

# LIFESPAN RESPITE SUBSIDY အစီအစဉ်

## အကျပ်အတည်းမှ သက်သာစေရေး (Crisis Respite) အပါအဝင် ထူးခြားသော

## အခြေအနေရပ်များအတွက် ရန်ပုံငွေတောင်းခံခြင်း

### အပိုင်း 1 - သုံးစွဲသူ အချက်အလက် (ဆက်တိုက်ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု လိုအပ်နေသည့် အထူးလိုအပ်ချက်များရှိသူ)

သုံးစွဲသူ အမည် -	အသက်အရွယ် -	သုံးစွဲသူ အိုင်ဒီ -	သုံးစွဲသူ၏ ဖုန်းနံပါတ် -
------------------	-------------	---------------------	--------------------------

မိသားစုတွင်း ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ အမည် -	မိသားစုတွင်း ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ အီးမေးလ် -
--	--

သုံးစွဲသူ၏ စာပို့လိပ်စာ - <input type="checkbox"/> နောက်ဆုံး လျှောက်လွှာတင်ပြီးချိန်ကတည်းက လိပ်စာ ပြောင်းလဲခဲ့ခြင်း ရှိမရှိ စစ်ဆေးပါ။	မြို့တော် -	ပြည်နယ်	ဇစ်ကုဒ် -
--	-------------	---------	-----------

သက်ဆိုင်သူများကို အမှတ်ခြစ်ပါ -

- သုံးစွဲသူ၏ ကျန်းမာရေးနှင့် ဘေးကင်းလုံခြုံရေးကို ထိခိုက်စေသည့် ကြိုတင်မစီစဉ်ထားသော အဖြစ်အပျက်
- မိသားစုတွင်း ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ ကျန်းမာရေးနှင့် ဘေးကင်းလုံခြုံရေးကို ထိခိုက်စေသည့် ကြိုတင်မစီစဉ်ထားသော အဖြစ်အပျက်
- အရည်အချင်းပြည့်မီသော ပြုစုစောင့်ရှောက်သူတစ်ဦး မရရှိနိုင်ချိန် မိသားစုတွင်း ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ ချက်ချင်းနှင့် ရှောင်လွှဲ၍မရနိုင်သည့် 4 နာရီနှင့်အထက် ပျက်ကွက်မှု

<input type="checkbox"/> မိသားစုတွင်း ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ ကျန်းမာရေး အကျပ်အတည်း <input type="checkbox"/> ရုပ်ပိုင်းဆိုင်ရာ <input type="checkbox"/> စိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာ <input type="checkbox"/> စိတ်ခံစားမှုပိုင်းဆိုင်ရာ	<input type="checkbox"/> သုံးစွဲသူသည် ကြီးကြပ်မှုလိုအပ်သည့် ထူးထူးခြားခြား မြင့်မားသော ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုလိုအပ်ချက်များ ပါသည်။ <input type="checkbox"/> ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ / ကိုယ်ကာယ ကျန်းမာရေး <input type="checkbox"/> အပြုအမူဆိုင်ရာနှင့် / သို့မဟုတ် စိတ်ခံစားမှုပိုင်းဆိုင်ရာ လိုအပ်ချက်များ <input type="checkbox"/> မိမိကိုယ်တိုင် သို့မဟုတ် အခြားသူများ၏ <input type="checkbox"/> ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ <input type="checkbox"/> ဘေးကင်းလုံခြုံရေး
--	---

ရှင်းပြရန် -

လာမည့်ရက်ပေါင်း 30-45 ရက်အတွင်း သင်စဉ်းစားနေသည့်အရာ - <input type="checkbox"/> အထောက်အကူဖြင့် အသက်ရှင်ခြင်း / ပြုစုစောင့်ရှောက်ရေးဌာနတွင် နေရာချထားပေးခြင်း <input type="checkbox"/> မွေးစား ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု / အုပ်စုလိုက်နေအိမ် နေရာချထားခြင်း <input type="checkbox"/> မိသားစုတွင်း တိုးချဲ့ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု ရှင်းပြရန် -	သုံးစွဲသူကို ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု၏ ရလဒ်အနေဖြင့် သင့်ထံတွင် "စိတ်ဖိစီးမှု" မည်မ ဝိပါသလဲ။ <input type="checkbox"/> စိတ်ဖိစီးမှု လုံးဝမရှိပါ <input type="checkbox"/> အနည်းငယ် စိတ်ဖိစီးမှုရှိသည် <input type="checkbox"/> အတော်အသင့် စိတ်ဖိစီးမှုရှိသည် <input type="checkbox"/> အလွန် စိတ်ဖိစီးမှုရှိသည် <input type="checkbox"/> အလွန်အမင်း စိတ်ဖိစီးမှုရှိသည်
--	---

