

برنامج دعم LIFESPAN RESPITE

طلب تمويل للظروف الاستثنائية، بما في ذلك الرعاية البديلة المؤقتة في الأزمات

القسم 1: معلومات العميل (الشخص ذو الاحتياجات الخاصة الذي يحتاج إلى رعاية مستمرة).

اسم العميل:	العمر:	رقم هوية العميل:	هاتف العميل:
اسم مقدم الرعاية الأسرية:	البريد الإلكتروني لمقدم الرعاية الأسرية:		
العنوان البريدي للعميل:	المدينة:	الدولة:	الرمز البريدي:
<input type="checkbox"/> ضع علامة إذا كان العنوان قد تغير منذ آخر طلب. <input type="checkbox"/> ضع علامة أمام كل ما ينطبق: <input type="checkbox"/> حدث غير مخطط له يعرض صحة وسلامة العميل للخطر <input type="checkbox"/> حدث غير مخطط له يعرض صحة وسلامة مقدم الرعاية الأسرية للخطر <input type="checkbox"/> الغياب الفوري الذي لا مفر منه لمقدم الرعاية الأسرية لأكثر من 4 ساعات في حالة عدم توفر مقدم رعاية مؤهل			
<input type="checkbox"/> أزمة صحية لمقدم الرعاية الأسرية <input type="checkbox"/> جسدية <input type="checkbox"/> عقلية <input type="checkbox"/> عاطفية	<input type="checkbox"/> يحتاج العميل إلى رعاية عالية بشكل استثنائي تتطلب الإشراف <input type="checkbox"/> الصحة الطبية/البدنية <input type="checkbox"/> الاحتياجات السلوكية و/أو العاطفية <input type="checkbox"/> السلامة الشخصية <input type="checkbox"/> للنفس أو <input type="checkbox"/> الآخرين		

توضيح:

<p>خلال فترة 30 إلى 45 يوماً القادمة، هل تفكر في:</p> <input type="checkbox"/> المساعدة المعيشية/الإيداع في مرفق للرعاية التمريضية <input type="checkbox"/> رعاية بديلة/الإيداع في منزل جماعي <input type="checkbox"/> الرعاية الأسرية الممتدة	<p>ما مدى "التوتر" الذي تشعر به بسبب رعاية العميل:</p> <input type="checkbox"/> لا أشعر بتوتر الإطلاق <input type="checkbox"/> متوتر قليلاً <input type="checkbox"/> متوتر متوسط <input type="checkbox"/> متوتر جداً <input type="checkbox"/> متوتر شديد
--	--

توضيح:

كيف سيساعدك أخذ فترات راحة قصيرة أنت والشخص الذي تقدم الرعاية له؟ توضيح:

القسم 2: خطة الرعاية البديلة المؤقتة

1. ما احتياجات الرعاية البديلة المؤقتة التي تحتاج إليها على الفور؟
 أ. يلزم تقديم دعم شهري إضافي من الرعاية البديلة المؤقتة بسبب:

- حدث خاص
 - احتياجات مقدم الرعاية: (استراحة بسبب حاجة استثنائية، رعاية طبية، إجازة، وما إلى ذلك)
 - مخيم (يحضر متلقي الرعاية مخيماً محددًا أو فعالية من فعاليات المنظمات المجتمعية أو نشاط/فعالية لوكالة مجتمعية/مقدم الرعاية، وما إلى ذلك)
 - زيادة احتياجات متلقي الرعاية (زيادة الدعم الطبي المطلوب، إجراء جراحة/إجراء طبي، زيادة الدعم السلوكي، وما إلى ذلك)
- أزمة فورية قصيرة الأجل
 - مرض في الأسرة يتطلب دعمًا من مقدم الرعاية أو يحتاج مقدم الرعاية إلى دعم إضافي بسبب المرض
 - الغياب الفوري غير المخطط له أو الذي لا مفر منه لمقدم الرعاية الأسرية لفترة طويلة في حالة عدم توفر مقدم رعاية مؤهل.

