos, un centro de acogida, una institución de salud mental, un hogar de grupo): Sí No

Sección 2: INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRIMARIO (Padre, madre, cónyuge, otro familiar o amigo que proporciona cuidados continuos.)

Nombre del representante autorizado: (Cuidador principal de la familia)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Edad: <input type="checkbox"/> 18 años y menos <input type="checkbox"/> 19-59 <input type="checkbox"/> 60-75 <input type="checkbox"/> 76+
---	--	---

El cuidador es:

<input type="checkbox"/> Padre/madre adoptivo(a)	<input type="checkbox"/> Amigo(a)	<input type="checkbox"/> Tutor legal	<input type="checkbox"/> Compañero(a)
<input type="checkbox"/> Padre, madre biológico(a)	<input type="checkbox"/> Padre/madre de acogida	<input type="checkbox"/> Hermano(a)	<input type="checkbox"/> Poder notarial
<input type="checkbox"/> Hija/hijo	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Cónyuge	

Número de teléfono fijo:	Número de teléfono móvil:	Consentimiento de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compañía telefónica:
--------------------------	---------------------------	--

Consentimiento para contactar por correo electrónico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Correo electrónico del cuidador:
---	----------------------------------

Prefiere la comunicación a través de: Correo electrónico Correo electrónico y texto Correo Correo y texto

Tiempo que se dedica a cuidar a los niños cada semana: <input type="checkbox"/> 5 - 10 horas <input type="checkbox"/> 11 - 20 horas <input type="checkbox"/> Tiempo completo 24/7	En qué medida está usted "estresado" como consecuencia del cuidado del receptor de cuidados: <input type="checkbox"/> Nada estresado <input type="checkbox"/> Ligeramente estresado <input type="checkbox"/> Moderadamente estresado <input type="checkbox"/> Muy estresado <input type="checkbox"/> Extremadamente estresado
Salud del cuidador en el momento de la solicitud (marque una): <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Crítica	
Cuidador empleado: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Sin empleo o jubilado	

En los últimos seis meses, ¿uno o más cuidadores familiares han tenido que faltar al trabajo debido a las responsabilidades no remuneradas del cuidado familiar? Sí No Cuidador principal no empleado

En caso afirmativo, cuántos días ha perdido:

Información militar:

¿Hay algún miembro de la familia que esté en activo o en la reserva en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? Sí No

¿Ha servido usted o algún miembro de su familia en alguna rama del ejército? Sí No

En caso afirmativo, facilite a continuación los datos de esta(s) persona(s).

Nombre de la persona en el ejército o del cónyuge o hijo de un veterano:	Él/ella es un(a):
	<input type="checkbox"/> Veterano(a) <input type="checkbox"/> Activo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge del(de la) veterano(a) <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Hijo(a) de veterano (18 años o menos)
	<input type="checkbox"/> Veterano(a) <input type="checkbox"/> Activo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge del(de la) veterano(a) <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Hijo(a) de veterano (18 años o menos)
	<input type="checkbox"/> Veterano(a) <input type="checkbox"/> Activo(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge del(de la) veterano(a) <input type="checkbox"/> Reserva <input type="checkbox"/> Hijo(a) de veterano (18 años o menos)

El receptor de cuidados, de 18 años o menos, tiene un progenitor que vive fuera de casa: Sí No

Sección 3: CONDICIONES DE VIDA (Enumere todos los que viven en el hogar del Receptor de Cuidados):

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación con el Receptor de Cuidados:

(Si el receptor de cuidados recibe beneficios a través de los programas SNAP o MEDICAID NON-MAGI, pase a la sección 7)

Sección 4: RECURSOS/ACTIVOS

¿Usted o alguien en el hogar tiene algo de lo siguiente? Sí No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda y enumere los recursos/activos en la tabla siguiente.