ခဏအနားယူခြင်းများက သင့်ကိုယ်တိုင်နှင့် သင်ပြုစုစောင့်ရှောက်ပေးသူအပေါ် မည်သို့ကူညီပေးနိုင်မည်နည်း။ ရှင်းပြရန် -

# LIFESPAN RESPITE SUBSIDY အစီအစဉ်

အကျပ်အတည်းမှ သက်သာစေရေး (Crisis Respite) အပါအဝင် ထူးခြားသော  
အခြေအနေရပ်များအတွက် ရန်ပုံငွေတောင်းခံခြင်း

## အပိုင်း 2 - သက်သာစေရေး အစီအစဉ် (Respite Plan)

- သင် ချက်ချင်းသက်သာစေရန် လိုအပ်ချက်များက ဘာတွေပါလဲ။
  - အောက်ပါတို့ကြောင့် လစဉ် မလုပ်မဖြစ် သက်သာစေရေး နောက်ထပ်ကူညီပံ့ပိုးမှုများ -
    - အထူး ပွဲအစီအစဉ်
      - ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ လိုအပ်ချက်များ- (ထူးခြားသောလိုအပ်ချက်ကြောင့် ခေတ္တအနားယူမှု၊ ဆေးဝါးစောင့်ရှောက်မှု၊ အနားယူအပန်းဖြေခြင်း၊ စသဖြင့်။)
      - စခန်း (ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုခံယူသူသည် အထူးစီစဉ်ထားသည့် စခန်းချတစ်ခု၊ CBO ပွဲ၊ ပြည်သူ့အေဂျင်စီ/ပံ့ပိုးပေးသူ လှုပ်ရှားမှု/ပွဲအစီအစဉ် စသည်တို့တွင် တက်ရောက်နေပါသည်။)
      - ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုခံယူသူ၏ တိုးများလာသည့် လိုအပ်ချက်များ (လိုအပ်သော ဆေးဝါးကူညီပံ့ပိုးမှု၊ ခွဲစိတ်ကုသမှု/ဆေးဝါးကုထုံး၊ အပြုအမူဆိုင်ရာ ကူညီပံ့ပိုးမှု စသည်တို့ တိုးများလာခြင်း)။
    - လက်ငင်း ရေတိုအကျပ်အတည်း
      - ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ ပံ့ပိုးမှုလိုအပ်သော မိသားစုတွင်း နာမကျန်းမှု သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူသည် နာမကျန်းမှုကြောင့် ထပ်ဆောင်းပံ့ပိုးမှု လိုအပ်ခြင်း
      - အရည်အချင်းပြည့်မီသော ပြုစုစောင့်ရှောက်သူတစ်ဦး မရရှိနိုင်ချိန် မိသားစုတွင်း ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏ ကြိုတင်စီစဉ်ထားသော ချက်ချင်း သို့မဟုတ် ရှောင်လွှဲ၍မရနိုင်သည့် ရက်ရှည် ပျက်ကွက်မှု။

2. ခွင့်ပြုမည်ဆိုပါက သက်သာစေရေး ထပ်တိုးပံ့ပိုးမှုကို မည်သို့အသုံးပြုရန် သင်စီစဉ်ထားပါသလဲ။ သင်တောင်းခံနေသော ရန်ပုံငွေများကို မည်သို့အသုံးပြုမည်ဆိုခြင်းနှင့် ပတ်သက်ပြီး ကျေးဇူးပြု၍ အောက်တွင် အကြမ်းဖျင်းဖော်ပြချက်တစ်ခု တင်သွင်းပါ