برنامج دعم Lifespan Respite

طلب تمويل للظروف الاستثنائية، بما في ذلك الرعاية البديلة المؤقتة في الأزمات

2. في حالة الموافقة، كيف تخطط لاستخدام دعم الرعاية البديلة المؤقتة الإضافي؟ يُرجى تقديم مخطط تفصيلي أدناه لكيفية استخدام الأموال التي تطلبها.

الأموال الإضافية المطلوبة شهرياً (إذا تم توفير مبلغ محدد للساعات المطلوبة/المخيم/الراحة):

استخدام الأموال لتلبية حاجة محددة (حدد الاحتياجات المحددة التي سيتم تخصيص الأموال لها):

الشهر (الأشهر) المطلوبة:

هل تحتاج إلى مساعدة في العثور على مقدم خدمة: نعم لايُرجى زيارة respite.ne.gov أو الاتصال على الرقم 1-866-RESPITE للتواصل مع منسق شبكة Respite المحلي للمساعدة في العثور على مقدم خدمات الرعاية البديلة المؤقتة.

اسم مقدم (مقدمي) الخدمة الذي سيعطيك استراحة مؤقتة:

الاسم: _____ البريد الإلكتروني: _____ الهاتف: _____

الاسم: _____ البريد الإلكتروني: _____ الهاتف: _____

إذا لم يتم استخدام الأموال كما هو موضح أعلاه، فسيتم إخطار منسق Respite وعامل الخدمات الاجتماعية. يمكن مراجعة الأموال، على أساس كل حالة على حدة، ليتم الاحتفاظ بها في البنوك لاستخدامها في وقت آخر خلال فترة الأهلية. هذا فقط بعد المراجعة والموافقة من قبل الوزارة.

القسم 3: التوظيف

في الأشهر الستة الماضية، هل احتاج واحد أو أكثر من مقدمي الرعاية الأسرية إلى التغيب عن العمل بسبب مسؤوليات تقديم الرعاية الأسرية غير مدفوعة الأجر؟

 نعم لا مقدم الرعاية الأساسي غير موظف

إذا كانت الإجابة "نعم"، فكم مرة تغيبت عن العمل؟

القسم 4: الاتفاقية والتوقيع

أفهم أنه قد يتم التحقق من بياناتي، وإذا قدمت بيانات أو معلومات كاذبة، فقد تتم إدانتني بتهمة الاحتيال.

أفهم أنه كلما طرأت تغييرات على المعلومات التي قدمتها، يجب أن أبلغ منسق برنامج دعم Respite بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا على الفور.

أفهم أنه إذا كنت أعتقد أنه لم يتم التعامل مع طلبي بشكل صحيح، فيحق لي تقديم طعن.

أفهم أن وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في نبراسكا قد تحتاج إلى الاتصال بوكالات وأشخاص آخرين لتحديد أهليتي المالية والتحقق من حاجتي إلى الدعم الذي أتقدم بطلب للحصول عليه، أو إجراء إحالات لمساعدتي في الحصول على الخدمات. وأسمح بالكشف عن هذه المعلومات السرية.

أقر بموجب هذا بأن ردي والمعلومات الواردة في هذا النموذج وأي طلب ذي صلة للحصول على مزايا عامة صحيحة وكاملة ودقيقة وأعي أنه قد تستخدم هذه المعلومات للتحقق من وجودي القانوني في الولايات المتحدة.

توقيع الممثل المفوض:

التاريخ:

القسم 5: مصدر الإحالة

الاسم/المسمى الوظيفي:

المنظمة/الوكالة أو العلاقة بالعميل:

العنوان:

المدينة:

الدولة:

الهاتف:

البريد الإلكتروني:

برنامج دعم LIFESPAN RESPITE

طلب تمويل للظروف الاستثنائية، بما في ذلك الرعاية البديلة المؤقتة في الأزمات

أرسل الطلب المكتمل إلى:

البريد الإلكتروني: dhhs.respite@nebraska.gov

Nebraska Department of Health and Human Services : البريد
Nebraska Department of Health and Human
CFS, Economic Assistance - Lifespan Respite Subsidy
P.O. Box 98933
Lincoln, NE 68509-8933

الفاكس: (402) 742-8356

الأسئلة: (402) 471-9188