- Efectivo
- Cuentas corrientes y de ahorro
- Certificados de depósito (CD)
- Fondos de inversión
- Herencia
- 401(K)
- Otros recursos
- Cuentas de jubilación
- Acciones / Bonos
- Anualidades
- Cuentas de la educación
- Propiedad (terreno, casas)
- Fideicomisos de entierro
- Disposiciones de entierro
- Fideicomisos

Nombre(s) en la cuenta:	Qué tienen:	Monto en la cuenta:	Nombre(s) en la cuenta:	Qué tienen:	Monto en la cuenta:

Sección 5: INGRESOS (Indique todos los ingresos brutos (antes de las deducciones). En el caso de las personas que hayan cumplido 19 años, sólo se enumerarán los ingresos del solicitante y de su cónyuge. En el caso de los menores de 19 años, se indicarán los ingresos del solicitante y los ingresos imposables del progenitor(es) que ejercen la custodia. 464 NAC 1.011.02(A))

Tipo de ingresos:	Cantidad:	Frecuencia con que se recibe:	Quién lo recibe:
<input type="checkbox"/> Salarios: <input type="checkbox"/> Trabajadores independientes: <i>(Los trabajadores independientes deben adjuntar la verificación de ingresos del IRS)</i>			
<input type="checkbox"/> Seguro de Discapacidad de la Seguridad Social (SSDI)			
<input type="checkbox"/> Jubilación de la Seguridad Social			
Tipo de ingresos:	Cantidad:	Frecuencia con que se recibe:	Quién lo recibe:
<input type="checkbox"/> Pensión de jubilación de la SS: <input type="checkbox"/> Manutención infantil: <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia:			
Otros:			

Sección 6: GASTOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD (Sólo gastos no reembolsados)

Enumera los gastos relacionados con la discapacidad que no están cubiertos por ninguna otra fuente y que el Receptor de Cuidados debe pagar en el plazo de un año. Ejemplos de gastos: visitas al médico, recetas, productos para la incontinencia de adultos, transporte médico, sillas de ruedas, ascensores, préstamos para modificaciones arquitectónicas. No incluya los gastos de otros miembros de la familia:

Gastos:	Costo:	Frecuencia:

Sección 7: DEMOGRAFÍA OPCIONAL

Etnia:	Carrera:
<input type="checkbox"/> No es de origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro/Desconocido

SECCIÓN 8: ACUERDO Y FIRMA

Entiendo que mis declaraciones pueden ser comprobadas y que si he dado declaraciones o información falsa, puedo ser declarado culpable de fraude.

Entiendo que siempre que haya cambios en la información que he dado, debo reportarlos inmediatamente al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, Coordinador del Programa de Subsidio Respite.

Entiendo que si no considero que mi solicitud se ha tramitado correctamente, tengo derecho a presentar una apelación.

Entiendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Nebraska puede necesitar ponerse en contacto con otras agencias e individuos para determinar mi elegibilidad financiera y para verificar mi necesidad de la ayuda para la que estoy solicitando, o para hacer referencias para ayudarme a obtener servicios. Autorizo la divulgación de esta información confidencial.

Entiendo que los pagos de los beneficios pueden retrasarse si no proporciono el Número de Seguro Social del Receptor de Cuidados.

Entiendo que mi respuesta y la información proporcionada en este formulario y en cualquier solicitud de beneficios públicos relacionada son verdaderas, completas y exactas y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos.

Firma del receptor de cuidados de adultos o del representante autorizado:	Fecha:
---	--------

Firma de la persona que ayudó a llenar esta solicitud, si procede:

Relación con el Receptor de Cuidados:	Teléfono del ayudante:	Correo electrónico del ayudante:
---------------------------------------	------------------------	----------------------------------

Sección 9: FUENTE DE REFERENCIA (Quién le habló del programa)

Nombre/Título:	Organización/organismo o relación con el receptor de cuidados:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:
Teléfono:	Correo electrónico:	

 Envíe la solicitud cumplimentada y la documentación justificativa a:

Correo electrónico: (recomendado)	dhhs.respite@nebraska.gov	Correo:	DHHS Programa de Subsidio Lifespan Respite P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
Fax:	(402) 742-8356		
Trabajador(a) de servicios sociales:	(402) 471-9188		
Coordinador de Respite Local:	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		

INSTRUCCIONES:


Instrucciones para rellenar el formulario CFS-1400, "Solicitud del Programa de Subsidio Lifespan Respite"

Utilización: El formulario CFS-1400 se utiliza como una solicitud para determinar la elegibilidad para los beneficios del Programa de Subsidio Lifespan Respite.