လစဉ်လိုအပ်သော ထပ်တိုးရန်ပုံငွေများ (သတ်မှတ်ထားသော ပမာဏကို လိုအပ်သည့် အချိန်နာရီများ/စခန်း/respite ပွဲအစီအစဉ်အတွက် ပေးအပ်ပါက) - \_\_\_\_\_

သတ်မှတ်မှတ်မှတ် လိုအပ်ချက်တစ်ခုအတွက် ရန်ပုံငွေများကို အသုံးပြုခြင်း (ရန်ပုံငွေများကို အသုံးပြုမည့် သတ်မှတ်မှတ်မှတ် လိုအပ်ချက်ကို အကြမ်းဖျင်းဖော်ပြရန်) - \_\_\_\_\_

လိုအပ်သည့် လ(များ) - \_\_\_\_\_

ပံ့ပိုးပေးသူတစ်ဦးရှာဖွေရန် သင် အကူအညီလိုအပ်ပါသလား-  လိုအပ်ပါသည်  မလိုအပ်ပါ။

Respite ပံ့ပိုးပေးသူတစ်ဦး ရှာဖွေရာတွင် ထောက်ကူရန် ဒေသန္တရ Respite ကွန်ရက် ညှိနှိုင်း ဆောင်ရွက်ရေးမှူးအား ဆက်သွယ်ရန် [respite.ne.gov](http://respite.ne.gov) တွင် ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် 1-866-RESPITE ကို ခေါ်ဆိုပါ။

သင့်အား ယာယီအနားယူမှု ပေးအပ်မည့် ပံ့ပိုးပေးသူ (များ)၏ အမည်မှာ - \_\_\_\_\_

အမည် - \_\_\_\_\_ အီးမေးလ် - \_\_\_\_\_ ဖုန်း - \_\_\_\_\_

အမည် - \_\_\_\_\_ အီးမေးလ် - \_\_\_\_\_ ဖုန်း - \_\_\_\_\_

အထက်တွင်ဖော်ပြထားသည့်အတိုင်း ရန်ပုံငွေများကို အသုံးပြုပါက Respite ညှိနှိုင်းဆောင်ရွက်ရေးမှူးနှင့် လူမှုဝန်ဆောင်ရေးလုပ်သားကို အသိပေးရန် လိုအပ်ပေမည်။ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသည့် ကာလအတောအတွင်း အခြားတစ်ချိန်ချိန်၌ အသုံးပြုရန် ဘဏ်တွင်ထည့်ထားရန် ရန်ပုံငွေများကို ကိစ္စရပ်တစ်ခုချင်းစီ အခြေခံဖြင့် ပြန်လည်သုံးသပ်နိုင်ပါသည်။ ၎င်းကို ဌာနမှ ပြန်လည်သုံးသပ်ပြီး အတည်ပြုပြီးနောက်မှသာ ဖြစ်ပါသည်။

# LIFESPAN RESPITE SUBSIDY အစီအစဉ်

အကျပ်အတည်းမှ သက်သာစေရေး (Crisis Respite) အပါအဝင် ထူးခြားသော အခြေအနေရပ်များအတွက် ရန်ပုံငွေတောင်းခံခြင်း

## အပိုင်း 3 - အလုပ်အကိုင်

လွန်ခဲ့သောခြောက်လအတွင်း ငွေမရသည့် မိသားစုတွင်း ပြုစုစောင့်ရှောက်မှု တာဝန်များကြောင့် တစ်ဦး သို့မဟုတ် တစ်ဦးထက်ပိုသော မိသားစုတွင်း ပြုစုစောင့်ရှောက်သူများသည် အလုပ်ပျက်ခဲ့ပါသလား။