El personal del programa utilizará el formulario para recopilar los datos necesarios para determinar la elegibilidad de los servicios de relevo. También sirve para dar información cuando se necesita información adicional para determinar la elegibilidad. Este programa paga los servicios de relevo para dar un descanso temporal al cuidador principal. Por relevo se entiende la provisión de un alivio a corto plazo a los cuidadores primarios de las exigencias del cuidado continuo de una persona con necesidades especiales. El cuidado continuo significa la supervisión/cuidado a tiempo completo de una persona con necesidades especiales. Referencia del Manual DHHS 464 NAC 1.001.01, 464 NAC 1.009 y 464 NAC 1.010. NO es para las personas que reciben servicios de relevo de otro programa gubernamental.

Finalización: El personal del programa utilizará los datos para determinar la elegibilidad. La información incompleta puede retrasar la determinación de la elegibilidad. La solicitud debe estar firmada y fechada por el Receptor de Cuidados Adultos o su representante autorizado.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL RECEPTOR DE CUIDADOS (Persona con necesidades especiales que requiere cuidados continuos a tiempo completo:) Introduzca el nombre, la fecha de nacimiento, el sexo, las condiciones de vida, el número de la seguridad social, la condición de ciudadano, la dirección, la ciudad y el estado, código postal y condado del Receptor de Cuidados. Marque todas las casillas que correspondan.

 Adjunte la documentación que respalde la solicitud de relevo (por ejemplo, una carta del terapeuta o del proveedor de atención médica, informes médicos actuales o el PEI).

Alto riesgo de colocación fuera de casa/centro de atención: Marque la casilla que corresponda.

Sección 2: INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL (Padre, madre, cónyuge, otro familiar o amigo que proporciona cuidados continuos:) Introduzca el nombre del cuidador. Marque todas las casillas que correspondan en cuanto a género, edad y función(es). Introduzca los números de teléfono de casa, del móvil y del trabajo.

Consentimiento para msj. de texto: Marque la casilla que corresponda. En caso afirmativo, indique su operador de telefonía móvil.

Contacto por correo electrónico: Marque la casilla si el personal del programa puede ponerse en contacto con usted por correo electrónico. Introduzca una dirección de correo electrónico.

Tiempo semanal dedicado al cuidado de personas: Marque la casilla que corresponda.

Nivel de estrés: Marque la casilla que corresponda.

Preferencia de comunicación: Marque la casilla que corresponda.

Salud del cuidador: Marque la casilla que corresponda.

Situación laboral: Marque la casilla que corresponda.

Trabajo perdido: Marque la casilla que corresponda. Indique el número de días perdidos.

Sección 3: CONDICIONES DE VIDA: Enumere a todos los que viven en el hogar. Asegúrese de incluir la fecha de nacimiento de todos y la relación con el Receptor de Cuidados.

Si el Receptor de Cuidados recibe Medicaid, SNAP, ADC, discapacidad estatal o AABD, pase a la sección 7 (Datos demográficos opcionales).

Sección 4: RECURSOS / ACTIVOS: *El personal del programa puede pedirle que verifique los recursos/activos para cumplir con los estatutos estatales, los requisitos administrativos y de auditoría definidos para demostrar la elegibilidad de la necesidad financiera del cliente para el uso de los fondos del programa. La falta de respuesta o el suministro de información incompleta puede causar un retraso en la determinación de la elegibilidad.

Marque todas las casillas que correspondan. Enumere la(s) persona(s) que tiene(n) los fondos comprobados y el monto de cada uno. Enumere todos los recursos líquidos, incluido el efectivo en mano, las cuentas corrientes y de ahorro, los certificados de depósito, las acciones, los bonos, el valor en efectivo de los seguros de vida, los fondos IRA y Keogh, etc. Estos datos se utilizarán como otro factor de elegibilidad.

Sección 5: INGRESOS: *El personal del programa puede pedirle que verifique los recursos/activos para cumplir con los estatutos estatales, los requisitos administrativos y de auditoría definidos para demostrar la elegibilidad de la necesidad financiera del cliente para el uso de los fondos del programa. La falta de respuesta o el suministro de información incompleta puede causar un retraso en la determinación de la elegibilidad.

Utilice más papel si no hay suficiente espacio para sus respuestas en esta solicitud.

Salarios y/o trabajo por cuenta propia: Enumere los salarios brutos actuales de la familia (antes de impuestos y deducciones) o el trabajo por cuenta propia por monto, frecuencia y quién lo recibe.

Manutención infantil, pensión alimenticia: Indique el monto, la frecuencia y quién la recibe.

Sección 6: GASTOS RELACIONADOS CON LA DISCAPACIDAD: Enumere todos los gastos relacionados con la discapacidad pagados en nombre del Receptor de Cuidados en un año. No incluya los montos cubiertos por el seguro u otro(s) programa(s) de beneficios. La información que figura aquí se tendrá en cuenta para ver si el gasto puede no tenerse en cuenta en los ingresos. Debe incluir cosas como los gastos de bolsillo por recetas, modificaciones en el hogar, pañales para personas mayores de 3 años, etc.

Opcional Raza y etnia: Marque todas las casillas que correspondan.

SECCIÓN 7: DEMOGRAFÍA OPCIONAL: Indique la raza y la categoría étnica del Receptor de Cuidados. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 permite al Departamento solicitar esta información. Esta información no se utilizará para determinar la elegibilidad para la financiación del programa. Si no proporciona esta información, no afectará a su solicitud. El Departamento solicita la información para garantizar que los beneficios se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color, la etnia o el origen nacional.

Sección 8: ACUERDO Y FIRMA: El Receptor de Cuidados de Adultos o su representante autorizado debe firmar la solicitud antes de que el personal del programa pueda autorizar los beneficios. La persona que ayude a rellenar la solicitud debe firmar e indicar su relación, fecha, teléfono y correo electrónico.

Sección 9: FUENTE DE REFERENCIA (¿Quién le habló de este programa?): Indique el nombre, la organización / agencia /o la relación con el receptor de cuidados y la información de contacto de cómo se enteró del Programa de Subsidio Lifespan Respite.

Envíe la solicitud cumplimentada y la documentación justificativa a:

Correo electrónico: (recomendado)	dhhs.respite@nebraska.gov	Correo:	DHHS Programa de Subsidio Lifespan Respite P.O. Box 98933 Lincoln, NE 68509-8933
Fax:	(402) 742-8356		
Trabajador(a) de servicios sociales:	(402) 471-9188		
Coordinador de Respite Local:	1-866-RESPITE (1-866-737-7483)		

QUIÉN PROPORCIONA EL RELEVO

Hay cierta flexibilidad para encontrar proveedores. Su Coordinador de Respite local puede ayudarle a encontrar un proveedor de la red seleccionado en su zona. Puede recurrir a familiares, amigos o vecinos como proveedores pagados. Otras posibilidades son: organizaciones, campamentos, una agencia de confianza, una organización o grupo local dirigido por voluntarios, un programa escolar dirigido por voluntarios, un programa equino, una actividad religiosa u otras actividades aprobadas. Mientras su ser querido asiste a una actividad, usted se toma un descanso, ¡y de eso se trata el relevo!

Puede localizar a los proveedores de relevo seleccionados por la Red en: respite.ne.gov. Haga clic en "Leer más" para navegar a la Búsqueda de Proveedores de Respite/Relevo o a la Búsqueda de Respite/Relevo de NRRS para ayudar a localizar un proveedor en su zona.