ဟုတ်ပါသည်  မဟုတ်ပါ  အဓိက ပြုစုစောင့်ရှောက်သူသည် အလုပ်မလုပ်ပါ

'ဟုတ်' ပါက ရက်ပေါင်းမည်မျှ ပျက်ကွက်ခဲ့ပြီးပါပြီလဲ။

## အပိုင်း 4 - သဘောတူညီချက်နှင့် လက်မှတ်

ကျွန်ုပ်၏ ဖော်ပြချက်များကို စစ်ဆေးနိုင်ကြောင်းနှင့် မှားယွင်းဖော်ပြချက်များ သို့မဟုတ် အချက်အလက်မှားများ ပေးခဲ့ပါက ကျွန်ုပ်အနေဖြင့် လိမ်လည်မှုကျူးလွန်ကြောင်း တွေ့ရှိရနိုင်သည်ကို နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်ပေးခဲ့သော အချက်အလက်များတွင်း အပြောင်းအလဲများ ရှိသောအခါတိုင်း ကျွန်ုပ် သည် ၎င်းတို့ကို Nebraska ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာန၊ Respite Subsidy Program Coordinator သို့ ချက်ချင်း အစီရင်ခံရမည်ဖြစ်ကြောင်း နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏တောင်းဆိုချက်ကို မှန်ကန်စွာ ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်သည်ဟု မထင်ပါက အယူခံခွင့်ရှိကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏ ငွေကြေးဆိုင်ရာ သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုကို ဆုံးဖြတ်ရန်နှင့် ကျွန်ုပ် လျှောက်ထားနေသော ကူညီပံ့ပိုးမှုအတွက် ကျွန်ုပ်၏လိုအပ်ချက်ကို အတည်ပြုရန် သို့မဟုတ် ဝန်ဆောင်မှုများကိုရယူရာတွင် ကျွန်ုပ်အားကူညီပေးရန် ရည်ညွှန်းလွှဲပြောင်းမှုများ ပြုလုပ်ရန် Nebraska ကျန်းမာရေးနှင့် လူသားရေးရာ ဝန်ဆောင်မှုဌာနအနေဖြင့် အခြားအေဂျင်စီများနှင့် လူပုဂ္ဂိုလ်များကို ဆက်သွယ်ရန်လိုအပ်ကြောင်း ကျွန်ုပ် နားလည်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်သည် ဤလျှို့ဝှက်အချက်အလက်ကို ထုတ်ပြန်ရန် တရားဝင်ခွင့်ပြုပါသည်။

ကျွန်ုပ်၏တုံ့ပြန်မှုနှင့် အစိုးရအကျိုးခံစားခွင့်များရရှိရန် ဤဖောင်နှင့်ဆက်စပ်လျှောက်ထားချက် တစ်ခုခုပေါ်တွင် ပေးအပ်ထားသော အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်၊ ပြည့်စုံပြီး တိကျသည့်အပြင် အဆိုပါအချက်အလက်များကို အမေရိကန်ပြည်ထောင်စုတွင်း ကျွန်ုပ်၏ တရားဝင်ရောက်ရှိနေမှုကို အတည်ပြုစစ်ဆေးရန် အသုံးပြုနိုင်သည်ကို နားလည်ကြောင်း ကျွန်ုပ် ဤနေရာတွင် သက်သေခံပါသည်။

အခွင့်အာဏာရ ကိုယ်စားလှယ်၏ လက်မှတ် -

ရက်စွဲ -

## အပိုင်း 5 - ရည်ညွှန်းလွှဲပြောင်းရေးဆိုင်ရာ အရင်းအမြစ်

အမည် / ရာထူး -	အဖွဲ့အစည်း/အေဂျင်စီ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်မှုခံယူသူနှင့် တော်စပ်ပုံ -	
လိပ်စာ -	မြို့တော် -	ပြည်နယ် -
ဖုန်းနံပါတ် -	အီးမေးလ် -	

# LIFESPAN RESPITE SUBSIDY အစီအစဉ်

အကျပ်အတည်းမှ သက်သာစေရေး (Crisis Respite) အပါအဝင် ထူးခြားသော  
အခြေအနေရပ်များအတွက် ရန်ပုံငွေတောင်းခံခြင်း

---

ဖြည့်ပြီးသား လျှောက်လွှာကို နောက်ပါလိပ်စာသို့ ပေးပို့ရန် -

အီးမေးလ် - [dhhs.respite@nebraska.gov](mailto:dhhs.respite@nebraska.gov)

စာတိုက်မှ - Nebraska Department of Health and Human Services

Nebraska Department of Health and Human  
CFS, Economic Assistance - Lifespan Respite Subsidy  
P.O. Box 98933

Lincoln, NE 68509-8933

ဖက်စ် - (402) 742-8356

မေးခွန်းများရှိပါက ခေါ်ဆိုရန် - (402) 471-9188